

# **Educação Permanente nas Diretrizes Curriculares dos Cursos da Área de Saúde**

## **Permanent Education at Curriculum**

## **Guidelines of Health Area Courses**

### **Fernanda Ávila Marques**

UEMS – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
fer\_marques@hotmail.com

### **Ednéia Albino Nunes Cerchiari**

UEMS- Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
[edcer@terra.com.br](mailto:edcer@terra.com.br)

### **Cibele de Moura Sales**

UEMS- Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
[cibele.sales1@gmail.com](mailto:cibele.sales1@gmail.com)

### **Lourdes Missio**

UEMS- Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
lourdesmissio@gmail.com

### **Maria José de Jesus Alves Cordeiro**

UEMS- Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
maju@uems.br

## **Resumo**

Este estudo apresenta uma revisão narrativa sobre a Educação Permanente em Saúde (EPS) inserida nos currículos de saúde e nas ações educativas no setor de educação. O estudo tem como objetivo compreender e refletir sobre esse processo, utilizando-se para isso a revisão bibliográfica de produções científicas em periódicos nacionais e internacionais sobre este tema no período de 2010 a 2017. Os resultados mostram que houve evolução das diretrizes curriculares de saúde em relação à superação do modelo tradicional, porém, para que a Educação Permanente em Saúde consiga desempenhar seu papel e que o Sistema Único de Saúde (SUS) se concretize, é necessário incluir nesse processo a participação da população, da gestão, da atenção e da rede de ensino da educação básica à educação superior.

**Palavras chave:** aprendizagem, **educação continuada**, currículo, **peçoal de saúde**

## Abstract

This study presents a narrative review about Permanent Education in Health (PEH) inserted in the curricula of health and **among the educational actions at the Education field**. The study aims to understand and reflect about this process by taking a literature review from scientific productions in national and international journals about this topic from 2010 to 2017. Results show that there have been developments in health curriculum guidelines with regards to overcoming the traditional model. However, Permanent Education in Health could play its role and also could SUS - Brazil Unique Health System - be concretized, by including the participation from people, managers, and from the Basic to Higher Education network.

**Key words:** learning, **education continuing**, curriculum, **health personnel**.

## Introdução

A discussão acerca do currículo tornou-se assídua nos últimos anos, tendo sido encontradas diversas propostas inovadoras nas instituições que procuram modernizar de modo efetivo os processos de formação para que estes atinjam as carências da população. O currículo segundo Braid; Machado; Aranha (2012) é uma sistematização do conhecimento, que estabelece a trajetória de formação do estudante, delimitando dessa forma, a vida da escola. Sacristán (2000) complementa essa definição ao postular que o currículo está historicamente e socialmente solidificado, fazendo parte de um enredo cultural, político e social abarrotado de valores e pressupostos, os quais torna-se necessários conhecer. Para o autor, o currículo é um “Projeto seletivo de cultura, cultural, social, política e administrativamente condicionado, que preenche a atividade escolar e que se torna realidade dentro das condições da escola tal como se acha configurada” (SACRISTÁN, 2000, p. 34), ou seja, pode-se dizer que é uma prática que se expressa em comportamentos práticos diversos. É o contexto da prática, ao mesmo tempo que é contextualizado por ela. É nesse espaço que as práticas em saúde precisam ser reconfiguradas.

A maioria dos cursos de ensino superior apresenta modelo tradicional de ensino: hegemônico, biomédico e cartesiano (ANJOS; DUARTE, 2009). Porém, nessa modalidade de ensino o conhecimento torna-se fragmentado, sendo os currículos organizados na dialética de separação teoria/prática com enfoque maior nos referenciais teóricos, para posteriormente aplicá-los na prática, sendo estas realizadas de forma tecnicista e descompromissada com os serviços e com o ensino na educação básica (AGUILAR-DA-SILVA *et.al.*, 2009); FAGUNDES; BURNHAM, 2005).

Segundo Alves; Aerts (2011) a responsabilidade da educação e da saúde em relação às ações educativas tem sido fragmentada desde século XX, pois, a saúde tem um enfoque

maior no diagnóstico e tratamento, enquanto que à educação realiza as ações pedagógicas no intuito de transformar comportamentos. Assim, esses mesmos autores reafirmam que as práticas educativas voltadas à área de saúde desconsideram o saber prévio e as necessidades da população atendida e da educação básica, dessa forma, o conhecimento acaba sendo transmitido e visto de forma fragmentada.

Os mesmos autores enfatizam que nessa época, as ações educativas ficavam em segundo plano, e quando praticadas tinham como objetivo apenas treinar o comportamento humano, para que estes seguissem a certos padrões de conduta. Ou seja, as ações eram feitas sem reflexões nenhuma por parte dos profissionais de saúde que as desenvolviam em seu cotidiano.

Neste sentido, Chiesa; Westphal (1995) frisam que as práticas educativas estão condicionadas as ações que objetivam apenas modificar comportamentos inadequados à realidade profissional, pois estas giram em torno de prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento, privilegiando apenas a transmissão de conhecimentos através de palestras a partir de temas definidos por técnicos, sem considerar as necessidades sociais da população. Essas práticas se limitam a mera transmissão de conteúdos, totalmente descontextualizados e acrícos em relação a realidade, sendo esses momentos educativos desvalorizados pelos profissionais de saúde que não veem sentido em valorizá-los ou inclui-los em seu processo de trabalho, tornando-as práticas clínicas, individuais e curativas.

Porém, nos últimos anos foram percebidas algumas mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação (AGUILAR-DA-SILVA et.al., 2009; GONZE; SILVA, 2009). Sendo que, na área da Saúde, as transformações surgiram com o objetivo de formar profissionais que respondam às necessidades das áreas de saúde, reorganizando as dificuldades encontradas nos currículos através da superação da fragmentação do cuidado em saúde, porém **ainda com ausência de articulação com a área da educação** (FAGUNDES; BURNHAM, 2005). Articulação que inclui a inserção nos currículos da área de saúde, práticas voltadas para a educação, não apenas como conteúdos isolados, mas como processo preventivo e educativo.

Dessa forma, o foco das atuais políticas públicas da área de saúde passa a ser não mais somente prevenção de doenças, mais ações voltadas à promoção da saúde, prevenção através do estímulo a debates críticos e interação maior entre comunidade e equipes (CARVALHO, 2009). Sendo assim, as práticas educativas ganham um novo enfoque, o diálogo, que passa a ser realizado através da troca entre comunidade e o conhecimento técnico profissional, em uma busca pela escuta integral das necessidades do outro, utilizando como ferramentas a interdisciplinaridade e interssetorialidade para estimular a autonomia do usuário do SUS, assim, este passa a ser sujeito-ativo neste processo e não mais mero receptor, sendo os conteúdos trabalhados nessas ações educativas expostos de forma crítica e contextualizada (ACIOLI, 2008).

Nesse novo cenário, em meados de 2004 surge a Educação Permanente em Saúde (EPS) como método educativo que tem como objetivo pensar sobre o processo de trabalho diário na saúde ou mesmo na formação destes profissionais. Desse modo, a EPS partiria da realidade concreta das relações favorecendo a construção de espaços coletivos para reflexão e avaliação do que é produzido no trabalho, ou seja, do sentido das ações, o que traria uma

inovação no currículo da área de saúde e sanaria as problemáticas surgidas até então (CECCIM, 2005). A EPS tem como chave de seu processo educativo a realidade instável e mutante das ações e serviços de saúde, a qual influencia politicamente na formação de perfis profissionais e serviços, estimula autoanálise de processos, espaços e temas, aludem às mudanças institucionais, autogestão, de pensamentos e experimentação (CECCIM, 2005).

Pouco tempo depois, em 2007, surge o Programa de Saúde na Escola (PSE) como resultado da parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde com o propósito de colaborar para a formação integral de estudantes do ensino público da educação básica por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, **na busca por um trabalho integral intersetorial entre educação e saúde, com intuito de orientá-los no enfrentamento das vulnerabilidades que prejudicam o desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino** (BRASIL, 2009; 2007). Segundo o Portal do MEC, este Programa tem como foco os estudantes da educação básica, gestores e profissionais da educação e saúde, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, comunidade escolar e Educação de Jovens e Adultos (EJA). O Portal ainda informa que as ações educativas serão realizadas nos territórios abrangidos pelas ESFs, o que torna possível e viável a parceria educação e saúde. O Projeto considera o contexto social e escolar, o diagnóstico local em saúde dos escolares e a capacidade operativa em saúde do escolar. A escola, segundo o MEC, é o espaço ideal para o encontro da saúde e da educação, onde podem ser fortalecidos os vínculos sociais e estabelecer relações favoráveis à Promoção da Saúde através da Educação (BRASIL, 2009).

Alicerçados no exposto acima, intuímos a ânsia de empreender um estudo com o propósito de averiguar as vertentes das pesquisas desenvolvidas no Brasil na área de saúde e de educação com a temática: Currículo e Educação Permanente em Saúde. Desse modo, às discussões e debates na disciplina de Currículo em Saúde do curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado Profissional Ensino em Saúde – PPGES, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul– UEMS nos trouxeram a necessidade de entender e pesquisar mais sobre a parceria Educação e Saúde dentro do processo da Educação Permanente em Saúde.

## **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, **bibliográfica** e reflexiva, desenvolvida a partir de uma revisão narrativa, com embasamento teórico em artigos disponíveis na base de dados *Scielo*, bem como, nos artigos e livros indicados pelas docentes dessa disciplina. Os critérios de seleção foram publicações realizadas nos últimos sete anos, período de 2010 a 2017, que tivessem em seus descritores as palavras-chave: aprendizagem, educação continuada, currículo, pessoal de saúde.

Para a análise teórica, filosófica e metodológica foram utilizados os pressupostos teóricos da Educação Permanente em Saúde: Ricardo Burg Ceccim e a Portaria N° 1.196/GM de 20 de agosto de 2007, que dispõem sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. **Além disso, pautamos nossas reflexões em teóricos da área de educação como Sacristán, que favorecem o processo de aproximação entre Saúde e Educação.** Seguindo essas premissas, esse estudo tem como objetivo compreender e refletir sobre o processo de

Educação Permanente em Saúde inserido nas diretrizes curriculares dos cursos da área de Saúde e nas ações educativas no setor de educação.

### **Dialética ensino-serviço e a transposição do paradigma técnico assistencial na formação superior e serviços na área da saúde**

A formação de Ensino Superior tem como característica de seus currículos a separação de objetos dos contextos, ou seja, as disciplinas e conteúdos não mantêm ligação entre si, dessa forma os conteúdos são desintegrados e não atendem às necessidades da realidade, o que colabora para a perda da capacidade de criar e inventar desses profissionais (MORIN, 2005; 2006).

Desse modo, por volta dos anos 70, a integração ensino-serviço começou a expandir-se de forma rápida, no intuito de sanar essa defasagem dos currículos, porém, essas táticas não trouxeram resolutividade para as questões do ensino hospitalocêntrico e das práticas fragmentadas de atendimento das especialidades. Assim, no final desta mesma década, ficou evidente que o ensino superior só teria avanço se houvesse iniciativas mais focadas e integradas na formação dos profissionais de saúde com um perfil mais voltado às necessidades da população e com um currículo que integrasse teoria e prática em seus ensinamentos (FEUERWERKER; MARSIGLIA, 1996).

A partir da Constituição Federal de 1988 foi criado o SUS que teve como papel principal “ordenar” o processo de formação profissional na área de saúde, porém essa tem sido uma função difícil de ser cumprida, pois os princípios do SUS de equidade, universalidade e integralidade são contra hegemônicos na sociedade em que estamos inseridos (MEHRY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006). Na realidade, a atenção à saúde tem sido ainda voltada à assistência curativa, hospitalar e direcionada às especialidades, interesses econômicos e organizacionais, assim, torna-se cada vez mais evidente o quanto são desconexas as articulações dos Ministérios da Educação e da Saúde quando se fala nas questões curriculares da formação dos profissionais e das necessidades do SUS.

Ceccim (2002) enfatiza, então, que esse processo deve envolver mudanças em vários vetores, sendo eles: o de formação que está diretamente ligado ao processo de educação; o vetor de atenção que controla o processo de assistência à população; o de gestão – responsável pela administração e suporte; e o de participação, que leva em consideração as vivências com o usuário em relação às ações e serviços. Desse modo, destacamos a extrema importância do processo de reflexão-ação-reflexão dos profissionais de saúde e a reformulação de seus currículos para a consolidação do SUS, bem como, a necessidade extrema da participação popular como parte do sistema e corresponsável pelas mudanças em busca de alcançar seus direitos postulados na Constituição.

Por conseguinte, Blanck de Garcia (1998) ressaltam a necessidade de estabelecer um novo olhar de saúde que exemplifique os múltiplos relacionamentos internos e externos, bem como a capacidade de se emancipar. Assim, levando em consideração toda essa realidade, instiga-se que ocorra a transformação do setor de saúde independentemente de as instituições acadêmicas modificarem-se ou não, visto que este campo deve mobilizar-se com os diversos departamentos sociais e traçar soluções para intervir de forma participativa e ativa na formação profissional (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994).

No entanto, nota-se que enquanto a formação e prática dos profissionais não aderirem às transformações necessárias para atender ao SUS esse sistema continuará descumprindo o que a Constituição Federal propõe e a população necessita (ALMEIDA *et al.*, 2005). Desse modo, levando em consideração os pressupostos anteriores, postula-se como ideal um sistema que seja de fato universal e integral e que proporcione a equidade à população e aos trabalhadores que dele fazem parte, posto isso, o cuidado poderia ser mais humanizado e com foco na promoção da saúde da população tendo o ensino em saúde na educação básica o foco principal da promoção da saúde.

Considerando essas necessidades, em 1997 foi criada a Rede Unida com objetivo de criar vínculos e estabelecer parcerias para intensificar a capacidade de produzir mudanças a partir do saber e poder compartilhados em movimentos articulados, reunindo pessoas, projetos e organizações empenhados com os movimentos de mutação na formação, no desenvolvimento dos profissionais de saúde e estruturação de um sistema de saúde equitativo e potente, com imensa participação social (FEUERWERKER, 2000; RANGEL; VILASBOAS, 1996). Essa proposta emerge com o foco de modificar o alicerce da formação que até então estava centrado na assistência transpondo para um processo formativo contextualizado, fundamentado nas dimensões sociais, econômicas e culturais da população atendida, oportunizando aos profissionais de saúde enfrentar com maior conhecimento e domínio os processos de saúde-doença da população. Porém, esse processo demanda atuação multiprofissional e interdisciplinar, que considera os fundamentos do controle social e do SUS, exigindo dos profissionais uma atuação com comprometimento integral ao território atendido (REDE UNIDA, 1998).

Logo, começou a busca pela edificação de um modelo pedagógico original que conciliasse a primazia técnica e a relevância social como norteadores do processo de mudança de um currículo integrado, com métodos pedagógicos interativos, metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito de aprendizagem e o professor como mediador do processo de construção desse conhecimento (FEUERWERKER e SENA, 1999). Deste modo, a educação deve ser experimentada como um processo permanente, ou seja, que se inicia na formação acadêmica e perdura toda a vida profissional, portanto, necessita manter uma parceria no relacionamento entre a universidade e os serviços de saúde, a comunidade, as entidades atendidas e demais setores integrantes da sociedade; assim sendo, essas mudanças carecerão de uma modificação dos métodos pedagógicos, sendo que estes deverão estimular que o conhecimento seja construído em contato real, amplo, total e integral com o trabalho (FERREIRA, 1986).

Assim, entre 2001 e 2004, notou-se uma mudança nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) da Área de Saúde que objetivaram compor um perfil profissional e acadêmico com habilidades, competências e conteúdos que atendam às necessidades contemporâneas das populações voltadas para qualidade e resolutividade no SUS (PEREIRA; LOPES; LUGARINHO, 2006).

Para atender a essa demanda, em 2003, o Ministério da Saúde criou o Departamento da Educação na Saúde (DEGES) como parte integrante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETS), passando a priorizar a evolução na educação superior. O DEGES tem como objetivo motivar e propor ações como alterações na formação técnica, graduação e pós-graduação e também da Educação Permanente dos

trabalhadores da saúde, levando em consideração as necessidades sociais de saúde da população e fortalecimento do SUS (BRASIL, 2009).

No ano seguinte, em 2004, foi implantada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) como tática do SUS para formar e desenvolver os trabalhadores para o setor. Para Ceccim (2005); Ceccim e Feuerwerker (2004) a EPS instiga que aconteça uma reflexão sobre as práticas do cotidiano a partir do processo de aprendizagem, considerando para isso a realidade do mesmo e as relações vivenciadas no trabalho e/ou formação; isto posto, seriam criados espaços públicos, sendo eles na própria instituição ou em outro ambiente específico para esse fim, com intuito de proporcionar a meditação e avaliação das práticas diárias da profissão, o que permitiria uma edificação das relações, das equipes e das práticas institucionais. Para Brasil (2005), a EP oportuniza concomitantemente o desenvolvimento pessoal do trabalhador de saúde e o crescimento da organização como um todo, intensificando as relações que envolvem os processos de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social. O autor ainda a define como aprendizagem-trabalho, pois, a mesma ocorre na realidade do trabalho das pessoas e das instituições, sendo realizada com base nos problemas enfrentados cotidianamente, ponderando sobre os conhecimentos e experiências que as pessoas já possuem.

Com todas essas alterações no sistema de Ensino Superior derivadas da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, n. 9394/96, também na área de formação dos profissionais de saúde, inicia-se o processo de discussão e alteração das diretrizes curriculares em geral na busca de superação da formação tecnicista, ensino especializado e visão fragmentada, dando lugar a uma visão mais moderna que considera o aprendiz como sujeito ativo no processo ensino-aprendizagem, a partir da visão integral de ensino e saúde, que considera a realidade e a interação ensino-serviço (IVAMA; BATISTA; SILVA, 1997).

Verifica-se então uma mobilização dos setores de saúde para que pudessem estimular com mais afinco um perfil profissional mais adequado às necessidades da sociedade, assim, ganha destaque a necessidade de conexão interministerial e o compromisso de uma Política de Estado como peças chave para a implantação e implementação dessa nova educação em saúde (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). A partir disso, os implicados e os comprometidos com a formação superior esperam que a comunicação e a relação entre os Ministérios da Saúde e da Educação se potencializem (GARRAFA, 1996; TEIXEIRA; PAIM, 1996) e ofertem uma educação superior em saúde de qualidade e que realmente venha de encontro às necessidades da população.

Considerando a interface entre ensino e trabalho e que esta é representada pela EP, as mudanças nos currículos começam a exigir um processo formativo em saúde que envolva em suas estratégias de educação os profissionais de saúde, estudantes, docentes, população e gestão, pensando o processo sempre a partir da integração ensino-serviço-prática. Pensando nisso, a formação e o desenvolvimento precisam acontecer de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar, integrando ensino-serviço, assim sendo, o efeito aguardado com esse processo da EP é a popularização dos territórios de trabalho, estímulo à capacidade de aprender e ensinar de todas as pessoas envolvidas neste processo, inovação na resolução dos problemas vivenciados no cotidiano do trabalho, expansão das ações em equipe matricial, upgrade perdurável na qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento na rede SUS (BRASIL, 2005).

Portanto, para refletirmos sobre esses processos vivenciados nos sistemas de saúde, carecemos em estudar as relações entre os atores envolvidos nesse processo, pois, tendo em vista que ambos devem ter conhecimento deste e do produto a ser alcançado, devem empenhar-se com a causa, a fim de facilitar a realização dos objetivos propostos, com foco no SUS, respeitando as necessidades individuais de cada membro da população, porém, dando prioridade às necessidades coletivas (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Assim, acredita-se no Programa Saúde na Escola (PSE) como meio de oferecer uma Educação Integral fundamentada a partir da promoção, atenção e desenvolvimento da comunidade escolar como um todo. Dessa forma, ele foi formulado a partir de cinco componentes: “a) Avaliação das Condições de Saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública; b) Promoção da Saúde e de atividades de Prevenção; c) Educação Permanente e Capacitação dos Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens; d) Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes; e) Monitoramento e Avaliação do Programa” (BRASIL, 2009). O PSE surge ainda com o propósito de aproximar a política de educação e de saúde, incentivando uma formação com foco a cidadania e uso dos direitos humanos, promovendo a articulação dos saberes entre esses dois setores, principalmente através do ensino nas matérias de ciências, tornando estudantes, pais, comunidade escolar, controle social e sociedade em geral, responsáveis e participantes nessa construção da Educação Integral (BRASIL, 2009).

A partir destes pressupostos torna-se necessário que profissionais de saúde e educação, bem como os usuários, superem as dificuldades existentes no sistema e em sua relação para que consigam desempenhar adequadamente seu papel na busca do bem-estar e do funcionamento do SUS e da EPS, e assim, garantido os direitos Constitucionais da população ao acesso à saúde e educação de qualidade. Para isso, se faz necessário, “[..] pensar o currículo, não mais como uma seleção de conteúdos ou mesmo uma seleção de cultura, mas como uma produção cultural.” (LOPES, MACEDO, 2011, p. 93).

Dessa forma, as ações do PSE ou outras que envolvem educação e saúde não estão “restritas a escola, mas vincula-se a todo um processo social que tem a escola como um lócus de poder importante, mas que não se limita a ele. E como tal só pode ser compreendido em outra concepção de cultura” (LOPES, MACEDO, 2011, p. 93).

Portanto, é a partir de uma nova concepção de cultura e de currículo, em parte já presente nas diretrizes curriculares de cursos de graduação na área da saúde, que espera-se que a prevenção e promoção ocorram de forma intersetorial, desde o ensino fundamental até o superior com ações voltadas ao cumprimento deste direito constitucional

## **Reflexões Finais**

Busca-se com essas reflexões superar a dicotomia teoria-prática/serviço na formação superior dos profissionais da saúde, e assim promover mudanças em todas as profissões de saúde, tendo como eixo norteador o incentivo a integralidade do cuidado e a Educação Permanente. Porém, como vimos, esse é um processo complexo e múltiplo, que exigiu diversas transformações nos currículos da área de saúde para que começassem a atender as necessidades sociais de saúde da população.



Embora já se tenha evoluído muito nesse processo de reestruturação dos currículos nacionais, nota-se que ainda há muito a progredir. As políticas de saúde precisam envolver a população, a gestão, a atenção, os trabalhadores e a rede de ensino da educação básica à educação superior, pois somente considerando os conhecimentos acumulados e vivenciados por esses atores e estimulando o trabalho em equipe com foco na aprendizagem-trabalho é que poderemos alcançar um SUS que respeita os princípios da integralidade, universalidade e equidade.

Assim sendo, concluímos que é muito importante que Educação e Saúde caminhem juntas para que a Educação Permanente em Saúde possa realmente se efetivar e a população possa realmente ter acesso ao melhor atendimento, ensino e serviço na rede SUS.

## **Agradecimentos e apoios**

UEMS – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

## **Referências**

ACIOLI, S. A prática educativa com expressão do cuidado em saúde pública. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.61, n.1, jan./fev. 2008, p. 117-121.

AGUILAR-DA-SILVA, R.H. et al. Abordagens pedagógicas e tendências de mudanças nas escolas médicas. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.33, n.1, supl. 1, p.53-62, 2009.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia de Saúde da Família. **Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, Jan. 2011p. 319-325.

ALMEIDA, M.J. et al. **Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais**, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022007000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000200006)>. Acesso em: 06/12/2016

ANJOS, T.C.; DUARTE, A.C.G.O. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **Physis**, v.19, n.4, p.1127-44, 2009.

BLANK de GARCIA, E. Nuevos paradigmas, educación y salud: transición hacia una educación para La salud desfragmentada en el siglo XXI. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 189-196, fev. 1998.

BRAID, L.M.C.; MACHADO, M.de F. A.S.; ARANHA, A. C. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. **Interface (Botucatu)** vol.16 no.42 Botucatu July/Sept. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000300008>>. Acesso em: 05/12/2016.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília; 1996.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde na Escola**. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2009. Disponível em:

<[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abacad24.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abacad24.pdf)>. Acesso em: 07/05/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **A educação permanente entra na roda**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2662\\_11\\_11\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2662_11_11_2008.html)>. Acesso em 06 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Cadernos de atenção básica: saúde na escola**. Brasília: MS; 2009. 100 p.

BRASIL. **Decreto nº 6.286, 05 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola e dá outras providências. Presidência da República do Brasil [internet]. 2007 Dez [acesso em 16/01/2017]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm)

CARVALHO, P. M. G. **Práticas Educativas em Saúde: ações dos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família**. 2009. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2009.

CECCIM, R.B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Boletim da saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 9-38, 2002.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Rev. Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>>. Acesso em 24 nov. 2016.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciências & saúde coletiva**, n. 10, v. 4, pg. 975-986, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER. L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.14, v.1, p.41- 65, 2004.

CHIESA, A.M; WESTPHAL, M.F. A sistematização de Oficinas Educativas Problematicadoras no contexto dos Serviços Públicos de Saúde. **Saúde Debate**, nº 46, pags. 19-22,1995.

FAGUNDES, N.C.; BURNHAM, T.F. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16,p.105-14, 2005.

FERREIRA JR. Avaliação prospectiva da educação médica. **Educ. Med.Salud.** 1986; 20 (1).

FEUERWERKER, L.C.M.; MARSIGLIA, R. Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 24-28, jul. 1996.

FEUERWERKER, L.C.M. Algumas reflexões sobre o desenvolvimento do Programa UNI. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 63-70, dez. 2000.

FEUERWERKER, L.C.M; SENA, R.A. **Construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social**. In: Almeida MJ, Feuerwerker LCM, Llanos MA. Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 47-83.

GARRAFA, V. Saúde x educação ou saúde + educação? **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 3, jul. 1996.

GONZÁLEZ, A.D.; ALMEIDA, M.J. de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [ 2 ]: 551-570, 2010.

GONZE, G.G.; SILVA, G.A. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. **Physis**, v.21, n.1, p.129-46, 2011.

IVAMA, A.M.; BATISTA, C.V.M.; SILVA, R.M.R. A Universidade está preparando os profissionais para o próximo milênio? **Olho mágico**, Londrina, v. 3, n. 14, p. 3-4, out./dez. 1997.

LOPES, A.C.; MACEDO, E. **Teorias de Currículo**. São Paulo: Cortez, 2011

MARSIGLIA, R.G. **Relação ensino-serviços**: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995. 135 p.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenirla micropolítica Del trabajo em salud. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-160, may./ago, 2006.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 11. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2006a. 118 p.

NORONHA, JC; LEVCOVITZ, E. AIS – SUDS – SUS: os caminhos do direito à saúde. In: **Saúde e sociedade no Brasil**, anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 73-111.

PEREIRA, L.A.; LOPES, M.G.K.; LUGARINHO, R. **Diretrizes curriculares nacionais e níveis de atenção à saúde**: como compatibilizar? 2006. Disponível em: <<http://www.fnepas.org.br>> Acesso em: 07 de dez. 2016.

RANGEL, M.L; VILASBÔAS, A.L. Rede UNIDA: Breve histórico, concepção, organização e estratégias de ação. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 15-18, jul. 1996.

REDE UNIDA. Contribuição para as novas diretrizes curriculares nos cursos de graduação da área da saúde. **Olho Mágico**. 1998; (16): 11-28.

SACRISTÁN, J.G. **O currículo**: uma reflexão sobre a prática. 3.ed. Porto Alegre: Artmed,2000.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 19-23, jul. 1996.