

# Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde

*Development of skills on health work: education, knowledge areas and professions in the case of health*

*Desarrollo de competencias en el trabajo en salud: educación, áreas del conocimiento y profesiones en el caso de la salud*

Ricardo Burg Ceccim<sup>1</sup>

## RESUMO

O artigo problematiza o desenvolvimento das competências no trabalho em saúde, discutindo cenários do trabalho, diretrizes da formação e o escopo dos saberes científicos sob o recorte da profissionalização pela educação superior, isto é, sob o contorno das profissões científicas regulamentadas na saúde. Diante disto, o texto aporta uma conversa sobre educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde, resultante de uma trajetória de pesquisas abrangidas pela configuração contemporânea da Educação e Ensino da Saúde, presente no diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil. Para o desenvolvimento de competências, as políticas públicas de educação na saúde reconhecem a insuficiência dos treinamentos

formais e teóricos, propondo-se cada vez mais estratégias de compartilhamento de saberes e experiências ou as rodas de conversa como instrumentos pedagógicos. Para abranger o escopo da saúde, entretanto, é frequente a afirmativa de um rol de profissões e um discurso formativo que reduz todos os saberes a um equivalente geral da clínica. Numa metodologia ensaística, buscou-se explicitar as normatividades, confusões e desafios que ocorrem quando se trata de identificar, na saúde, seu corpo científico, seu corpo profissional de trabalhadores, a profissionalização universitária e a participação profissional-representativa junto às instâncias de controle social. Tomando o foco da Educação e Ensino da Saúde, o artigo traz à tona estudantes da área da saúde necessitando construir conceitualmente o objeto saúde, reconhecer sua pluralidade e a distinção de sentidos em disputa. Assim, a compreensão acerca do desenvolvimento de competências para o trabalho na saúde é mobilizada pela invenção das experiências vivenciais no interior do SUS destinadas aos estudantes de graduação dos vários cursos de bacharelado na área ou setor da saúde. Como

---

<sup>1</sup> Sanitarista, mestre em educação, doutor em psicologia clínica, pós-doutor em antropologia médica. Professor Associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pesquisador do CNPq na área de Educação e Ensino da Saúde, coordenador do EducaSaúde – Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

resultado, é apresentada a compreensão de que uma inteligência (mais que um saber) foi o eixo desafiado pelas experiências de vivência, concluindo-se que fica-se inteligente porque se aprende, aprende-se porque houve a oportunidade do aprendizado. Do ponto de vista das competências, é a oportunidade de desenvolvimento do coletivo de trabalho, o que pressupõe colocar em movimento o saber formal, mas, acima de tudo, os saberes informais ou de si dos atores sociais em situação de implicação. Essa conclusão aponta para a afirmação da presença e da implicação de si, colocando produção de movimento nas fronteiras individuais com que se pensa e vive o trabalho, não sendo mais possível a aceitação tácita de um normativo desde fora para fixar um dentro. O fora é a disruptura, a desestabilização, o desconforto intelectual e o dentro um contorno vivo de práticas inventivas do trabalho e dos próprios trabalhadores.

**Palavras-chave:** Apoio ao desenvolvimento de recursos humanos; Competência Profissional; Educação em Saúde; Ensino; Pessoal de Saúde; Prática Profissional.

## ABSTRACT

The article problematizes the development of skills on health work, discussing work scenarios, training guidelines and the scope of scientific knowledge under the focus of the professionalization through the higher education, that is, under the outline of the regulated scientific professions in health. Given this, the text brings a conversation about education, knowledge areas and professions in the case of health, resulting from a trajectory of research covered by the contemporary configuration of the Health Education and

Teaching, present in the directory of Research Groups in Brazil. For the development of skills, the public policies of education in health recognize the insufficiency of the formal and theoretic trainings, proposing each time more strategies to share knowledge and experiences or the chat circles as pedagogical tools. To cover the scope of health, however, it's frequent the assertion of a list of professions and a formative speech that reduces all the knowledge to a general equivalent of the clinic. On an experimental methodology, was attempted to explain the normatives, confusion and challenges that occur when it comes to identifying, in health, its scientific body, its professional body of workers, the academical professionalization and the professional-representative involvement along the instances of social control. Taking the focus of the Health Education and Teaching, the article brings into play the students of the health area in need to build conceptually the object health, recognize its plurality and the distinction of senses in dispute. Thus, the understanding around the development of skills to the work in health is mobilized by the invention of living experiences within the SUS intended to graduation students from various bachelor courses in the health area or sector. As a result, is presented the understanding that intelligence (rather than knowledge) was the axis challenged by the living experiences, concluding that one becomes intelligent because it learns, because it had the opportunity of learning. From the perspective of the skills, it's the opportunity for the development of collective work, which implies setting in motion the formal knowledge, but above all, the informal or self-knowledge of the social actors in a situation of implication. This conclusion leads to the

statement of the presence and self-implication, placing movement production in the individual borders with which we think and live the work, no longer being possible the acceptance of a normative from outside to set one inside. The “outside” is the disruption, destabilization, the intellectual discomfort, and the “inside” a living outline of inventive practices of work and the workers themselves.

**Keywords:** Health Education; Health Personnel; Professional Competence; Professional Practice; Teaching; Training Support.

## RESUMEN

El artículo problematiza el desarrollo de las competencias en el trabajo en salud, discutiendo escenarios del trabajo, directrices de la formación y el escopo de los saberes científicos bajo el recorte de la profesionalización por la educación superior, esto es, bajo el contorno de las profesiones científicas reglamentadas en la salud. Delante de esto, el texto aporta una conversación sobre educación, áreas del conocimiento y profesiones en el caso de la salud, resultado de una trayectoria de investigaciones abarcadas por la configuración contemporánea de la Educación y Enseñanza de la Salud, presente en el directorio de Grupos de Investigación en Brasil. Para el desarrollo de competencias, las políticas públicas de educación en salud reconocen la insuficiencia de los entrenamientos formales y teóricos, proponiendo cada vez más estrategias que comparten saberes y experiencias o los grupos de conversación como instrumentos pedagógicos. Para alcanzar el escopo de la salud, entretanto, es frecuente la afirmación de un rol de profesiones y un discurso

formativo que reduce todos los saberes a un equivalente general de la clínica. En una metodología ensayística, se buscó explicitar las normatividades, confusiones y desafíos que ocurren cuando se trata de identificar, en la salud, su cuerpo científico, su cuerpo profesional de trabajadores, la profesionalización universitaria y la participación profesional-representativa junto a las instancias de control social. Tomando el foco de la Educación y Enseñanza de la Salud, el artículo trae por la escena estudiantes del área de la salud que necesitan construir conceptualmente el objeto salud, reconocer su pluralidad y la distinción de sentidos en disputa. Así, la comprensión acerca del desarrollo de competencias para el trabajo en salud es movilizadora por la invención de las experiencias vivenciales en el interior del SUS destinadas a los estudiantes de graduación de varios cursos de grado en el área o sector de la salud. Como resultado, es presentada la comprensión de que una inteligencia (más que un saber) fue el eje desafiado por las experiencias de vivencia, se concluyó que se torna inteligente porque se aprende, se aprende porque hubo la oportunidad del aprendizaje. Del punto de vista de las competencias, es la oportunidad del desarrollo de lo colectivo de trabajo, lo que presupone colocar en movimiento el saber formal, pero, sobre todo, los saberes informales o de sí de los actores sociales en situación de implicación. Esa conclusión apunta para la afirmación de la presencia y de la implicación de sí, colocando producción de movimiento en las fronteras individuales con que se piensa y vive el trabajo, no siendo más posible la aceptación tácita de un normativo desde afuera para fijar un dentro. El afuera es la disrupción, la desestabilización, el desconhorto intelectual y el dentro un contorno

vivo de práticas inventivas del trabajo y de los propios trabajadores.

**Palabras-clave:** Apoyo a la Formación Profesional; Competencia Profesional; Educación en Salud; Enseñanza; Personal de Salud; Práctica Profesional.

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de competências, no caso do trabalho em saúde, envolve a transmissão de informação, a construção do conhecimento, a aquisição do saber em cenários de prática, a aprendizagem em situações reais de trabalho e a capacidade de ser afetado pelos signos que informam o cotidiano e as necessidades sociais em saúde.

Para o desenvolvimento de competências reais e práticas no trabalho em saúde é indiscutível a insuficiência dos treinamentos formais e teóricos, acontecendo de emergir entre os pesquisadores da área de *formação e trabalho* a defesa do compartilhamento de saberes e experiências como instrumento do desenvolvimento de competências profissionais em saúde. É cada vez mais frequente, também, a defesa das metodologias ativas no ensino-aprendizagem ou as rodas de conversa como metodologia de educação permanente em saúde.

Como o saber em saúde também está em transformação, não apenas porque a ciência e o desenvolvimento tecnológico sejam acentuados quanto a este objeto, mas, também, porque se disputa – nos meios educacional, científico e do trabalho – pela diversificação de ordens epistemológicas e práticas, ocorre ora um alargamento, ora um estreitamento

do que concebemos por campo ou setor da saúde. Nessa medida, situar um “dentro” e um “fora” da saúde não vem para limitar ou tecnoburocratizar a saúde, mas para manter essa fronteira sob tensão, tensão que ameaça os códigos que a organizam por dentro, inserindo diferentes zonas de contato e, assim, compondo desconfortos intelectuais, capazes de *mudança*. Não se trata de contemplar uma natureza conceitual e uma natureza prática do saber, saberes formais e saberes tácitos, conhecimento e experiência, domínio intelectual e poder de agir dos trabalhadores no caso da saúde, o que se põe para o desenvolvimento de competências é uma nova relação com o trabalho, a admissibilidade de um trabalho vivo, atualizado, *in actu*.

Na gestão da educação e do trabalho em saúde, no cenário brasileiro do Sistema Único de Saúde, entretanto, é frequente a afirmativa tecnoburocrática de um rol de profissões e um discurso que faz subsumir todos os saberes necessários à construção de respostas em saúde a um equivalente geral da clínica. Assim, o objetivo desse artigo é discutir o foco da saúde diante dos cenários do trabalho, das diretrizes da formação e da configuração do saber científico, fazendo um recorte no escopo da educação superior.

Ao assinalarmos a área da saúde para reunir estudantes universitários, por exemplo, reconhecemos, neste público, uma motivação relativa ao **trabalho profissional em saúde** (o trabalho para o qual cada um se prepara na universidade), ao **campo intelectual agregador de um conjunto de ações e saberes científicos específicos** (a trajetória de conhecimentos formais e para o desenvolvimento das habilidades que cada um julga necessário

percorrer) e ao **setor de políticas públicas orientado pelo planejamento e gestão de serviços assistenciais** (a noção de um ente organizador das ações coletivas que têm em vista a proteção ou recuperação da qualidade de vida). Não estou fazendo nenhum julgamento de valor, discussão de mérito ou proposição intelectual, apenas reconhecendo que existe um *dentro*, desde o qual se pode falar e que simplesmente falar de fora, não alterará os movimentos que se fazem por dentro. Esse *dentro* precisa ser tocado, desestabilizado, profundamente interrogado. O *dentro* precisa contatar o *fora*, um deixar-se dobrar pelo *fora* em que partes do *dentro* escoam para *fora* e desafios do *fora* reconfiguram o *dentro*.

Atravessando esse discurso ou prática cultural, detectamos um suposto relativo ao que aprender para tornar-se profissional de saúde: tratar doenças e agravos que afetem a qualidade de vida das pessoas; conhecer estratégias para exercer a proteção contra doenças evitáveis e para a identificação de fatores de risco de modo que se possa prevenir seu impacto na saúde individual ou coletiva; e aliviar dores ou sofrimentos difusos que colocam as pessoas em prejuízo das suas melhores capacidades vitais. Para que sejam passíveis intervenções profissionais em saúde, indica-se um percurso científico que deveria, então, ordenar o trabalho. O *suposto* do aprender científico em saúde corresponde ao domínio de saberes acerca da biologia humana, da biologia das doenças, dos procedimentos diagnósticos e dos procedimentos terapêuticos ou de prevenção e educação em saúde, podendo corresponder ao domínio de saberes sobre os determinantes do processo saúde-doença-terapêutica-qualidade-de-vida. Estou dizendo que ocorre uma distinção

quanto ao que se define como saúde quando se trata de identificar seu corpo científico ou seu corpo profissional de trabalhadores.

Também é verdade, entretanto, que crescentemente apontamos as limitações desse corpo de saberes científicos e habilidades profissionais para dar conta da promoção, proteção e recuperação da qualidade de vida. Mas qualidade de vida é igual à saúde? Será intervenção de saúde tudo aquilo que promove bem-estar e alegria? Podemos dizer que sim, mas também podemos dizer que muitos jovens não escolhem as profissões da área da saúde porque não gostam de biociências, de doenças e nem de clínica, preferem ciências sociais, ciências humanas, gestão e negócios, geociências, matemática, ciências exatas, física, tecnologias, arquitetura, engenharias, comunicação, estética, moda, design, agrárias, animais, botânica, letras, artes, filosofia, línguas, política, antropologia, educação... (um longo etc.).

Na medida em que saúde se traduza por qualidade de vida, todas as práticas orientadas pela promoção, proteção e recuperação da qualidade de vida seriam práticas de saúde, mas não seriam profissões de saúde, temos de concordar. Por que faria sentido esta discussão? Se, como disse no início, estou pensando em um público caracterizado pela reunião entorno da área da saúde, o que desenha esse círculo? O que distingue o público à reunião? Por que interessa falar sobre isso? O desenvolvimento de competências no trabalho em saúde atravessa tudo isso. Este texto aporta, por conseguinte, uma conversa sobre educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde, *conversa* resultante de uma trajetória de pesquisas no escopo da Educação e Ensino da



Saúde, Grupo de Pesquisa credenciado junto ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, localizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde EducaSaúde, presente na Faculdade de Educação e integrante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

## **EDUCAÇÃO, ÁREAS DO CONHECIMENTO E PROFISSÕES NO CASO DA SAÚDE**

**Quando falamos de ciência,** falamos do conhecimento estruturado, sustentado em referenciais intelectuais ou ao corpo organizado de conhecimentos obtidos por meio de estudo sistematizado, pesquisa ou experimentação. Essa ciência se distribui em diferentes tipos, como as ciências naturais, experimentais, dos fatos sociais ou comportamentais, aplicadas ou formais. Tendo em vista ordenar um sistema de informações em produção intelectual, ciência e desenvolvimento tecnológico, especialmente concernente à pesquisa e ao aperfeiçoamento de pessoal de educação superior, o Brasil estabeleceu, para as ciências, uma Tabela de Áreas do Conhecimento<sup>1-2</sup>, uma classificação hierarquizada dos corpos organizados de conhecimento.

A Tabela de Áreas do Conhecimento ordenou 08 Grandes Áreas, 76 Áreas e 340 Subáreas do conhecimento, além de especialidades temáticas, que podem ser enquadradas em diferentes grandes áreas, áreas e subáreas. Posteriormente, no caso da educação superior de pós-graduação, foi criada uma Grande Área especial, a Multidisciplinar, que possui 4 Áreas, uma delas, a Interdisciplinar, possui 4 Subáreas,

uma dessas é de Saúde e Biológicas. No caso da ciência, tecnologia e desenvolvimento industrial, vale a área Outros, que possui outras 4 áreas, entre elas a Bioética, mas contemplava em versão anterior a Administração Hospitalar (uma das mais tradicionais subáreas da Administração, historicamente organizada em Administração de Empresas, Administração Pública e Administração Hospitalar, seguida pelas subáreas de Hotelaria e Comércio Exterior) e a Biomedicina (uma subárea da Biologia, dentre as Ciências Biológicas, designada como Biologia Médica ou Biologia na Modalidade Médica, regulamentada como profissão em 1979 e somente separada da Biologia em 1982, como Biomedicina, sem deixar de ser uma disciplina científica no espectro da ecologia e da biologia molecular).

Na Tabela de Áreas do Conhecimento<sup>2</sup>, as 08 Grandes Áreas são: Ciências Agrárias; Ciências Biológicas; Ciências Exatas e da Terra; Ciências Humanas; Ciências Sociais Aplicadas; Ciências da Saúde; Engenharias; Linguística, Letras e Artes; e a Multidisciplinar. As Grandes Áreas correspondem à aglomeração de diversas áreas do conhecimento em virtude da afinidade de seus objetos, métodos cognitivos e recursos instrumentais refletindo

2 □ A Tabela de Áreas de Conhecimento resultou de um trabalho conjunto dos órgãos de pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, projetos de inovação, informação científica e tecnológica, propriedade industrial e propriedade intelectual. Uma primeira Tabela foi elaborada em 1976, depois revisada em 1984. Para a Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (Capes) vale a alteração de 2008, pela inclusão da Grande Área Multidisciplinar e para a Coordenação Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) fica mantida a Grande Área Outros (ver, conforme referências deste texto, em <http://www.capes.gov.br/avaliacao/tabela-de-areas-de-conhecimento> e em <http://www.cnpq.br/areasconhecimento/index.htm>).

contextos sociopolíticos específicos. Pode-se notar a identificação da Grande Área de Ciências da Saúde. As Áreas correspondem ao conjunto de conhecimentos inter-relacionados, coletivamente construído, reunido segundo a natureza do objeto de investigação com finalidades de ensino, pesquisa e aplicações práticas<sup>31</sup>. No caso das Ciências da Saúde, constam 10 Áreas: **Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional**<sup>31</sup>. As Subáreas correspondem à segmentação da área do conhecimento estabelecida em função do objeto de estudo e de procedimentos metodológicos reconhecidos e amplamente utilizados<sup>1</sup>. Entre as Áreas da Saúde estão 66 Subáreas, por exemplo: Análise e Controle de Medicamentos (Farmácia), Dietética (Nutrição), Enfermagem Obstétrica (Enfermagem), Epidemiologia (Saúde Coletiva), Periodontia (Odontologia) e Saúde Materno-Infantil (Medicina). As áreas de Educação Física, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional não possuem subáreas. As Especialidades correspondem à caracterização temática da atividade de pesquisa e ensino<sup>1</sup>. Exemplo: Biomedicina, que guarda gênese epistemológica nas Ciências Biológicas, onde representa domínio de aplicação do conhecimento, e compartilhamento interdisciplinar com as

3 É frequente que se identifique a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional como única área (sempre citadas com um “e”), mas seus objetos, embora passíveis de prática interdisciplinar, são distintos. Estudando cientificamente saberes utilizados pela humanidade desde a Antiguidade, suas práticas, antes da regulamentação profissional, estavam referidas à especialização ou prática generalista de médicos, enfermeiros ou educadores especiais. No interior dos serviços de saúde, correspondiam aos *procedimentos médicos* ou aos *cuidados de enfermagem*.

Ciências da Saúde, onde define suas diretrizes curriculares. A Grande Área de Ciências Biológicas possui 14 Áreas e 92 Subáreas, mas uma subárea de Biológicas ainda vai aparecer dentro da Grande Área Multidisciplinar, na Área Interdisciplinar, como Subárea de Saúde e Biológicas. Independentemente de Multidisciplinaridade e Especialidade, ainda se detecta componentes de saúde em outras áreas de conhecimento. Na Grande Área de Ciências Agrárias, encontramos as Áreas de Agronomia, Engenharia Agrícola e Engenharia Florestal, com as Subáreas de Defesa Fitossanitária, Fitotecnia, Conservação da Natureza, Conservação e Engenharia da Água e Solo e Saneamento Rural; encontramos a Área de Medicina Veterinária com as Subáreas de Saneamento Aplicado à Saúde do Homem e Inspeção de Produtos de Origem Animal. Na Grande Área de Engenharias, encontramos as Áreas de Engenharia Sanitária e de Engenharia Biomédica. Na Grande Área de Ciências Sociais Aplicadas, encontramos a Área de Serviço Social, com a Subárea de Serviço Social da Saúde. Na Grande Área de Ciências Humanas, encontramos a Área de Sociologia com a Subárea de Sociologia da Saúde e a Área de Psicologia, que possui 45 Subáreas, a maioria delas relacionada, direta ou indiretamente, com a saúde humana, embora outras digam respeito aos aspectos relacionados ao comportamento e processos sociais em animais, às organizações e ao trabalho, ao treinamento e ao recrutamento, à cognição e à aprendizagem, à percepção, à

atenção e à memória, entre outras<sup>[4]3</sup>.

Como um ponto de discriminação entre as ciências da saúde e as ciências da vida ou entre as ciências da saúde e as ciências humanas, estão a preocupação com as necessidades básicas de subsistência que devem ser supridas e as diferenças que caracterizam cada indivíduo; essas diferenças se tornam tão peculiaridades que os particularizam, possibilitando caracterizar condutas ou orientações de maneira individuada ou, mesmo, singularizada, a fim de desenvolver respostas individuadas e colocar em prática medidas coletivas que não se separam dos indivíduos, especialmente no autocuidado com sua saúde. A saúde representa uma construção de conhecimentos e abordagens para indivíduos, conforme as necessidades individuais daquele que experimenta singularmente a vida. Nas relações entre profissionais e usuários, ganham ênfase a ética, o relacionamento interpessoal, o respeito, o acolhimento e a interação interindividual. As questões de saúde sempre se voltarão para a qualidade de vida *da e na* coletividade, tendo o ser humano como foco principal e *potência* de cada sociedade, por isso as ciências da saúde não se resumem às interações interindividuais e nem a qualidade de vida depende apenas dessas ciências.

Quando falamos de formação profissional, estamos falando de cursos com diferentes e

---

4 A Associação Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho historicamente resiste em restringir a Psicologia à área de saúde, uma vez que se trata de “ciência humana, social e da vida psíquica”. Restringir a psicologia, como ciência, apenas à área da saúde ou mesmo à área da educação elidiria aquilo que torna essa ciência plural e capaz de singularidade pela diversidade (ver em [http://www.sbpot.org.br/sbpot2/pdf/Wopsicologia\\_como\\_area\\_de\\_saude\\_julho\\_09072008.pdf](http://www.sbpot.org.br/sbpot2/pdf/Wopsicologia_como_area_de_saude_julho_09072008.pdf)).

específicas Diretrizes Curriculares Nacionais<sup>4</sup>, discutidas e aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação. Para o processo de construção das diretrizes curriculares nacionais, um processo foi desencadeado desde a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), posterior à Constituição Federal de 1988. A Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação, lançou, em 10 de dezembro de 1997, o Edital nº 4/97, atendendo ao inciso II do artigo 53 da LDB (Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996), acolhendo o disposto na Lei Federal nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, que determina à Câmara de Educação Superior, do Conselho Nacional de Educação, a deliberação sobre as diretrizes curriculares dos cursos de graduação universitária. A Educação Superior também trabalhou com um aglomerado de áreas do conhecimento, tendo em vista a afinidade de objetos, métodos cognitivos e recursos didáticos. A área da saúde foi reunida pelo aglomerado Ciências Biológicas e da Saúde (agregado frequente!), coerente com o *suposto*, já referido, do aprender científico em saúde atribuído ao âmbito de saberes acerca da biologia humana e da biologia das doenças e de uma terapêutica ou práticas de prevenção e educação com domínio em saberes biocientíficos e biotecnológicos<sup>5</sup>.

Para a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais, a área de Ciências Biológicas e da Saúde reuniu Biologia, Biomedicina, Economia Doméstica, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional. Nas Diretrizes Curriculares Nacionais, um elemento agregador do grupo de profissões da saúde foi estabelecido pelo campo



de *competências e habilidades gerais*, igual para as profissões de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional. Nas competências e habilidades gerais da profissão de Educação Física, quando na opção pelo bacharelado, não está referida a atenção à saúde, mas as competências e habilidades que contribuam para a adoção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável. Na opção pela licenciatura, as competências e habilidades gerais se referem à docência na educação básica. A Educação Física é a única profissão da Tabela de Áreas do Conhecimento das Ciências da Saúde que não tem texto igual às demais profissões do grupo, mas refere quanto ao seu campo de saberes e ações as perspectivas da prevenção de problemas e agravos à saúde e a promoção, proteção e reabilitação da saúde<sup>5</sup>. A Psicologia, pertencente à Grande Área das Ciências Humanas, tem texto simétrico ao grupo de Áreas das Ciências da Saúde e assevera como competência e habilidade da formação básica de psicólogos, a atenção à saúde.

Todas as profissões do grupo de Ciências da Saúde, exceto, a Educação Física, referem que as competências e habilidades profissionais específicas da profissão devem estar afetas ao sistema de saúde vigente no país, ao trabalho em equipe multiprofissional e à integralidade da atenção. Nas profissões de Enfermagem, Farmácia e Nutrição consta a orientação específica de que a formação do profissional deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde. Para

5 Quanto às contradições das Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Física, ver, por exemplo: [http://www.rbceonline.org.br/congressos/index.php/XVII\\_CONBRACE/2011/paper/viewFile/2795/1642T](http://www.rbceonline.org.br/congressos/index.php/XVII_CONBRACE/2011/paper/viewFile/2795/1642T)

a graduação em Biologia, a saúde consta apenas como atuação em prol das políticas de saúde, sem referência à atenção, tampouco com competências e habilidades específicas referidas ao campo da saúde a serem desenvolvidas como perfil do egresso. Quanto à Economia Doméstica, embora referida no debate das Diretrizes Curriculares Nacionais entre as profissões agrupadas pelas Ciências Biológicas e da Saúde, no agregado das áreas de conhecimento integra as Ciências Sociais Aplicadas e se avizinha do Serviço Social, não havendo destaque sobre a empregabilidade com carreira no Sistema Único de Saúde. Para a graduação em Serviço Social, por outro lado, cujas diretrizes curriculares nacionais não fazem menção específica ao conhecimento em saúde ou sobre o Sistema Único de Saúde, destaca-se a empregabilidade com carreira neste setor. As diretrizes curriculares nacionais em Serviço Social estão orientadas à cidadania, relações sociais, equidade de direitos e oportunidades ocupacionais.

Para outras profissões, como a graduação em Agronomia, Medicina Veterinária ou Zootecnia, das Ciências Agrárias, as diretrizes curriculares nacionais nada referem sobre o setor da saúde na Agronomia, apesar da marcada atuação na área de saúde ambiental, intervenção em saúde pública pela participação da fitossanidade no controle de alimentos de origem vegetal, controle dos mananciais de água e participação na produção de fitoterápicos, mas na Medicina Veterinária as diretrizes curriculares nacionais referem a intervenção de saúde pública e na Zootecnia as competências e habilidades específicas incluem atender as demandas da sociedade quanto à excelência na qualidade e segurança dos produtos de

origem animal, promovendo o bem-estar, a qualidade de vida e a saúde pública. A Saúde Coletiva, única Área do grupo de Ciências da Saúde que não apresentava terminalidade em curso de graduação ainda não teve suas diretrizes curriculares nacionais aprovadas, mas situa sua intervenção na atenção à saúde pelo componente da promoção e vigilância da saúde, além do componente do planejamento e gestão em saúde, integrante das motivações pela escolha profissional nesse setor<sup>6</sup>. Da mesma forma que na Psicologia, os cursos de bacharelado em Saúde Coletiva, representados pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva Abrasco, definiram suas competências e habilidades gerais no escopo da Atenção Integral à Saúde.

Abordei as Ciências da Saúde, segundo a organização dos agregados de formulação e experimentação dos saberes em áreas do conhecimento, e as profissões da saúde, segundo a formação profissional articulada em torno das diretrizes curriculares para a graduação. Um outro ponto é o trabalho em

---

6 ▯ Para a composição das Diretrizes Curriculares Nacionais foram compiladas seis grandes áreas de conhecimento: Ciências Biológicas e da Saúde (Biomedicina, Ciências Biológicas, Economia Doméstica, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional), Ciências Exatas e da Terra (Ciências Agrárias, Medicina Veterinária, Estatística, Física, Geologia, Matemática, Oceanografia e Química), Ciências Humanas e Sociais (Artes Cênicas, Artes Visuais, Ciências Sociais, Direito, Filosofia, Geografia, História, Letras, Música, Pedagogia e Psicologia), Ciências Sociais Aplicadas (Administração, Ciências Contábeis, Ciências Econômicas, Ciências da Informação, Comunicação Social, Hotelaria, Serviço Social, Secretariado Executivo e Turismo), Engenharias e Tecnologias (Arquitetura e Urbanismo, Computação e Informática, Design, Engenharias e Meteorologia) e Licenciaturas.

saúde. Não são trabalhadores da saúde apenas os profissionais de saúde ou pós-graduados em ciências da saúde. Seleciono alguns exemplos tendo em vista as políticas públicas de saúde.

Se consideramos o rol de ocupações relativas às profissões de nível superior presentes nos Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde, coletânea de estatísticas sobre emprego e renda no setor da saúde, elaborado como material de apoio pelo Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde (ProgeSUS)<sup>7</sup>, encontramos 17 ocupações profissionais, assim distribuídas: assistentes sociais e economistas domésticos, biólogos e biomédicos, educadores físicos, enfermeiros, farmacêuticos/bioquímicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários e zootecnistas, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, sanitaristas e terapeutas ocupacionais.

Segundo a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002<sup>8</sup>, relativa à definição das modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), a composição da equipe mínima de trabalhadores deveria incluir, conforme o porte de abrangência populacional ou as especificidades de funcionamento 24 horas, clientela de crianças e adolescentes ou usuários de álcool e outras drogas: assistente social, enfermeiro, enfermeiro com formação em saúde mental, fonoaudiólogo, médico clínico (responsável pela triagem, avaliação e

---

7 O documento na íntegra encontra-se disponível na Internet (ver em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0158\\_M.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0158_M.pdf)).

acompanhamento das intercorrências clínicas), médico com formação em saúde mental, médico neurologista, médico pediatra com formação em saúde mental, médico psiquiatra, pedagogo, psicólogo, técnico educacional e artesão (arte-educador), terapeuta ocupacional e, ainda, algum outro profissional que se faça necessário ao projeto terapêutico. A equipe mínima contempla especialistas e, também, pedagogo e arte-educador.

Segundo a Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011<sup>9</sup>, relativa à Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família e para o programa agentes comunitários de saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, a serem criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações assistenciais e a resolubilidade da atenção, devem ser compostos pelas categorias profissionais de assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico acupunturista, médico do trabalho, médico geriatra, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, médico internista (clínica médica), médico pediatra, médico psiquiatra, nutricionista, profissional com formação em arte e educação (arte-educador), profissional/professor de educação física, psicólogo, profissional sanitaria graduado na área de saúde coletiva ou com pós-graduação em saúde coletiva, terapeuta ocupacional e médico veterinário. A equipe para o apoio matricial à atenção básica em saúde contempla especialistas e, também, arte-educador/educador e sanitaria.

Na área de medicina tradicional indígena e de saneamento em comunidades remanescentes

de quilombos, o Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Fortalecimento Institucional da Vigilância em Saúde (Vigisus), do Ministério da Saúde, vem debatendo a intervenção antropológica e a participação de antropólogos nas ações de saúde<sup>10</sup>. A participação de antropólogos no trabalho em saúde contribuiria ao desenvolvimento de ações que ultrapassem o paradigma assistencial vigente, fortemente hospitalocêntrico e medicamentoso<sup>10</sup>, em busca de um modelo realmente diferenciado e que favoreça a comunicação e o convívio interculturais e oportunize maior espaço para as práticas preventivas, analisando as diversas repercussões e impactos socioantropológicos do processo de implantação da política de saúde indígena nos contextos das etnopolíticas e das medicinas tradicionais<sup>10</sup>, por exemplo. A intervenção antropológica se presentifica quando se trata de interferir no estado de saúde de uma população, uma vez que o estado de saúde de uma população expressa o seu modo de vida e o seu universo sociocultural. A *antropologia médica* se inscreve, quanto à produção de conhecimento, em uma relação de complementaridade com a epidemiologia e com a sociologia da saúde, enquanto, relativamente à intervenção, assinala as lacunas e limitações da intervenção biocientífica ou médico-centrada<sup>9</sup><sup>11</sup>.

Recentemente, o Ministério da Saúde lançou a Força Nacional do SUS (2011), que configura

<sup>8</sup> O subcomponente II do Projeto Vigisus teve grande relevância na formulação e implantação de sistemas de atenção à saúde indígena (ver, conforme referências deste texto, em [http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/Vigisus\\_saudeIndigena.pdf](http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/Vigisus_saudeIndigena.pdf)).

<sup>9</sup> Um atual e potente debate encontra-se na Revista Interface, com a abordagem de Tullio Seppilli, presidente da Sociedade Italiana de Antropologia Médica, comentado por brasileiros, espanhóis e ingleses, entre pesquisadores da Educação e Ensino da Saúde.

um cadastro nacional de profissionais de saúde disponíveis ou que podem ser mobilizados à ação profissional em situações de calamidade pública, de risco epidemiológico (surto de leptospirose após enchentes, por exemplo) ou para o atendimento a vítimas de desastres naturais que exijam uma resposta rápida e coordenada, apoio logístico e equipamentos adequados de saúde<sup>[10]</sup>. Os profissionais para o qual se prevê o cadastramento são assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, médicos e psicólogos.

O trabalho em saúde configura *aplicação* dos conhecimentos científicos das áreas e o emprego dos profissionais formados por estas mesmas áreas (da Grande Área da Saúde), mas também absorve um conjunto de trabalhadores de várias áreas do conhecimento. Todas as abordagens que ampliam, melhoram e qualificam a vida, em alguma medida estão, evidentemente, dirigidas à saúde, mas não é verdade que todas as contribuições à qualidade de vida traduzem ações próprias da saúde. Por mais que cada um de nós reconheça, no princípio da integralidade, uma abrangência bastante ampliada da terapêutica em saúde ou a abrangência da promoção da saúde que pode não estar relacionada com terapêutica ou admita um cuidado em saúde que não se destina a um indivíduo em particular, mas à qualidade da vida nos coletivos humanos, ainda assim, teremos de definir a abrangência das ciências

10 O Ministério da Saúde cadastra profissionais para compor equipes permanentes da Força Nacional do SUS, dentre funcionários do próprio Ministério, profissionais de hospitais universitários, servidores estaduais e municipais do SUS e profissionais que atuam no SAMU 192, que devem receber formação contínua, podendo ser acionados quando necessário (ver em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3746/162/forca-nacional-atendera-vitimas-de-desastres.html>).

em saúde, das profissões de saúde ou do trabalhar em saúde. Senão como dimensionar se são altos ou baixos os investimentos na pesquisa em saúde, o que nos currículos de saúde precisa ser modificado ou quais são os trabalhadores que terão assento nas instâncias de representação do Sistema Único Saúde na condição de trabalhadores da saúde.

As ações e serviços de saúde não se esgotam na assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Estão incluídas no campo de atuação da saúde as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador; a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico (excluída qualquer participação financeira em ações que não sejam de acesso universal e gratuito); a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; a vigilância nutricional e a orientação alimentar (não a alimentação); a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; e a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Em que pese esse campo de atuação, o projeto que regulamentou a Emenda Constitucional

29, específico do financiamento para a saúde, chegou ao Congresso Nacional em 2003 com a importante preocupação de distinguir, o mais claramente, o que é investimento em saúde e o que não é, pois ampliar os recursos percentuais dos orçamentos públicos para a saúde não poderia ser carreando seus recursos para outras esferas de investimento. Então, embora a saúde tenha como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, a educação, o transporte e o lazer, cada um desses não corresponde ao conceito de ações e serviços de saúde. O financiamento da atuação do SUS não inclui limpeza urbana, saneamento básico, merenda, previdência, assistência social ou obras públicas de melhoria da qualidade de vida.

Por fim, a representação dos profissionais de saúde nas instâncias do controle social em saúde: a participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde se faz por duas instâncias colegiadas, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (ambas por esfera de governo). A Conferência de Saúde deve contar com a representação dos vários segmentos sociais, reunindo-se a cada 4 anos. O Conselho de Saúde tem caráter permanente e é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, *profissionais de saúde* e usuários. Por tudo quanto se disse até aqui quanto às ciências da saúde, profissões de saúde e trabalho em saúde e todo o escopo de abrangência do campo de atuação do Sistema de Único de Saúde, quem seriam os profissionais de saúde a integrar uma instância do porte e impacto do Conselho Nacional de Saúde?

Em 1997, O Conselho Nacional de Saúde buscou responder a esta questão, estipulando

uma Resolução que “reconhecia” quais profissões de nível superior correspondiam à composição do segmento “profissionais de saúde” (Resolução CNS nº 218, de 6 de março de 1997<sup>12</sup>). Essa resolução previa o reconhecimento “como profissionais de saúde de nível superior” um rol de categorias (assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais), alertando que, no caso dos assistentes sociais, biólogos e médicos veterinários a caracterização como profissional de saúde deveria ater-se aos dispositivos legais dos setores da Educação e do Trabalho, bem como das respectivas categorias profissionais. Essa Resolução foi substituída, já no ano seguinte, pela Resolução CNS nº 287, de 08 de outubro de 1998<sup>13</sup>, que relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho, não mais “reconhece como profissionais de saúde de nível superior”, mas “relaciona como categorias de interesse para fins de atuação do Conselho”, contribuindo à implementação da Lei, com base na realidade do trabalho. Essa Resolução relaciona assistentes sociais, biólogos, biomédicos (inclusão), profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Ressalva que, quanto às categorias de assistentes sociais, biólogos, biomédicos (inclusão) e médicos veterinários a caracterização como profissional de saúde deve ater-se a dispositivos legais e aos Conselhos Profissionais das respectivas categorias.



De todas as categorias citadas pelo Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde nos *Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde* (documento de 2007)<sup>14</sup>, não constam na Resolução do CNS a Economia Doméstica, a Zootecnia e a Saúde Coletiva. Em nenhum dos dois documentos consta a Agronomia, em que pesem suas bases formativas no interesse da saúde. A Agronomia e a Zootecnia, integrantes das Ciências Agrárias (assim como a Medicina Veterinária) foram minimamente detalhadas acima e serão reapresentadas a seguir no âmbito setorial da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Sobre a Economia Doméstica, também citada antes, cabe destacar que a profissão foi regulamentada apenas em 1985 e a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Fiscalização do Exercício Profissional apenas em 1990, sendo uma profissão vizinha do Serviço Social, no tocante às Ciências Sociais Aplicadas, e à Nutrição ou Enfermagem, no tocante às Ciências da Saúde. A Economia Doméstica atua em Desenvolvimento Rural, Estabelecimentos Agroindustriais, Lavanderias e Refeições para Comunidades Sadias, definida pela orientação e contribuição para a qualidade de vida familiar e em coletividades sadias, subsistência da família, segurança alimentar e desenvolvimento de crianças e grupos vulneráveis.

A Saúde Coletiva não contava com a disseminação de cursos de graduação, o que veio a ocorrer apenas a partir de 2008, sendo profissão listada nas Ciências da Saúde e integrante do núcleo de competências estruturantes dos sistemas de saúde, assim como da execução das ações fundamentais em vigilância sanitária, vigilância epidemiológica,

saúde do trabalhador, planejamento e gestão, promoção da saúde, saúde ambiental e incremento científico-tecnológico em saúde. A *ocupação* em Saúde Coletiva já constava na Classificação Brasileira de Ocupações – CBO (de 2002)<sup>15</sup>, como Pesquisador em Saúde Coletiva (Família: Profissional das Ciências e das Artes de Nível Superior; Conjunto de ocupações similares: Profissional das Ciências Biológicas, da Saúde e Afins; Domínio de trabalho mais amplo: Pesquisador em Ciências da Saúde; Ocupação: Pesquisador em Saúde Coletiva)<sup>[11]</sup>.

As portarias da Saúde Mental e da Atenção Básica<sup>8-9</sup> incluíram as categorias profissionais de Pedagogia e Artes, já as orientações quanto à Saúde Indígena e para grupos culturais, sugerem incluir a Antropologia, mas, claramente, supõem, todas essas, a inclusão de profissionais que se façam necessários aos projetos terapêuticos das instituições que prestam ações e serviços de saúde ou aos projetos terapêuticos individuais demandados pela singularidade individuada, já referida anteriormente, quando se trata da atenção à saúde. O interessante, neste ponto, é que de todo o esforço de nuclear a saúde na especificidade da atenção que se explica pela biologia humana, biologia das doenças, procedimentos diagnósticos e procedimentos terapêuticos ou de prevenção e educação em saúde com estatuto biocientífico, damos uma volta e chegamos a uma clínica tão singular quanto cada demanda individual no processo saúde-doença-terapêutica-qualidade-de-vida, onde arte, educação e antropologia, claramente

---

11 Família Ocupacional 2033, Ocupação 2033-20, buscar Relatório de Atividades em CBO Saúde Coletiva (ver, conforme as referências, em <http://www.mtecho.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>).

da seara das humanidades, ganham lugar<sup>[12]</sup>.

## O NORMATIVO E AS CONFUSÕES

Em que pese o asterisco da Resolução CNS nº 287/98 quanto às profissões de Medicina Veterinária, Biologia e Serviço Social, leio nas prioridades do Ministério da Educação – MEC para as Residências em Saúde, a residência em clínica médica de equinos; esta é uma residência em área profissional da Saúde ou em área profissional da Sanidade Animal? Ninguém pode ter nada contra uma residência em Saúde Animal, mas é óbvio que não é “Área da Saúde”, é “Área da Sanidade Animal”. Onde está a Área da Sanidade Animal? Está no setor da agricultura, pecuária e abastecimento, gerido pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa)<sup>[13]</sup>, onde existe um “Departamento de Saúde Animal”, inclusive uma área técnica designada como de “Equídeos”, além da gerência técnica e política dos Programas Nacionais de Saúde Animal, de Defesa Sanitária Animal, de Controle e Erradicação de Doenças Animais

12 <sup>□</sup> A Resolução CNS 287/98, hoje além do uso inadequado (pela extrapolação que foi feita) no senso comum sobre trabalho e educação na saúde, encontra-se defasada na realidade do trabalho em saúde, em especial registrando a falta de referência à Economia Doméstica, Saúde Coletiva e Zootecnia. Precisaria, também, para cumprir seu papel político de ação social e não o normativo, próprio do governo, referir o reconhecimento da atuação no setor de outras categorias profissionais, sobre as quais o Conselho Nacional de Saúde não registra especial interesse, mas constata a relevante presença, como Agronomia, Antropologia, Artes, Engenharia, Pedagogia e Sociologia, nos contextos referidos na presente problematização, provenientes de e instauradas em outras áreas.

13 Pode-se consultar esse campo setorial, de conhecimento e de trabalho junto ao banco de dados e informações científicas do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (ver em: <http://www.agricultura.gov.br/animal/sanidade-animal>).

de Impacto Epidemiológico, de Sanidade Animal (destinado aos animais aquáticos; sanidade apícola, avícola, de caprinos e ovinos, de equídeos e de suídeos) e de Sanidade Agropecuária e Vegetal, já abrangendo a parte de Saúde Vegetal.

Definitivamente, a Sanidade Animal, amplamente descrita e prevista no campo da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, tecnicamente não pode ser chamada de Área da Saúde, sob pena de aniquilar até o debate da EC-29, onde uma das maiores discussões foi a de definir o que é saúde e o que não é. O financiamento das residências em saúde pelo MEC para a Saúde está em um setor designado por Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências de Saúde, com uma Coordenação-Geral de Residências em Saúde, logo não são residências em geral, havendo clara ação de formar pensamento e profissionais sobre o que é saúde. Ou não?

Existem outros programas de formação na modalidade de residências que não são em saúde e não estão no MEC, estão em seus respectivos Ministérios ou setores: Residência Artística (do Ministério da Cultura – MinC, por meio da Fundação Nacional das Artes – Funarte, em todo o Brasil, junto aos Pontos de Cultura e Institutos de Arte das Universidades Federais e Estaduais), Residência Jurídica (dos Ministérios Públicos dos estados com as Universidades Federais, por exemplo: Universidade Federal do Rio de Janeiro e Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro), Residência em Desenvolvimento de Software (do Ministério da Ciência e Tecnologia – MCT, por meio do CNPq, em várias Universidades Federais contempladas por Edital), Residência Agrária e Rural (do Ministério do Desenvolvimento

Agrário – MDA, exemplo nas Universidades Federais Rurais)<sup>16</sup>.

Discuti a especificidade da sanidade animal, agora levanto a discussão da Biologia e seu espectro de formação científica: as Ciências Biológicas. A atuação indiscutível da Biomedicina no setor da saúde guarda relativa distância do contato continuado e direto com os usuários pelo predomínio de atividades no laboratório e na pesquisa, envolvendo bromatologia, parasitologia, células-tronco, citogenética e neurociências ou a biotecnologia para a industrialização de medicamentos e kits de diagnóstico. A Biomedicina, por sua atuação no espectro das biotecnologias, análises de material biológico, biologia molecular e manipulação de microrganismos colabora com os setores da ecologia pelo desenvolvimento da utilização sustentável de ecossistemas e biodiversidade, estratégias para a melhoria da qualidade ambiental e para o uso sustentável dos recursos naturais e tecnologia de alimentos. Está na área da saúde, mas também na área das Ciências Biológicas em sua especificidade de saúde (a antiga “modalidade médica”). A Biologia compõe a ciência matriz do conhecimento em Ciências Biológicas. As Ciências Biológicas constituem a área de conhecimento que abrange todo o escopo das ciências da vida: Biologia Geral, Anatomia e Embriologia Vegetal, Anatomia, Bioclimatologia, Biofísica, Biologia Marinha, Bioquímica, Botânica, Conservação e Manejo da Fauna, Ecologia, Ecossistemas, Espeleobiologia, Etologia, Farmacologia, Fisiologia, Fitogeografia, Fitoquímica, Fungos, Genética, Histologia, Histoquímica, Imunologia, Micologia (da Água, Agrícola, do Ar, Alimentos, do Solo, Humana, Animal),

Microbiologia, Oceanografia, Parasitologia, Radiobiologia, Silvicultura, Tecnologia de Sementes, Zoogeografia, Zoologia etc..

Levanto, por fim, a discussão da Assistência social: embora o profissional formado em Serviço Social seja designado por Assistente Social, Serviço Social é nome de uma profissão e Assistência Social é nome de uma área de intervenção em políticas públicas, onde atuam muitos profissionais de saúde e educação. A ação socioassistencial é destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais ou à recuperação de direitos sociais e pessoais por meio de medidas, serviços e benefícios a indivíduos e famílias diante de situações de vulnerabilidade social. O setor encontra-se, nas políticas de Estado, ordenado junto ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, ocupando-se da proteção social preventiva ou sua recuperação no caso de direitos violados, como na ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual e uso de drogas, entre outros<sup>[14]17</sup>.

O setor engloba a oferta de Benefícios Assistenciais (destinados a públicos específicos, tendo em vista a superação das situações de vulnerabilidade); a gerência do conhecimento, certificação e distribuição de entidades e organizações de assistência social ou de beneficência; o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil e a Vigilância Social. A Vigilância Social se destina às situações de vulnerabilidade e risco que incidem sobre famílias e indivíduos, considerando os ciclos de vida (infância, adolescência, idade adulta e

---

14 A Política Nacional de Assistência Social pode ser visitada e compreendida de maneira genérica com a simples visita ao site do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (ver em <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial>).

terceira idade), exercendo-se sobre a qualidade dos serviços ofertados em assistência social, gestão da informação em atividades socioassistenciais, análises que contribuam para efetivação do caráter preventivo e proativo da política de assistência social e sistema de notificação das situações de violação de direitos. Um eixo da Vigilância Social é a Vigilância de Riscos e Vulnerabilidades, outro é a Vigilância de Padrões e Serviços, abarcando análises e intervenções sobre a sociedade e análises e intervenções sobre a rede de proteção social instalada para a oferta de serviços. O setor de assistência social no Brasil conquistou, por sua relevância, um Sistema Único de Assistência Social que, preservadas suas proporções, tem similaridade com o Sistema Único de Saúde. A assistência social configura, ainda, capítulo específico da Constituição Federal.

No escopo do normativo, o corporativismo se instaura, pleiteando a reserva de mercado, a afirmação de práticas privativas e a regulamentação do exercício profissional, recortando inclusões e exclusões. No contemporâneo brasileiro, duas situações são emblemáticas, as profissões de Medicina e Educação Física. Medicina e Educação Física não possuíam uma lei do exercício profissional até os anos 2000, apesar da antiguidade e tradição universitária em nosso país. A Medicina propôs uma lei do exercício da Medicina que tramita há 10 anos e disputa, fundamentalmente, pela configuração privativa de práticas, nominando as demais profissões de saúde sob seu paradigma, informando que aceita as suas leis de exercícios profissional; a Educação Física tem 10 anos de aprovação de sua lei do exercício profissional e conta, ao longo desse período, com a crescente

mobilização do professorado e estudantes organizados para fazer crescer as posições divergentes e contrárias à regulamentação. Renato Sampaio Sadi ao analisar, em 2003, a política do Conselho Federal de Educação Física na Revista Brasileira de Ciências do Esporte, relata que, “nesse campo, situam-se pensamentos de uma oposição ora negativa, ora propositiva, articulados a projetos educacionais distintos e com tendência à unificação contra o Conselho”<sup>18</sup>, lembrando o surgimento do Movimento Nacional Contra a Regulamentação, além das oposições declaradas do Movimento Estudantil de Educação Física, da Executiva Nacional de Estudantes de Educação Física, de militantes independentes localizados no interior do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte e a Frente Unida Pela Autonomia Profissional da Educação e das Tradições Culturais (trabalhadores das artes marciais, capoeira, dança e lutas).

### **O NORMATIVO E O “ATUAL”**

A maioria dos estudantes da área da saúde, atores sociais dos discursos e práticas culturais da saúde como conhecimento sistemático, se vê em construção do domínio de arsenais científicos e tecnológicos para o mais preciso diagnóstico e a mais correta intervenção, capaz de curar os males por ventura experimentados por aquele que requer atendimento, assistência ou escuta em saúde. Ainda que doenças, sofrimentos e mal-estares possam ser determinados por motivos sociais, emocionais ou econômicos, todos acreditam que a intervenção biocientífica individual será capaz de proporcionar solução ou alívio, em especial se o profissional for bom e atencioso, uma vez que, quanto às indiscutíveis bases biológicas de qualquer adoecimento, sofrimento ou

aflição, segundo os discursos hegemônicos sobre saúde, a intervenção clínica competente terá algum patamar de eficácia e será capaz de uma terapêutica ajustada. O *suposto* se instaura na díade diagnóstico-tratamento.

Entretanto, vem dos anos 1940, quando da criação, junto à Organização das Nações Unidas, da Organização Mundial da Saúde OMS (7/04/1948<sup>[15]</sup>) a tentativa de conceituar a saúde como algo distinto da ausência de doença ou enfermidade, portanto não ligada apenas ao tratamento e prevenção de moléstias. A formulação de um conceito sobre saúde que a apresentasse como uma afirmação e não apenas em oposição à doença, se projetou pela definição de um estado de completo bem-estar biopsicossocial, não a mera ausência de doença ou enfermidade. Desde então, uma noção de processo saúde-doença tematiza as intervenções científicas, profissionais e setoriais. A fisiopatologia ou a anátomo-clínica, contudo, incrustadas nos imaginários do trabalho setorial como o saber de base ou de evidência biocientífica, presidem as intervenções profissionais de tratamento, prevenção ou promoção da saúde, verificando-se a vigência de um suposto biologicista ou medicalizador.

Machteld Huber e colegas, a partir de uma conferência de especialistas em saúde internacional, realizada na Holanda, sobre as limitações da definição da OMS sobre saúde, descreveram propostas para tornar tal definição mais útil. Segundo o argumento de que a definição da OMS quanto à saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social não é mais adequada para seus objetivos, no contemporâneo, dado, em especial, o

---

15 O dia 07/04 é o Dia Mundial da Saúde.

aumento das doenças crônicas e a elevação da longevidade da população, os especialistas propuseram mudar a ênfase do “completo bem-estar físico, mental e social” para “a capacidade de adaptação e autogestão em face dos desafios sociais, físicos e emocionais”<sup>19</sup>. Para os analistas, a formulação da OMS foi inovadora a sua época, devido a sua amplitude e ambição, superando a definição negativa de saúde como ausência de doença e incluindo os domínios físico, mental e social, mas nunca mais foi adaptada. Bastante criticada nos últimos 60 anos, em especial pelo horizonte intangível de um completo bem-estar sobre o qual nem os indivíduos, nem os melhores serviços de proteção à saúde ou a ciência teriam domínio, a crítica agora estaria intensificada, com a elevação da faixa etária nas camadas mais idosas da população e com a mudança nos padrões de adoecimento pela emergência e prevalência das doenças crônicas. A definição teria se tornado, inclusive, contraproducente. A localização de um bem-estar completo “deixaria a maioria de nós não saudáveis a maior parte do tempo”<sup>19</sup>, além de, objetivamente, apoiar as tendências da tecnologia médica e da indústria de medicamentos, em associação com as organizações profissionais, em redefinir as doenças, expandindo o escopo de inclusões como “problema de saúde”<sup>[16]</sup>.

Lembram Machteld Huber e colegas<sup>19</sup> que o caráter absoluto da palavra “completo” em relação ao bem-estar contribuiu, mesmo que involuntariamente, para a medicalização da sociedade. Novas tecnologias de rastreamento para detectar anormalidades em níveis que nunca causarão doenças e empresas

---

16 Huber, Knottnerus, Green, van der Horst, Jadad, Kromhout e colaboradores se perguntam sobre como definir saúde ou apresentar uma definição abrangente e consistente de saúde.



farmacêuticas produzindo medicamentos para condições não previamente definidas como doença ou enfermidade (a farmacoprevenção de supostos problemas que teríamos alguma chance de desenvolver). Os limiares para a necessidade de intervenção profissional tendem a ser reduzidos, por exemplo, para a pressão arterial e taxas de glicose e lipídios. A ênfase persistente no bem-estar físico completo levaria à hipervigilância da saúde, o que em contrapartida representaria a hipermedicalização da vida. Luís David Castiel, no Brasil, forjou os conceitos de hiperprevenção e epidemiopoder, destacando os efeitos de disciplinarização e esvaziamento da vida pulsátil na qualidade e estilos de vida<sup>20</sup>.

Assim como a saúde não corresponde a um conceito objetivo, unitário e explicável pelas biociências, à doença também não corresponde um conceito objetivo, unitário e explicável pelas biociências. Ambos os conceitos são plurais, complexos e desdobrados pela contribuição de várias ciências e das humanidades. O problema da fragmentação do conhecimento, comum nas ciências e na educação superior se acentua na área de conhecimento da saúde, território de profissões fortemente regulamentadas, de grande rivalidade pela reserva de mercado, de forte disputa no domínio privativo de competências profissionais e de concorrência pelo prestígio nas ocupações, sendo reposicionado por instruções normativas, resoluções corporativas, leis, decretos regulamentadores, portarias governamentais, orientações técnicas, diretrizes assistenciais etc.. Essa fragmentação reconhecida não é *corrompida* pelas práticas disciplinares ou corporativas, todas elas cordiais com o biologicismo e a

medicalização ou ao que se convencionou chamar *biomedicalização*. É nessa medida que cai por terra uma singular ciência da saúde, plural, multiprofissional e interdisciplinar, por uma ciência biomedicalizadora (médico-centrada, biotecnológica, biofuncional, médico-hegemônica).

É flagrante em todas as áreas/profissões integrantes da grande área da saúde e em todas as áreas que se aproximam da saúde para compor seu exercício e prática profissional o desinteresse em construir conceitualmente o objeto saúde<sup>[17]21</sup>. A Educação, as Artes e a Antropologia aparecem como reservatórios, cada vez mais frágeis para dar suporte à produção de uma ciência para a clínica que diga respeito à saúde, não às biociências (o fora). Uma grande expectativa se deposita às áreas da Educação Física, da Saúde Coletiva, do Serviço Social e da Psicologia pela condição de fronteira entre humanidades, sociedade, cotidianidades, corporeidades e saúde, no campo dos saberes sistemáticos, o que somente será possível por uma ética viva, que se faça o tempo todo durante as relações (dobraduras *dentro-fora*). Não é o que temos visto. Ao contrário, no reconhecimento do mercado, das rivalidades, das disputas e das concorrências vemos focos de unificação, nós de totalização

17<sup>0</sup> Naomar de Almeida Filho, na coleção Temas em Saúde, da Editora Fiocruz, em “O que é Saúde?” (2011), afirma que “nas disciplinas que constituem o chamado campo da saúde, observa-se flagrante desinteresse em construir conceitualmente o objeto saúde”. O pesquisador cita o contraste entre a rarefeita produção científica sobre o conceito de saúde e a “enorme concentração de esforços no sentido de produzir modelos biomédicos de patologia, doença, enfermidade ou agravo, com forte inspiração mecanicista ou, no máximo, sistêmica, que, ao enfatizar os níveis de análise individual e subindividual, terminam por reduzir o alcance das suas contribuições”.

e os mesmos processos de subjetivação que deveriam ser desfeitos. O que tem surgido são modos de explicação da vida biológica, social e emocional, mas não a formação do novo ou a *atualidade*.

Para a proteção da saúde interessa a vitória das forças que engendram e afirmam a vida, a dissolução das fronteiras, disputas e concorrências e a reconfiguração das formas e figuras de ser-pensar-agir-perceber. A relação do agora-real com um agora-virtual constitui um circuito à atualização, trazer do virtual para o real, em tramas de conexão de saberes e ações. Como um circuito, o agora-real não é um estado dado e que precisa ser modificado, é uma configuração amarrada em um conjunto de supostos e de práticas, podendo ser desamarrado em diversos pontos, produzindo novas amarras, fazendo emergir a novidade, a virtualidade, no meio do real, uma agora-virtual em franco ato de realidade. A isto estou chamando *atualização*. Atualizar práticas, atualizar a equipe de saúde, atualizar as ciências em saúde, atualizar o SUS? Quais as amarras do agora-real queremos desatar e em que agora-virtual queremos atar? Esta é uma interrogação ética aos estudantes universitários da saúde.

São oposições a produção de saberes coletivo-epidemiológicos, clínico-individuais, biológico-moleculares? Nosso maior problema não é esse, mas o fato de que cada vertente de saberes imagina e quer deter a melhor explicação e talvez a tenha em representações estatísticas, representações individuais, representações genômicas etc., mas não em sua pulsação, em sua produção permanente de emergências. Os objetos de saúde são plurais, polifônicos, com características variadas e peculiares,

simultaneamente aprofundados e inventados. Os estados dados indicam as instruções normativas, as resoluções corporativas, as leis, os decretos regulamentadores, as portarias governamentais, as orientações técnicas, as diretrizes assistenciais etc., pontos de acumulação, de coagulação, mas talvez de potência. A relação entre o agora-atual e o agora-virtual pode formar uma individuação em ato ou uma singularização, a vida por toda parte (viva), não a vida contida em mecanismos de sobrevivência (biologicamente mantida, existencialmente desprovida de vitalidade).

Na *atualização*, distintos sentidos da saúde estarão em disputa. Uso a sumarização, bastante operacional, de Naomar de Almeida Filho (2011): em uma vertente politicamente conservadora, a saúde sob a forma de procedimentos, serviços e tecnologias, fatos e atos de saúde apropriados como mercadoria, com valor de uso e valor de troca, definidos num mercado peculiarmente estabelecido; em outra vertente, politicamente antagônica, a saúde porta valores de vida, manifestos como direitos sociais, parte da cidadania global contemporânea; nesse caso, impõe-se defini-la como serviço público ou bem comum, acessível a todos.

## **COMPETÊNCIAS DO/NO TRABALHO NO/DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Como a competência no trabalho é também competência do trabalho, isto é, envolve informações recebidas e conhecimentos construídos, mas também saberes adquiridos em cenários de prática, aprendizados das situações reais de trabalho e experiência de afecção pelos signos que informam o cotidiano e as necessidades sociais em saúde,

a competência é como a inteligência que vem depois, não é o que se prescreve como prática desejada ou desejável, mas aquilo que foi oportunizado contatar, experienciar, apreender, de forma corporal e sensorial, mesmo que proveniente da teoria ou da fala de outrem<sup>22-23</sup>. A inteligência não é o mesmo que erudição, portanto não se refere ao conhecimento formal que pode ser relatado, mas ao resultado de aprendizados que entram em devir<sup>24-25</sup>.

A compreensão acerca do desenvolvimento de competências para o trabalho na saúde, acerca da produção de inteligência como experiência vivencial foi motivo para a invenção de uma prática no interior do SUS, as vivências-estágio. A reunião de estudantes universitários da área da saúde com gestores do Sistema Único de Saúde teve a singular invenção das Vivências-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde, iniciativas VER-SUS. Essa invenção teve início em 2002, com o projeto Escola de Verão, criado e conduzido pela Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, realizado numa parceria com os estudantes de Medicina, organizados pela Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina (Denem) e ampliado para o conjunto de profissões da área da saúde, em especial com a colaboração dos estudantes de 1º ano da graduação em Saúde Coletiva na Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, contando com o apoio da Associação Brasileira de Enfermagem Seção RS, Associação Brasileira de Odontologia Seção RS e Associação Médica do Rio Grande do Sul. Essa experiência se desdobrou em um projeto nacional (VER-SUS/BRASIL)<sup>26</sup>, a partir do ano de 2003, tendo como estratégia a parceria com municípios em todas as regiões do país, viabilizando a

integração dos estudantes de graduação à realidade da organização dos serviços em seus aspectos de gestão do sistema, atenção aos usuários, participação popular e educação na saúde. A noção de vivências-estágio passou à noção de vivências e estágios. As práticas de VER-SUS/Brasil aconteceram entre 2004 e 2005, tendo continuidade por movimentos autônomos de estudantes, pelas áreas de extensão ou graduação nas universidades ou projetos municipais ou locais. Em 2012 uma nova edição do VER-SUS/Brasil foi proposta pelo Ministério da Saúde, desta vez vivências e estágios nas realidades do Sistema Único de Saúde, pluralizando-se a proposta e seus desdobramentos, aceitando-se ativamente as diversidades de gestão local da saúde e das práticas universitárias no ensino das diretrizes e dos princípios do SUS.

As vivências e estágios na(s) realidade(s) do Sistema Único de Saúde atraem dois eixos relevantes ao que, aqui neste texto, foi abordado: a vivência das ciências, das profissões e do trabalho em saúde, não por acesso às informações, mas pela experimentação, pela implicação ética, pela exposição; e a realidade do SUS, não pelo treinamento de habilidades profissionais do atendimento em saúde, mas pelo dimensionamento do campo de atuação e objetivos do sistema brasileiro de saúde. Entra em questão o trabalho profissional em saúde, o campo intelectual agregador das ações e saberes científicos da saúde e o setor de políticas públicas erigido para a existência de um *Sistema* de saúde. Oportunidade ímpar de realizar um estágio na equipe multiprofissional (não nas ações e serviços), na integralidade da atenção (não em procedimentos do tratamento, do cuidado ou da escuta), na descentralização

da gestão (não na gerência e administração). O grande mérito das vivências-estágios não é o de *ver* para conhecer ou para saber o que mudar ou melhorar, mas o de apropriar em si a afirmação da saúde e, permanentemente diante do vivo, compreender o *atualizar*, a *atualização*, a mutação que ocorre entre o *normativo* e o *atual*, quem sabe com maior lucidez para afastar-se do confundimento gerado nas ações das corporações profissionais, nas políticas de governo e nas variadas instâncias normativas ou reguladoras<sup>27</sup>.

Uma inteligência, mais que um saber, foi o eixo desafiado pela experiências VER-SUS, assim as compreendemos. Fica-se inteligente porque se aprende, aprende-se porque houve a oportunidade do aprendizado. Essa oportunidade teve como efeito principal o desenvolvimento do coletivo de trabalho, o que pressupõe colocar em movimento o saber formal, mas, acima de tudo, os saberes informais ou de si dos atores sociais em situação de implicação. Essa chamada afirma a presença, a implicação de si, a produção de movimento nas fronteiras individuais com que se pensa e vive o trabalho, não sendo mais possível a aceitação tácita de um normativo desde fora para fixar o dentro. A organização do trabalho passa a ser a afirmação de seu lugar inventivo de práticas e dos próprios trabalhadores. A competência como momento determinante da organização da aprendizagem para e pelo trabalho<sup>28</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes. Tabela de áreas do conhecimento. Brasília, Capes, 2008. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/tabela-de-areas-de-conhecimento> Acesso em 31/03/2009.
2. Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Classificação das áreas do conhecimento. Brasília, CNPq, 1984. Disponível em: <http://www.cnpq.br/areasconhecimento/index.htm> Acesso em 31/03/2009.
3. Martins MCF, Gondim SMG, Mourão L, Porto J. Psicologia como área da saúde: o risco de uma definição exclusiva. Associação Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho. Disponível em: [http://www.sbpot.org.br/sbpot2/pdf/Wopsicologia\\_como\\_area\\_de\\_saude\\_julho\\_09072008.pdf](http://www.sbpot.org.br/sbpot2/pdf/Wopsicologia_como_area_de_saude_julho_09072008.pdf). Acesso em: 30/09/2008.
4. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de graduação. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12991](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12991). Acesso em: 31/03/2009.
5. Ceccim RB, Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006; p. 69-92.
6. Lemos LM, Veronez LFC, Morschbacher M. As contradições do processo de elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de formação em educação física e os movimentos de resistência à submissão ao mercado. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte. Disponível em: [http://www.rbceonline.org.br/congressos/index.php/XVII\\_CONBRACE/2011/paper/viewFile/2795/1642](http://www.rbceonline.org.br/congressos/index.php/XVII_CONBRACE/2011/paper/viewFile/2795/1642). Acesso em: 31/03/2011.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilhaprogesus.pdf>. Acesso em: 30/09/2008.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define as características das diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em <http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/8122-336.html>. Acesso em: 31/03/2009.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em <http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>. Acesso em: 30/10/2011.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Fortalecimento Institucional da Vigilância em Saúde – segunda fase (Vigisus II): componente II – Saúde Indígena. Disponível em: [http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/Vigisus\\_saudeIndigena.pdf](http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/Vigisus_saudeIndigena.pdf). Acesso em: 30/1/2011.

11. SEPPILLI, Tullio. Saúde e antropologia: contribuições à interpretação da condição

humana em ciências da saúde. Interface – comunicação, saúde, educação, v. 15, n. 38, p. 903-914, 2011.

12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 218, de 6 de março de 1997. Reconhece e indica quais as categorias para profissional de saúde de nível superior. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1997/Reso218.doc>. Acesso em: 31/03/2009.

13. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 287, de 08 de outubro de 1998. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1998/Reso287.doc>. Acesso em: 31/03/2009.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS - ProgeSUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0158\\_M.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0158_M.pdf). Acesso em: 31/03/2009.

15. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações – CBO. 2002. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>. Acesso em: 31/03/2009.

16. Ceccim RB, Kreutz JA, Mayer Jr. M. Das residências integradas às residências multiprofissionais em saúde: vasculhando fios



embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente Educação. In: Pinheiro R, Silva Jr. AGS, organizadores. Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2011; p. 257-292.

17. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/resolveuid/ed0ec9f00aee6b3c7337aff96d2541bc>. Acesso em: 31/03/2009.

18. Sadi RS. Política do Conselho Federal de Educação Física: limites e perspectivas. Revista Brasileira de Ciências do Esporte. Campinas. 2003; 24(3): p. 9-22.

19. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D et al. How should we define health? British Medical Journal, 343: d4163, jul. 2011

20. Castiel LD. Risco e hiperprevenção: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica com formato religioso. In: Nogueira RP, organizador. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2010; p. 161-179.

21. Almeida Filho N. O que é saúde? Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

22. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & saúde coletiva. 2005; 10(4): 975-986.

23. Ceccim RB. Onde se lê “recursos

humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: Pinheiro R, Mattos, RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005, p. 161-181.

24. Ceccim RB, Carvalho YM. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006; p. 149-182.

25. Ceccim RB, Ferla AA. Abertura de um eixo reflexivo para a educação da saúde: o ensino e o trabalho. In: Marins JJN, Rêgo S, organizadores. Educação médica: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec; 2011; p. 258-277.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER\\_SUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf). Acesso em: 31/03/2009.

27. Ceccim RB, Guimarães A, Klafke TE, Lenz F. Autogestão no trabalho com/em equipes de saúde: estudantes agindo o Sistema Único de Saúde In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007; p. 179-204.

28. Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção

dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005; p. 259-278.

**Artigo apresentado em 01/04/2012**

**Artigo aprovado em 07/04/2012**

**Artigo publicado no sistema em 17/04/2012**