

Universidade do Vale do Paraíba
Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento
Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional

Eduardo Guadagnin

**AGENTES DA MUDANÇA: DESAFIOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA
IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS NOS TERRITÓRIOS**

São José dos campos
2021

Eduardo Guadagnin

**AGENTES DA MUDANÇA: DESAFIOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA
IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS NOS TERRITÓRIOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional da Universidade do Vale do Paraíba para obtenção do título de Doutor em Planejamento Urbano e Regional.

Área de Concentração: Planejamento Urbano e Regional

Orientador: Prof. Dr. Pedro Ribeiro Moreira Neto
Coorientadora: Prof. Dra. Adriane Aparecida
Moreira de Souza

São José dos campos
2021

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DA OBRA

Ficha catalográfica

Guadagnin, Eduardo

Agentes da mudança : desafios da formação profissional para implantação de políticas sociais nos territórios / Eduardo Guadagnin; orientador, Pedro Ribeiro Moreira Neto; co-orientadora Adriane Aparecida Moreira de Souza. - São José dos Campos, SP, 2021.

1 CD-ROM, 216 p.

Tese (Doutorado) - Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos. Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional.

Inclui referências

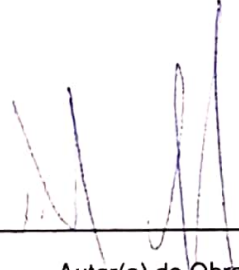
1. Planejamento Urbano e Regional. 2. Território. 3. Políticas sociais. 4. Formação profissional. I. Moreira Neto, Pedro Ribeiro, orient. II. Souza, Adriane Aparecida Moreira de , co-orient. III. Universidade do Vale do Paraíba. Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional. IV. Título.

Eu, Eduardo Guadagnin, autor(a) da obra acima referenciada:

Autorizo a divulgação total ou parcial da obra impressa, digital ou fixada em outro tipo de mídia, bem como, a sua reprodução total ou parcial, devendo o usuário da reprodução atribuir os créditos ao autor da obra, citando a fonte.

Declaro, para todos os fins e efeitos de direito, que o Trabalho foi elaborado respeitando os princípios da moral e da ética e não violou qualquer direito de propriedade intelectual sob pena de responder civil, criminal, ética e profissionalmente por meus atos.

São José dos Campos, 6 de Outubro de 2021.



Autor(a) da Obra

EDUARDO GUADAGNIN

"AGENTES DE MUDANÇAS: DESAFIOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA IMPLANTAÇÃO DE
POLÍTICAS SOCIAIS NOS TERRITÓRIOS."

Tese aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor, do Programa de Pós-
Graduação em Planejamento Urbano e Regional, do Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento da
Universidade do Vale do Paraíba - Univap, pela seguinte banca examinadora:

PROF. DR. PEDRO RIBEIRO MOREIRA NETO *P. Ribeiro*

PROF.ª DR.ª ADRIANE APARECIDA MOREIRA DE SOUZA *Adriane*

PROF.ª DR.ª LIDIANE MARIA MACIEL *Lidiane M. Maciel*

PROF.ª DR.ª LAURA CAMARGO MACRUZ FEUERWERKER – Univ. de São Paulo *Laura Camargo*

PROF.ª Dr.ª PAULA VILHENA VIANNA Univ. Anhembi-Morumbi *Paula Vilhena*

Prof.ª Dr.ª Lúcia Vieira

Diretora do IP&D – Univap

São José dos Campos, 26 de agosto 2021.

APRESENTAÇÃO

A minha atuação profissional tem alternado em funções de assistência à saúde, vigilância à saúde, gestão em saúde e docência, em diversas funções (psicólogo, professor, tutor, orientador, coordenador do núcleo de formação, diretor de vigilância à saúde, assistente de direção de assistência à saúde, assistente técnico, diretor geral, secretário adjunto e secretário de saúde), em diversas instituições (UNITAU, UNIVAP, UNIA, ENSP/FIOCRUZ, UFRGS, Prefeitura de Jacareí, Prefeitura de Santo André, Prefeitura de São José dos Campos, Hospital Francisca Julia e CONSAVAP) e em vários municípios (Jacareí, Santo André e São José dos Campos).

Minha formação foi permeando meu caminhar profissional, ainda na adolescência fiz o curso técnico em agropecuária na Escola Agrícola de Jacareí, me formei em Psicologia e Licenciatura em Psicologia pela UNITAU, em Psicodrama pelo Instituto Animus de Psicodrama, em Saúde Pública na UNICAMP, em Gestão Pública em Saúde na Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, em Educação Permanente em Saúde pela UFRGS e Mestrado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

No mestrado fui estudar “O território como elemento constituinte do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família: relevância e desafios”. Podendo identificar a importância da organização da prática dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família a partir dos territórios concretos, com suas dinâmicas e singularidades.

O doutorado em Planejamento Urbano e Regional surgiu como uma possibilidade de unir os diversos campos de saber e de prática, aprofundando a compreensão do território como um elemento central para as políticas sociais.

DEDICATÓRIA

Dedico essa pesquisa aos milhares de trabalhadores do SUS e do SUAS que fazem a diferença na vida de milhões de brasileiros a partir de sua prática profissional cotidiana, sempre buscando a melhoria da qualidade de vida de todos e a redução das desigualdades sociais e da exclusão social existentes em nosso país.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas estiveram comigo nessa caminhada, alguns durante uma parte do percurso e outros por todo caminho, mas todos muito importantes.

Gostaria de agradecer os diretores e coordenadores das Faculdades em que se desenvolveu essa pesquisa por compreenderem a relevância da mesma e por terem autorizado sua realização; o Prof. Dr. Oscar César Pires, Diretor do Departamento de Medicina da Universidade de Taubaté, a Profa. Dra. Profª. Emilia Angela Lo Schiavo Arisawa, Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Paraíba; a Profa. Dra. Debora Wilza de Oliveira Guedes, Coordenadora do Curso de Serviço Social e a Profa. Dra. Ivany Machado de Carvalho Baptista, Coordenadora do Curso de Enfermagem.

Tenho muito a agradecer aos professores do Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional da UNIVAP que me instruíram e me instigaram a ampliar meu olhar e minha capacidade de análise da realidade.

O apoio e as trocas com os colegas da pós-graduação foram fundamentais nesse percurso, transformando o caminhar em um processo rico, alegre, dinâmico e de muito aprendizado.

Sou muito grato aos professores e alunos dos cursos de Medicina da UNITAU e de Enfermagem e Serviço Social da UNIVAP que se dispuseram a participar dessa pesquisa, sem sua coloração essa pesquisa não teria acontecido.

Preciso agradecer muito aos meus orientadores neste percurso, Paula, Pedro e Adriane vocês são demais. Muito obrigado pela paciência, pelo apoio, pelo cuidado, pelas orientações, pelo incentivo e por me ajudarem neste caminhar.

Agradeço demais a minha família (pais, sogros, filhos, genro, nora e neto) que sempre me apoiaram e incentivaram a crescer e de modo especial a Alê, que sempre está ao meu lado, sonhando junto, incentivando, apoiando, segurando minhas crises e muitas vezes acreditando mais em mim do eu mesmo.

Muito obrigado a todos vocês que caminharam comigo neste projeto.

RESUMO

A construção de cidades mais justas que garantam a cidadania, só é alcançada com a integração e articulação das políticas sociais nos territórios. Para efetivação das mesmas a partir dos territórios é fundamental que os profissionais que as operam em suas práticas cotidianas se apropriem de conceitos e práticas que os permitam materializar as políticas nos espaços de vida, de forma articulada, respeitando as singularidades dos territórios e as necessidades de quem os habita. Essa é uma pesquisa social, qualitativa, de caráter exploratório, que investiga a inclusão e apropriação da perspectiva territorial da política e a ação profissional na formação de médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Tem como procedimento metodológico a pesquisa documental e a aplicação de entrevista semiestruturada a docentes e grupos focais com discentes de duas Universidades na região do Vale do Paraíba Paulista, do Estado de São Paulo. As fontes de dados da pesquisa documental são os projetos pedagógicos vigentes das instituições de ensino pesquisadas e a legislação ordenadora da formação no ensino superior. O estudo analisou o impacto da reforma e a expansão universitária brasileira nos cursos de Medicina, Enfermagem e Serviço Social de modo geral e, em especial, nos cursos oferecidos pelas duas universidades. Verificou a influência das Diretrizes Curriculares Nacionais nos Projetos Pedagógicos e na organização dos cursos. Estudou os processos formativos dos cursos buscando identificar os movimentos de aproximação e distanciamento deles das políticas sociais e sua capacidade de preparação dos profissionais para operacionalizá-las a partir dos territórios. A pesquisa mostrou que para a formação de profissionais de saúde e assistência social comprometidos com a efetivação das políticas sociais a partir dos territórios é necessário que a graduação tenha as referidas políticas como eixo estruturante e que o currículo e as práticas pedagógicas sejam estruturados de modo a favorecer a articulação ensino-serviço; a aproximação da comunidade por meio da inserção dos alunos em serviços de base comunitária; a construção de oportunidades para atuação interdisciplinar; a organização da aprendizagem centrada no aluno tendo o docente como facilitador, bem como, o uso de metodologias ativas e a integração dos saberes rompendo com a fragmentação do conhecimento em disciplinas.

Palavras-chave: Território; políticas sociais; formação profissional.

AGENTS OF CHANGE: CHALLENGES IN PROFESSIONAL TRAINING FOR THE IMPLEMENTATION OF SOCIAL POLICIES IN THE TERRITORIES

ABSTRACT

The construction of fairer cities that guarantee citizenship is only achieved with the integration and articulation of social policies in the territories. To implement them from the territories, it is essential that the professionals who operate them in their daily practices appropriate concepts and practices that allow them to materialize the policies in the spaces of life, in an articulated way, respecting the singularities of the territories and the needs of who inhabits them. This is a social, qualitative, exploratory research that investigates the inclusion and appropriation of the territorial perspective of politics and professional action in the training of doctors, nurses and social workers. Its methodological procedure is documentary research and the application of semi-structured interviews to teachers and focus groups with students from two universities in the region of Vale do Paraíba Paulista, in the state of São Paulo. The documentary research data sources are the current pedagogical projects of the researched educational institutions and the ordering legislation of higher education training. The study analyzed the impact of the reform and the Brazilian university expansion on the courses of Medicine, Nursing and Social Work in general and, in particular, on the courses offered by the two Universities. It verified the influence of the National Curriculum Guidelines in the Pedagogical Projects and in the organization of the courses. It studied the formative processes of the courses, seeking to identify the movements of approaching and distancing them from social policies and their ability to prepare professionals to implement them from the territories. The research showed that for the training of health and social care professionals committed to the implementation of social policies from the territories, it is necessary that the graduate course has these policies as a structuring axis and that the curriculum and pedagogical practices are structured in order to favor the teaching-service articulation; the approach of the community through the inclusion of students in community-based services; the construction of opportunities for interdisciplinary action; the organization of student-centered learning with the teacher as a facilitator, as well as the use of active methodologies and the integration of knowledge, breaking with the fragmentation of knowledge into disciplines.

Keywords: Territory; social politics; professional qualification.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Divisão da RMVPLN em sub-regiões.....	51
Figura 2 - Malha viária da RMVPLN.....	52
Figura 3 - Mapa dos Municípios e Sub-regiões do Macro-Eixo Paulista.....	54
Figura 4 - Distribuição populacional por municípios da RMVPLN.....	55
Figura 5 - Distribuição dos AME da RRAS 17 em 2013.....	60
Figura 6 - Distribuição de usuários da Saúde Suplementar na RRAS 17 - 2011.....	62
Figura 7 - Grau de urbanização (em %) - 2021.....	66
Figura 8 - Taxa de Analfabetismo da População de 15 Anos e mais - (em %) – 2010..	67
Figura 9 - Cursos de graduação em Enfermagem por ano no Brasil, 1991 – 2017	153

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Faculdades de Medicina, Enfermagem e Serviço Social no Estado de São Paulo e na RMVPLN.....	45
Gráfico 2 - Distribuição dos Ambulatórios de Especialidades na RRAS 17 em 2012. ...	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Instituições de ensino superior por natureza e tipo no Brasil, 2017.....	44
Tabela 2 - Distribuição do número de matrículas nos dez maiores cursos de graduação na modalidade presencial na rede de ensino privada no Brasil em 2018	149
Tabela 3 - Distribuição do número de matrículas nos dez maiores cursos de graduação na modalidade EAD na rede de ensino privada no Brasil em 2018	150

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cobertura estimada de atenção básica por região de saúde da RRAS 17 – dezembro de 2020.....	58
Quadro 2 - Distribuição dos hospitais por número de leitos e Região de Saúde.	60
Quadro 3 - Distribuição dos leitos SUS segundo especialidade na RRAS 17.	61
Quadro 4- Distribuição dos leitos não SUS segundo especialidade na RRAS 17.	61
Quadro 5 - Distribuição de consultas médicas por área na RRAS 17 em 2011.....	63
Quadro 6 - Distribuição dos serviços de assistência social por município na RMVPLN	64
Quadro 7 - Indicadores vitais e de saúde da RMVPLN e do Estado de São Paulo	68
Quadro 8 - Estatísticas vitais e de saúde por município e sub-região na RMVPLN.....	68
Quadro 9 - Indicadores de condições de vida e saúde por município e sub-região na RMVPLN.....	70
Quadro 10 - Indicadores vitais e de saúde das sub-regiões, da RMVPLN e do Estado de São Paulo	72
Quadro 11 - Indicadores sociais e de infraestrutura das sub-regiões, da RMVPLN e do Estado de São Paulo	74
Quadro 12 - Indicadores socioeconômicos segundo as sub-regiões do Macro-Eixo Paulista (A).....	76
Quadro 13 - Indicadores socioeconômicos segundo as sub-regiões do Macro-Eixo Paulista (B).	79
Quadro 14 - Estatísticas vitais e de saúde por município e sub-região do Macro-Eixo Paulista (A).....	82
Quadro 15 - Estatísticas vitais e de saúde por município e sub-região do Macro-Eixo Paulista (B).....	83

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABESS	Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social
AME	Ambulatório Médico Especializado
BIRD	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
CAPS	Centros de Atenção Psico Social
CEDEPSS	Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
COVID	Corona Vírus Disease
CPS	Centro de Práticas Supervisionadas
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DRS	Diretoria Regional de Saúde de Taubaté
EAD	Ensino à Distância
EMPLASA	Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano
ENESSO	Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP	Estado de São Paulo
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GAVVIS	Grupo de Atendimento à Vítima de Violência Sexual
HRVP	Hospital Regional do Vale do Paraíba
HU	Hospital Universitário
HUT	Hospital Universitário de Taubaté
IDHM	Índice de Desenvolvimento Urbano Municipal
IES	Instituição de Ensino Superior

INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IST	Indivíduo, Sociedade e Trabalho
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MEC	Ministério da Educação
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NOB/SUAS	Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAMO	Posto de Atendimento Médico e Odontológico
PBL	Aprendizagem Baseada em Problemas
PIB	Produto Interno Bruto
PNAS	Política de Assistência Social
PNAES	Programa Nacional de Assistência Estudantil
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRO EPS-SUS	Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS
PROGESUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROUNI	Programa Universidade para todos
PSB	Proteção Social Básica
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
RMVPLN	Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte
SEMESP	Sindicato das Entidades Mantenedoras de Estabelecimentos de Ensino Superior no Estado de São Paulo
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SP	São Paulo
SUAS	Sistema Único de Assistência Social

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAB	Universidade Aberta do Brasil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIP	Universidade Paulista
UNITAU	Universidade de Taubaté
UNIVAP	Universidade do Vale do Paraíba
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidades de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 APORTES TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DA PESQUISA	22
2.1 SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL, POLÍTICAS TERRITORIAIS	22
2.2 CONCEITUAÇÕES TEÓRICAS E SUAS APLICAÇÕES AO OBJETO DE PESQUISA.....	34
2.2.1 Território.....	34
2.2.2 Educação.....	36
2.2.3 O território como categoria de análise de políticas públicas.....	38
2.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	43
2.4 ANÁLISE DE RESULTADOS	49
3 URBANIZAÇÃO, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CONTEXTO DA REGIÃO METROPOLITANA DO VALE DO PARAÍBA E LITORAL NORTE (RMVPLN)	51
4 EXPANSÃO E REFORMA UNIVERSITÁRIA E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS	88
4.1 EXPANSÃO E REFORMA UNIVERSITÁRIA BRASILEIRA	88
4.2 AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS – DCNs.....	95
5 PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE MEDICINA, ENFERMAGEM E SERVIÇO SOCIAL E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS	100
5.1 PERFIL DO EGRESSO	100
5.2 A CONCEPÇÃO DE SAÚDE E DA QUESTÃO SOCIAL	103
5.3 A ATUAÇÃO PROFISSIONAL INDIVIDUAL OU COLETIVA	104
5.4 PRÁTICA PROFISSIONAL COM CARÁTER EMANCIPATÓRIO OU TUTELAR	105
5.5 COMPREENSÃO DO TERRITÓRIO E SUA RELEVÂNCIA	106
5.6 METODOLOGIA DE ENSINO	107
5.7 INSERÇÃO DO ALUNO NA PRÁTICA	110
5.8 INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE	114
6 OUVINDO PROFESSORES E ALUNOS SOBRE O PROCESSO FORMATIVO	117
6.1 O PERFIL DO EGRESSO	117
6.2 A CONCEPÇÃO DE SAÚDE E DA QUESTÃO SOCIAL	121
6.3 A ATUAÇÃO PROFISSIONAL INDIVIDUAL OU COLETIVA	124
6.4 PRÁTICA PROFISSIONAL COM CARÁTER EMANCIPATÓRIO OU TUTELAR	127
6.5 COMPREENSÃO DO TERRITÓRIO E SUA RELEVÂNCIA	132
6.6 METODOLOGIA DE ENSINO	135
6.7 INSERÇÃO DO ALUNO NA PRÁTICA	140
6.8 INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE	143
7 COMPREENDENDO A PRÁTICA À LUZ DA TEORIA	147
7.1 COMO A REFORMA E AMPLIAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR IMPLANTADA NO PAÍS TEM INFLUENCIADO NA ORGANIZAÇÃO DOS CURSOS DE ENFERMAGEM, MEDICINA E SERVIÇO SOCIAL?	147
7.2 AS PROPOSTAS DE ALTERAÇÕES DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS TÊM CONSEGUIDO ROMPER O MODO HEGEMÔNICO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE?	155

7.3 A FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL TEM SIDO PAUTADA PELO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL, ROMPENDO COM TRADIÇÃO ASSISTENCIALISTA DA PROFISSÃO?	161
7.4 A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, MEDICINA E SERVIÇO SOCIAL TEM SIDO DIRECIONADA A PARTIR DAS POLÍTICAS SOCIAIS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL OU HÁ UMA ATUAÇÃO PROFISSIONAL PAUTADA PELA LÓGICA DE MERCADO?	165
7.5 QUAIS SÃO OS DISPOSITIVOS DE RUPTURA UTILIZADOS PELAS FACULDADES ESTUDADAS QUE TEM CONSEGUIDO ROMPER COM O MODELO FORMATIVO HEGEMÔNICO?	172
7.6 QUAIS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS TÊM FAVORECIDO QUE O TERRITÓRIO SE CONSTITUA COMO ELEMENTO NORTEADOR DO PROCESSO FORMATIVO?	186
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	195
REFERÊNCIAS	200
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	209
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	211
ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	213

1 INTRODUÇÃO

A fundamentação legal dos direitos sociais, no Brasil, está relacionada aos eventos que, ocorridos a partir da década de setenta do século XX, impulsionaram mudanças políticas e sociais no País. A crise econômica do final da década de 1970 e início da década de 1980, a precariedade dos grandes centros urbanos e a reivindicação social pelo fim da ditadura e o estabelecimento de um Estado democrático de direitos favoreceram a mobilização popular pela garantia de direitos sociais: saúde, educação, habitação, segurança e transportes. Esses direitos foram assegurados na Constituição de 1988. A Constituição Cidadã é um marco na garantia de direitos universais e orienta a participação da sociedade na construção de espaços mais justos e equânimes de vida, numa ruptura da trajetória histórica de políticas clientelistas, desvinculadas das necessidades das pessoas e dos territórios concretos de vida. As décadas de 1990 e 2000 assistiram à organização de estruturas políticas e administrativas para implementar os sistemas de garantia de direitos, o que incluiu mudanças na formação universitária. Estudos na área de políticas públicas enfatizam a importância do nível burocrático de governo para a efetivação de políticas, em especial aquelas que rompem com trajetórias históricas e culturais. Transcorridos 30 anos, estaria o sistema educacional formando profissionais aptos a operar essas políticas emancipatórias nos desiguais territórios brasileiros?

Essa pesquisa, desenvolvida na área do planejamento urbano e com enfoque nas políticas de saúde e assistência social, parte do pressuposto que a construção de cidades mais justas, que garantam ao cidadão o cumprimento de seus direitos básicos, só será alcançada com a integração e articulação das políticas sociais nos territórios. Fleury (2004) aponta que, se o território é elemento material e simbólico da esfera pública, construir cidadania é reconstruir cidades. Profissionais que operam a linha de frente das políticas públicas de base territorial – planejamento urbano, saúde, educação, assistência social – portanto, devem se apropriar não apenas dos conceitos técnicos e teóricos de seus campos específicos, mas de conceitos e práticas que os permitam materializar as políticas nos espaços de vida, de forma articulada, respeitando as singularidades dos territórios e as necessidades de quem os habita.

A Constituição Federal estabelece como diretriz para a política de desenvolvimento urbano o ordenamento “do pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade, bem como a garantia do bem-estar de seus habitantes.” (BRASIL, 1988, art. 182). A organização de cidades favorecedoras do bem-estar das pessoas deve se pautar em políticas públicas que assegurem a efetivação dos direitos universais. Saúde e assistência social foram estabelecidas na Constituição como direitos universais de todos os cidadãos, assegurados pelo Estado e por toda a sociedade, conforme detalham os artigos 196 e 203:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social (BRASIL, 1998).

A regulamentação das políticas sociais previstas na constituição foi gradativa e delineou sua implementação. A Política de Saúde foi a primeira a ser regulamentada, os fatores contribuintes para a rápida efetivação da política de saúde foram: a necessidade de construir uma rede de serviços capaz de garantir o acesso universal e o cuidado integral à saúde, o processo de municipalização da gestão do sistema e a mobilização popular em torno da efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei nº 8080 de 1990, Lei Orgânica da Saúde, criou o SUS e estabeleceu seus princípios normativos e organizacionais. São princípios normativos, a universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde. Descentralização, regionalização, hierarquização e participação social são os princípios que orientam a organização do sistema. (BRASIL, 1990).

A Política de Assistência Social foi regulamentada em 1993, pela Lei nº 8742, Lei Orgânica da Assistência Social, que estabelece que a

assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. (BRASIL, 1993)

A Lei Orgânica da Assistência Social foi revista pela Lei nº 12.435, de 2011, que criou o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e definiu que o enfrentamento da pobreza se daria por meio da integração de políticas setoriais, “garantindo mínimos

sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos.” (BRASIL, 2011).

A efetivação das políticas sociais previstas na constituição, em um País de dimensões continentais e significativa diversidade cultural, econômica e social, não é homogênea. No processo de implantação, as diretrizes definidas pela política são singularizadas para os múltiplos territórios que compõem o território nacional, considerando seus diferentes modos de ocupação, particularidades e formas de vida de seus cidadãos.

Milton Santos (2005), em seu texto o “Retorno do território”, apresenta uma reflexão crítica sobre o território no contexto do processo de globalização. Santos aponta a existência simultânea no território de relações de horizontalidade e verticalidade. As horizontalidades são definidas pelo “domínio da contiguidade, daqueles lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial” e as “verticalidades seriam formadas por pontos distantes uns dos outros” (SANTOS, 2005, p. 256). Para o autor, o território das horizontalidades constitui o território usado, o espaço humano, o espaço habitado. É nesse espaço concreto, vivo e dinâmico que as políticas universais se singularizam.

O conceito de território usado dialoga diretamente com o conceito de lugar, que para o autor pode ser considerado “como um intermédio entre o Mundo e o Indivíduo” (SANTOS, 2006, p. 212). O lugar, para Milton Santos (2006) é palco de disputa, de simultânea cooperação e conflito, de individualização da vida social. Nesse território de horizontalidades, ressalta:

[...] a contiguidade é criadora de comunhão, a política se territorializa, com o confronto entre organização e espontaneidade. O lugar é o quadro de uma referência pragmática ao mundo do qual lhe vêm solicitações e ordens precisas de ações condicionadas, mas é também o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis, através da ação comunicativa, pelas mais diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade” (SANTOS, 2006, p. 218).

Na perspectiva apresentada, o território é elemento vivo, estruturante para a implantação de políticas sociais. As políticas estudadas e seus respectivos sistemas, SUS e SUAS o consideram em seus princípios organizativos.

O processo de implantação das políticas sociais de base territorial é influenciado por fatores de ordem econômica, política, social, espacial e cultural. Sendo a atuação cotidiana dos profissionais que operam essas políticas na relação com os usuários um elemento fundamental para sua efetivação a partir dos territórios.

A atuação dos profissionais de saúde e assistência social é fortemente influenciada pelo seu processo formativo. Neste sentido, para se compreender os elementos que interferem na efetivação das políticas sociais de saúde e assistência social é necessário avaliar como a formação dos profissionais tem contribuído, ou não, para sua atuação a partir dos territórios concretos.

Frente ao pressuposto que as políticas sociais de base territorial de saúde e assistência social se efetivam nos territórios a partir da prática cotidiana dos profissionais, na relação direta com os usuários, a presente pesquisa tem como objetivo principal analisar como os cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Serviço Social, na Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte (RMVPLN) tem preparado os profissionais da área de saúde e assistência social para operar as políticas sociais de base territorial em sua prática cotidiana. E como objetivos específicos: a) compreender os elementos que têm influenciado a organização dos cursos e a formação em Enfermagem, Medicina e Serviço Social, no plano político; b) compreender como o conceito de território é apresentado, conceituado e operado nos planos pedagógicos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Serviço Social; c) compreender como os docentes se apropriam do conceito de território em sua prática pedagógica; d) analisar como os discentes se apropriam do conceito de território em sua formação; e) analisar como ocorre a inserção dos estudantes no território, por meio da prática profissional, durante a graduação em Enfermagem, Medicina e Serviço Social.

Essa tese está organizada em sete capítulos, iniciando pelos aportes teóricos e metodológicos da pesquisa, no qual foram apresentados os conceitos norteadores da pesquisa e os procedimentos metodológicos adotados. O segundo capítulo analisa as políticas de saúde e assistência social e seus impactos na população na RMVPLM. O terceiro capítulo examina como o processo de expansão e reforma universitária brasileira interfere na formação em Medicina, Enfermagem e Serviço Social. O quarto capítulo

investiga a influência das Diretrizes Curriculares Nacionais na organização dos cursos de Medicina da Universidade de Taubaté (UNITAU) e de Enfermagem e Serviço Social da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP). O quinto capítulo traz a análise das entrevistas realizadas com nove docentes, sendo três de cada curso: Medicina da UNITAU, Enfermagem e Serviço Social da UNIVAP e entrevistas com oito alunos das Liga de Pediatria e da Liga de Saúde da Família e Comunidade do curso de Medicina da UNITAU, três alunos da Liga Acadêmica do curso de Enfermagem da UNIVAP e seis alunos da Liga Acadêmica do curso de Serviço Social da UNIVAP. O sexto capítulo estabelece a análise dos dados obtidos na pesquisa de campo segundo o referencial teórico. E nas considerações finais são analisados os elementos que favorecem a inserção das políticas sociais de saúde e assistência social nos cursos de Medicina, Enfermagem e Serviço Social e os fatores que possibilitam a aproximação e inclusão do território como elemento estruturante para o processo formativo de médicos, enfermeiros e assistentes sociais.

2 APORTES TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Neste capítulo serão apresentados os conceitos teóricos norteadores da presente pesquisa e os procedimentos metodológicos adotados.

2.1 SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL, POLÍTICAS TERRITORIAIS

O território está presente nos princípios organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A descentralização da gestão e a regionalização e hierarquização dos serviços são princípios de base territorial. A descentralização da gestão fundamenta-se na hipótese de que o gestor local, por conhecer o território, os modos de vida da população, as características e necessidades dos grupos vulneráveis e os recursos disponíveis têm maior capacidade de implantar serviços de saúde e assistência social que respondam às necessidades da população. Acredita-se também que a proximidade da população da gestão favorece a participação popular e o controle social das ações da gestão.

A hierarquização dos serviços prevê a organização do sistema de saúde em níveis de atenção, no qual a atenção básica em saúde, responsável por resolver a maioria das demandas de saúde da população, deve ser implantada o mais próximo da residência das pessoas, possibilitando assim que a equipe de saúde conheça os determinantes e condicionantes do processo saúde doença, considerando os elementos do território na organização do processo de trabalho das equipes e na produção do cuidado em saúde (GUADAGNIN, 2013).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo prioritário para implementação da atenção básica no País, tem como eixos norteadores de seu processo de trabalho a atuação em equipes multiprofissionais, a organização do cuidado a partir das necessidades de saúde dos usuários, o acolhimento dos usuários e famílias, o fortalecimento do vínculo da equipe com os usuários, a compreensão ampliada do território, a análise dos determinantes e condicionantes da saúde presentes no território, a responsabilização pelo cuidado integral à saúde de uma determinada população, o rompimento da postura passiva das UBS tradicionais e a realização de atividades

extramuros (GUADAGNIN, 2013). Nota-se a centralidade do território como elemento importante para a organização das equipes de Saúde da Família.

Apesar de o território ser um elemento norteador para a implantação da política de saúde, outros fatores têm influenciado na organização do sistema de saúde e no processo de trabalho das equipes, fazendo com que os elementos do território percam relevância neste processo (GUADAGNIN, 2013).

No SUAS, a base territorial de organização do sistema é claramente apresentada em seu artigo 2º, que define “a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades” (BRASIL, 2011, art. 2º, inciso II).

Assim como a Política de Saúde, a Política de Assistência Social também se organiza em níveis de ações de proteção social: proteção social básica e proteção social especial. A proteção social básica será desenvolvida por intermédio dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e a proteção social especial através de Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS).

Segundo a lei que cria o SUAS:

§ 1º O CRAS é a unidade pública municipal, de base territorial, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência e à prestação de serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica às famílias.

§ 2º O CREAS é a unidade pública de abrangência e gestão municipal, estadual ou regional, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos ou contingência, que demandam intervenções especializadas da proteção social especial (BRASIL, 2011).

Fatores de diversas ordens (políticos, econômicos, sociais, culturais e comunicacionais) interferem no processo de implantação das políticas sociais no País. Um elemento crescentemente estudado no campo de implantação de políticas é o envolvimento dos profissionais que operam as políticas no cotidiano, na relação direta com os usuários e com as instâncias de gestão (LIMA; D’ASCENZI, 2013). Um dos fatores que interferem no envolvimento dos profissionais com a implantação das políticas de garantia de direitos é o processo de formação profissional.

As políticas sociais se efetivam e tomam materialidade nos territórios, por meio da atuação cotidiana das equipes de saúde e assistência social na relação direta com os usuários. Para que os profissionais destas equipes possam atuar nos territórios usados, com suas particularidades e dinâmicas, é necessário que sua formação considere o território como um elemento norteador do processo formativo. Essa pesquisa busca avaliar a adequação da formação de médicos, enfermeiros e assistentes sociais para operacionalização das políticas sociais de saúde e proteção social a partir dos territórios.

A ampliação dos direitos previstos na Constituição e a mudança da natureza da proteção social, de caráter universal, não se deu sem conflitos. Os interesses e instituições privadas disputam espaços e diretrizes, em especial no campo da saúde. O setor da educação, a quem cabe a responsabilidade da formação de profissionais para operar as novas diretrizes na prática, ampliou-se com base no setor privado, sendo influenciado em grande medida pelos interesses neoliberais.

A análise do processo histórico da formação profissional nos campos da saúde e do serviço social fornece subsídios teóricos para a compreensão do ethos profissional da contemporaneidade, apontando elementos que têm norteadado este processo formativo.

Há consenso, na produção acadêmica, acerca da influência dos estudos de Abraham Flexner para a consolidação do modelo hegemônico de formação dos profissionais de saúde. Esse educador estadunidense desenvolveu, a partir de 1910, um estudo sobre a formação médica no País, que culminou com o “Relatório Flexner”, documento este que gerou diretrizes para a formação médica, teve influência mundial e consolidou a Medicina Científica. As principais características do modelo Flexneriano “são: a segmentação em ciclos básico e profissional, o ensino baseado em disciplinas ou especialidades e ambientado em sua maior parte dentro de hospitais” (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010, p. 552).

A partir da década de 1940, esse modelo passou a influenciar a formação dos profissionais de Medicina, Odontologia e Enfermagem no Brasil. Apesar das iniciativas de mudanças na formação a partir da década de 1950, com a introdução da Medicina Comunitária e da Integração Docente-Assistencial, a formação em saúde até hoje ainda é fortemente influenciada pelo modelo Flexneriano.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) a formação em saúde no Brasil é predominantemente

biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. O modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos organizados de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.1402).

Este modelo formativo fragmenta o conhecimento e privilegia os saberes relacionados à clínica tradicional, desconsiderando as questões socioeconômicas e subjetivas dos usuários bem como suas vivências concretas e cotidianas.

Campos *et al.* (2001) apontam a necessidade dos programas de graduação levarem os alunos a outros contextos de ensino-aprendizagem, ampliando seu olhar para as demais dimensões que compõem a vida e, a partir das necessidades identificadas nos territórios, desenvolver habilidades de “atuação interdisciplinar, multiprofissional, que respeite os princípios do controle social e do SUS e que atue com responsabilidade integral sobre a população num determinado território” (CAMPOS *et al.*, 2001, p. 54).

Esta proposta traz a compreensão que a assistência à saúde se dá no território, na relação direta dos profissionais de saúde com os usuários e os seus modos de vida. Neste sentido, o ensino para a área de saúde deveria formar profissionais capazes de atuar a partir de concepção ampliada de saúde.

Apesar da existência de algumas iniciativas de mudança na formação profissional em saúde até a década de 1980, é a partir do início da implantação do SUS, em 1990, que a necessidade de mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde fica mais premente. A implantação de uma ampla rede de atenção básica de saúde em todo País pressionou a educação superior para ampliação e reestruturação da formação dos profissionais de saúde.

O Governo Federal, a partir dos anos dois mil, assumiu ativamente o papel de indutor das mudanças na formação dos profissionais de saúde, por meio de instrumentos,

políticas e programas. O Ministério da Saúde, a partir de 2003, propôs um conjunto de ações para mudança da formação dos profissionais de saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), lançada naquele ano, desloca a formação tradicional em saúde, na qual os profissionais recebem conhecimentos científicos e se capacitam para uma determinada prática, para um processo de ensino/aprendizagem realizado no cotidiano de trabalho das equipes de saúde, na relação direta com os usuários.

Segundo o documento norteador do Ministério da Saúde

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde (BRASIL, 2004, p. 10).

A Educação Permanente em Saúde parte da problematização do processo de trabalho das equipes de saúde na produção do cuidado em saúde. Aposta na aprendizagem significativa, na qual o conhecimento novo deve dialogar com os saberes já existentes (BRASIL, 2004a). Por partir da realidade concreta de trabalho, ressaltando que os conhecimentos devem dialogar com a vivência cotidiana dos profissionais de saúde na relação com os usuários, a PNEPS traz o território como um determinante para o processo formativo.

Outra iniciativa importante para reorientação da formação em saúde é o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE). Criado em 2005, inicialmente para os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, e, posteriormente, ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde, o Programa visa integrar ensino e serviço (BATISTA, 2013).

Quanto ao impacto do PRÓ-SAÚDE na formação, Leal *et al.* (2015) salientam que a participação dos estudantes dos cursos de graduação da área da saúde da Bahia e

Pernambuco favoreceu a aproximação com o SUS e a importância da atuação interdisciplinar. Brehmer (2013) aponta que a participação dos alunos de Enfermagem no Programa favoreceu a ruptura com o modelo clínico, tecnicista e curativista. Weiler et al. (2017) ressaltam que o Programa induz mudanças na formação em direção às propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs).

E como as discussões sobre a formação profissional se dão no campo do Serviço Social?

Lima e Silva (2016) apontam que o Serviço Social no Brasil teve origem na primeira metade do século vinte, impulsionado por uma necessidade de acomodação do sistema burguês apoiado pela Igreja Católica. O processo de industrialização do País a partir da década de 1930 levou a um intenso e desorganizado movimento de urbanização, gerador de problemas sociais diversos, como a dificuldade de acesso à moradia, saneamento básico, educação e saúde. Esta situação promoveu um acirramento nas relações entre capital e trabalho, com a organização de movimentos dos trabalhadores por direitos básicos e da burguesia, que se aliou com a igreja católica buscando amenizar os conflitos. Nesse contexto, o Estado assume o papel de mediador da reprodução da força de trabalho, se alia com a igreja católica e com a burguesia, visando à redução das tensões e o prevailecimento dos interesses do capital. Surge a partir daí o trabalho voluntário com os operários.

Lima e Silva apontam que

o Serviço Social surge, então, no Brasil tendo como objetivo a manutenção da ordem social, atrelado a um projeto conservador de perfil disciplinador e ideológico. O exercício da profissão devia desse modo, neutralizar a organização dos trabalhadores e suas reivindicações que se apregoavam por meio de paralisações, greves e manifestações, contando com a ação complementar do Estado exercida por meio do controle e da repressão como mecanismos para a manutenção da ordem social (LIMA; SILVA, 2016, p. 47).

As primeiras instituições de formação social tinham como base a doutrina social da Igreja, tendo como princípios a harmonização dos conflitos, a caridade e a passividade, que direcionava a atuação dos profissionais para manutenção da ordem social. Esse caráter de harmonização dos conflitos decorrentes da relação capital e trabalho a partir da doutrina social da Igreja, buscando combater o desajustamento social,

prevaleceu na formação e na prática dos assistentes sociais até meados da década de 1950 (LIMA; SILVA, 2016).

A aproximação do Brasil com os Estados Unidos após o término da Segunda Guerra Mundial influenciou na formação dos assistentes sociais, que passou a incorporar uma visão tecnicista, marcada pela reprodução do método e pela separação entre teoria e prática. A influência teórica norte-americana e a atuação dos assistentes sociais nas empresas direcionaram uma atuação conservadora, racionalista e focada nos métodos e técnicas, dificultando a compreensão dos conflitos entre capital e trabalho no processo de industrialização a partir da década de 1950 no Brasil (LIMA; SILVA, 2016).

Segundo Viana, Carneiro e Gonçalves (2015) nos primeiros anos da ditadura militar (a partir de 1964) o Serviço Social teve uma atuação próxima do início da profissão, com uma prática baseada na caridade e no assistencialismo buscando a manutenção da ordem e o controle da sociedade.

Paulo Netto (2005) ressalta que o caráter tradicional e conservador do Serviço Social se estende por toda a década de 1960 até meados da década de 1970. As mudanças na atuação e formação dos assistentes sociais se iniciaram no final da década de 1960 a partir das reformas do Estado e o crescimento industrial advindos do “milagre econômico”. Essas transformações demandaram um novo perfil para o Serviço Social, inserindo-se na recém-criada máquina burocrática do Estado e na lógica gerencial das grandes empresas multinacionais. Esse novo modo de atuação dos assistentes sociais, segundo uma lógica “moderna”, teve efeito direto na matriz teórico-conceitual que embasou a prática do Serviço Social no começo da profissão.

Lima e Silva (2016) salientam que as mudanças no Serviço Social não se deram de forma abrupta, constituíram-se em um processo de reflexão coletiva sobre as práticas e os saberes da profissão, definido como Movimento de Reconceituação, que teve início no final da década de 1960 com debates em encontros, seminários e congressos de profissionais por toda década de 1970 e começo da década de 1980.

Viana, Carneiro e Gonçalves (2015), a partir dos estudos de Paulo Netto (2005), ressaltam que a renovação do campo do Serviço Social se deu a partir de um pluralismo

profissional, com perspectivas e matrizes teóricas diversas, que embasam práticas profissionais diferentes.

O processo de renovação do campo do Serviço Social culminou na década de 1990 com a construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Paulo Netto (2018), no texto “A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social”, aponta que na primeira metade da década de 1980 ocorreram vários movimentos com demandas democráticas e populares, que haviam sido reprimidos pela ditadura, e que ganharam a cena social. Esses movimentos envolveram diversos setores da sociedade (movimento sindical, dos trabalhadores rurais, movimentos de cunho popular e de minorias) que articulados com setores progressistas da sociedade pressionaram por profundas transformações políticas e sociais.

Paulo Netto (2018) ressalta que o Projeto Ético-Político no âmbito do Serviço Social no País ganhou hegemonia no interior da profissão, na década de 1990, sendo que dois fatores contribuíram para isso: o aumento da participação profissional nos fóruns e encontros profissionais e a consonância do projeto profissional com o movimento de abertura democrática e de transformação social em andamento no final da década de 1980.

Lima e Silva (2016) destacam que a Constituição Federal de 1988 foi um marco para o Serviço Social ao reconhecer a Assistência Social como política pública, sendo direito universal de quem dela necessitar, fazendo parte do tripé da Seguridade Social.

Araújo e Marinho (2016) salientam que Projeto Ético-Político do Serviço Social tinha uma direção social estratégica que norteou três documentos que constituíram a base para o novo modelo de atuação do profissional do Serviço Social, o Código de Ética do/a Assistente Social de 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão e as Diretrizes Curriculares Nacionais de 1996.

Neste contexto de transformações teóricas, metodológicas e das práticas do Serviço Social, foi necessário um processo equivalente de transformação da formação profissional. O processo de reestruturação da formação em Serviço Social teve como um importante marco as Diretrizes Curriculares Nacionais de 1996, que tiveram início com a deliberação da XXVIII Convenção Nacional da Associação Brasileira de Ensino de

Serviço Social (ABESS), realizada em 1993 na cidade de Londrina/PR (ASSOCIAÇÃO..., 1996).

As Diretrizes Curriculares Nacionais têm como objetivos:

Apreensão crítica do processo histórico como totalidade; investigação sobre a formação histórica e os processos sociais contemporâneos que conformam a sociedade brasileira, no sentido de apreender as particularidades da constituição e desenvolvimento do capitalismo e do Serviço Social no país; apreensão do significado social da profissão desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; apreensão das demandas - consolidadas e emergentes - postas ao Serviço Social via mercado de trabalho, visando formular respostas profissionais que potencializem o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre público e privado; exercício profissional cumprindo as competências e atribuições previstas na Legislação Profissional em vigor (ASSOCIAÇÃO..., 1996, p. 7).

Esses objetivos demonstram a preocupação com um olhar ampliado e crítico sobre a sociedade e a prática profissional.

As Diretrizes Curriculares Nacionais organizam um conjunto de conhecimentos que os assistentes sociais devem adquirir na formação em três núcleos de fundamentação: “Núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social; Núcleo de fundamentos da particularidade da formação sócio-histórica da sociedade brasileira; Núcleo de fundamentos do trabalho profissional” (ASSOCIAÇÃO..., 1996, p. 8).

As Diretrizes Curriculares Nacionais apontam que

à medida em que estes três núcleos congregam os conteúdos necessários para a compreensão do processo de trabalho do assistente social, afirmam-se como eixos articuladores da formação profissional pretendida e desdobram-se em áreas de conhecimento que, por sua vez, se traduzem pedagogicamente através do conjunto dos componentes curriculares, rompendo, assim, com a visão formalista do currículo, antes reduzida a matérias e disciplinas. Esta articulação favorece uma nova forma de realização das mediações - aqui entendida como a relação teoria-prática - que deve permear toda a formação profissional, articulando ensino-pesquisa-extensão (ASSOCIAÇÃO..., 1996, p. 8).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Serviço Social foram encaminhadas para o Ministério da Educação em 1999 e aprovadas em 2001, porém com alterações significativas que limitaram a abrangência das propostas construídas coletivamente pela categoria. As alterações no documento base enviado pela entidade representante da

categoria profissional se deu segundo as transformações em andamento no País a partir de 1995, com assunção à presidência da república de um partido com bases ideológicas neoliberais (LIMA; SILVA, 2016).

Paulo Netto (2018, p. 19) ressalta as discrepâncias entre o Projeto Ético-Político do Serviço Social e o projeto neoliberal, pois o projeto profissional tinha como eixo estruturante a emancipação dos cidadãos e a garantia de direitos, enquanto o projeto neoliberal buscava a redução e a privatização do Estado, corte de direitos sociais, sucateamento dos serviços públicos e a implantação de uma política econômica que penaliza a maior parte da população. Aponta ainda que o Projeto Ético-Político do Serviço Social promove um combate “ético, teórico, ideológico, político e prático social” ao neoliberalismo.

Tinti (2015) ressalta que a formação em Serviço Social sofreu forte pressão das transformações ocorridas no ensino superior a partir da implantação do projeto neoliberal no País. A ampliação significativa das instituições formadoras privadas, muitas delas vinculadas a conglomerados educacionais que apostam na educação superior como um setor de investimento econômico, e a implantação dos cursos de graduação à distância tiveram impacto na formação em Serviço Social. A precarização da formação dos assistentes sociais, a partir da contrarreforma do ensino superior de caráter neoliberal, tem dificultado a leitura crítica da sociedade e a atuação segundo o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) implantada a partir de 2004 se contrapõe ao projeto neoliberal. Em Brasil (2004b, p. 8), consta:

A nova concepção de assistência social como direito à proteção social, direito à seguridade social tem duplo efeito: o de suprir sob dado padrão pré-definido um recebimento e o de desenvolver capacidades para maior autonomia. Neste sentido ela é aliada ao desenvolvimento humano e social e não tuteladora ou assistencialista, ou ainda, tão só provedora de necessidades ou vulnerabilidades sociais. O desenvolvimento depende também de capacidade de acesso, vale dizer da redistribuição, ou melhor, distribuição dos acessos a bens e recursos, isto implica incremento das capacidades de famílias e indivíduos.

A PNAS tem caráter socioterritorial, pois, sua efetivação ocorre a partir de territórios concretos com suas dinâmicas próprias de forma articulada com outras

políticas públicas. Demanda profissionais capazes de efetivar as ações de proteção social a partir dos territórios de modo articulado com as demais políticas públicas (BRASIL, 2004b).

As políticas sociais têm um papel fundamental no enfrentamento das desigualdades sociais. Porém, para que possam ter um caráter emancipatório e de ampliação da cidadania precisam ter como eixo norteador a ampliação dos direitos e a ativação de processos comunitários, pautados pela solidariedade e que rompam com a lógica individualista predominante na sociedade capitalista atual. Para tanto, precisam se aproximar dos territórios concretos, os territórios de vivências – ou dos lugares como abordado por Milton Santos –, rompendo com o olhar homogeneizante, segmentado e setorizado sobre a pobreza, a exclusão e as desigualdades sociais, permitindo enxergar as rugosidades existentes e as possibilidades de construção de projetos coletivos, que reforçam o sentimento de pertencimento e a coesão social.

A implementação das políticas sociais a partir dos territórios, se dá em grande medida, pela atuação dos profissionais em sua relação cotidiana com os usuários. Para que os profissionais possam operar as políticas sociais é necessário que a formação profissional tenha essas políticas e o conceito de território como elemento estruturante do processo formativo e que parta de uma concepção de educação emancipatória, que favoreça aos indivíduos o aumento do protagonismo em suas vidas.

A relevância da formação dos profissionais para operacionalização das políticas sociais de base territorial foi enfatizada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) organismo internacional vinculado a Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma prioridade para a efetivação dos princípios do SUS. O relatório foi divulgado no ano de 2018, intitulado “Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?”, avalia os avanços e os desafios do SUS e aponta o desenvolvimento e qualificação de recursos humanos para o SUS como uma questão central e ainda sem solução (ORGANIZAÇÃO..., 2018).

O referido relatório ressalta que a área de recursos humanos, que inclui formação e alocação de pessoal, é um ponto essencial para a garantia da universalidade do acesso e à integralidade da assistência à saúde no SUS. Ressalta que os

recursos humanos para o SUS é, sem dúvida, uma área que deve ser priorizada nas agendas de governo. A sustentabilidade do sistema brasileiro e o alcance dos objetivos de saúde do país dependem do enfrentamento de lacunas e desequilíbrios no campo da formação profissional em saúde, alocação e gestão dos trabalhadores no sistema de saúde (ORGANIZAÇÃO..., 2018).

No entanto, as alterações no ensino superior nos últimos vinte anos são permeadas por contradições. O Ministério da Educação propôs mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais buscando a formação de profissionais capazes de operar as políticas sociais de caráter universal, implantadas a partir da Constituição Federal de 1988, porém o impacto destas medidas foi reduzido significativamente pela lógica de expansão do ensino superior no País.

Nas duas últimas décadas houve um aumento significativo no número de alunos do ensino superior no Brasil, saltando de 3.036.113 em 2001 para 8.286.663 em 2017, porém apesar da ampliação no número de vagas nas Instituições de Ensino Superior (IES) públicas, de 944.584 em 2001 para 2.045.359 em 2017, o incremento mais significativo se deu na rede privada, que no mesmo ano atingiu 6.241.304 alunos ou 75,3% do total. (INSTITUTO..., 2012; 2017),

Outra mudança significativa ocorrida no período foi a ampliação dos cursos de ensino a distância (EAD), que em 2017 chegou a 1.756.982 ou 21,2% do total de alunos matriculados no ensino superior. A ampliação no número de alunos nas IES privadas e nos cursos na modalidade EAD está associada ao processo de mercantilização do ensino superior no momento atual do desenvolvimento capitalista, que favoreceu a constituição de grandes conglomerados educacionais com o apoio de instituições financeiras, comercialização de ativo na bolsa de valores e parcerias com redes internacionais de educação. Esse processo teve impacto direto nos projetos pedagógicos das IES, direcionando a formação para as demandas do mercado, a busca de lucros e distanciando das políticas sociais universais.

2.2 CONCEITUAÇÕES TEÓRICAS E SUAS APLICAÇÕES AO OBJETO DE PESQUISA

Essa pesquisa se caracteriza como uma pesquisa social, qualitativa, de caráter exploratório, que investiga a inclusão e apropriação da perspectiva territorial da política e ação profissional na formação de médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Tem como procedimento metodológico pesquisa documental e aplicação de entrevista semiestruturada a docentes e discentes de duas universidades da região do Vale do Paraíba Paulista. A fonte de dados da pesquisa documental foram os projetos pedagógicos vigentes das instituições de ensino pesquisadas e a legislação ordenadora da formação no ensino superior. As seções seguintes apresentam os conceitos de território e educação que fundamentam a pesquisa, bem como a abordagem teórica de análise, qual seja, a perspectiva territorial de análise de políticas sociais.

2.2.1 Território

Território, nessa pesquisa, é compreendido a partir dos conceitos de território usado e lugar de Milton Santos. Para o autor, o espaço se constitui como a categoria mais ampla de análise. Contrapondo sua concepção à tradicional noção de espaço como um elemento geográfico natural ou como mero espelho da sociedade, ele desenvolve uma ampla análise crítica e reflexiva que toma o espaço como uma estrutura dinâmica, simultaneamente resultado e propulsor das interações da paisagem com a sociedade (SANTOS, 1988; 1997; 2000; 2002; 2005; 2006).

Esta concepção de espaço fica clara em sua afirmação: “O espaço resulta do casamento da sociedade com a paisagem. O espaço contém o movimento. Por isso, paisagem e espaço são um par dialético. Complementam-se e se opõem” (SANTOS, 1988, p. 25).

Para Milton Santos

o espaço deve ser considerado como um conjunto indissociável de que participam, de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais, e, de outro, a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento. O conteúdo (da sociedade) não é

independente, da forma (os objetos geográficos), e cada forma encerra uma fração do conteúdo. O espaço, por conseguinte, é isto: um conjunto de formas contendo cada qual frações da sociedade em movimento. As formas, pois têm um papel na realização social (SANTOS, 1988, p.10).

Neste sentido, o espaço é construído e reconstruído a cada momento, em consonância com o desenvolvimento social. Apesar de o espaço estar articulado ao desenvolvimento da sociedade, ele não é passivo. O espaço traz em si o momento presente de desenvolvimento da sociedade e elementos de momentos anteriores da história. Essa compreensão fica clara na afirmação do autor,

o espaço, portanto, é um testemunho, ele testemunha um momento de um modo de produção pela memória de um espaço construído, das coisas fixadas na paisagem criada. Assim o espaço é uma forma, uma forma durável, que não se desfaz paralelamente à mudança de processos; ao contrário, alguns processos se adaptam às formas preexistentes enquanto que outros criam novas formas para se inserir dentro delas (SANTOS, 2002, p. 173).

O espaço se apresenta como uma categoria analítica ampla, o que dificulta sua compreensão singular. Para compreender sua singularidade, deve-se usar o conceito de território, caracterizado por conotações materiais, concretas e, igualmente, simbólicas, subjetivas. Milton Santos (2000, p. 61) afirma que o “território em que vivemos é mais que um simples conjunto de objetos, mediante os quais trabalhamos, circulamos, moramos, mas também um dado simbólico”.

Haesbaert em análise das noções de território encontradas nas disciplinas da geografia, filosofia e ciências políticas, as sintetiza em três vertentes, cuja ênfase depende da área envolvida: política, cultural ou simbólico-cultural e econômica. Na primeira, se destaca a delimitação e a função de controle, bem como o exercício de poder, em geral exercido pelo Estado. A vertente cultural prioriza a dimensão simbólica e subjetiva, e toma o território como produto de apropriação/valorização simbólica do grupo em relação ao seu espaço vivido. Por fim, a dimensão econômica de território o considera fontes de recursos e valoriza as relações econômicas em sua dimensão espacial (HAESBAERT, 2007).

Ainda para Haesbaert (2007), a perspectiva integradora de território é igualmente polissêmica e pode ser observada em três perspectivas: como área de relações de poder

relativamente homogêneas; como rede, com ênfase no movimento e conexão e em sua multiplicidade, ressaltando seu aspecto híbrido, entre o mundo material e ideal, amalgamando natureza e sociedade, em suas múltiplas esferas (econômica, política e cultural).

É nesse espaço concreto, onde a “política se territorializa” que os agentes sociais que a implementam devem compreender e articular a “organização” (definida pelas diretrizes e normas) à “espontaneidade” (encontrada na práxis, na vida cotidiana) e, por meio da ação comunicativa, exercerem sua criatividade na efetivação das políticas sociais, promovendo, por sua práxis profissional, a justiça espacial (HAESBAERT, 2007).

As transformações do espaço não ocorrem de forma linear, mas por meio de um processo dinâmico, de interação da sociedade com os elementos do espaço pré-existentes, permeados pelos modos de produção vigentes. A análise do espaço em seu momento presente de forma ampla e contextualizado, em seu processo histórico, será utilizada como abordagem para compreender os processos de formulação e implementação das políticas de proteção social, no contexto do sistema econômico capitalista nas etapas industrial e informacional na Europa Ocidental e na América Latina, mais especificamente, no Brasil.

Neste sentido, faz-se necessária a apresentação da matriz conceitual, incluindo o tópico relacionado à educação, na qual essa pesquisa se apoia.

2.2.2 Educação

A concepção de educação adotada norteia o olhar para a prática pedagógica e o processo formativo. Essa pesquisa terá como base a pedagogia crítica e emancipatória de Paulo Freire. Segundo o autor (1996) ensinar não é apenas transmitir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua construção. Esta afirmação traz em si a essência da pedagogia de Freire, rompendo com a educação bancária, pautada na transmissão do conhecimento, para uma educação libertadora, focada no indivíduo que aprende.

O educador ressalta que a educação se efetiva em um processo dialético entre educadores e educandos, no qual ambos trazem seus conhecimentos, experiências e

vivências em uma relação dialética em que ambos aprendem e ensinam. Essa visão coloca o educando no centro do processo educativo, como coautor de sua formação (FREIRE, 1996).

Para Freire (1996) a educação é sempre processual por meio de relação afetiva e efetiva entre educadores e educandos, sendo o educador um facilitador da aprendizagem do aluno, que vai se transformando enquanto aprende. Esta concepção de educação não só valoriza os saberes dos educandos, mas propõe que o educador promova o diálogo destes com os conteúdos a serem ensinados, provocando uma mudança de postura dos educadores, tendo que sair do espaço protegido do saber estruturado e pré-formatado, para um espaço de incertezas e infinitas possibilidades. O processo ensino-aprendizagem toma uma dinâmica única, construída a partir das relações entre educadores e educandos, cada um com seus saberes, vivências, experiências e valores, que se entrelaçam e se complementam em um processo contínuo de construção do conhecimento.

Essa visão emancipatória de educação de Freire dialoga diretamente com os teóricos da Educação Permanente em Saúde (EPS), que propõem que a formação profissional tenha como eixo estruturante a preparação dos profissionais para atuarem no SUS, e, neste caso, no SUAS também. Essa compreensão aproxima a formação profissional do cotidiano dos serviços, problematiza os processos de trabalho das equipes, visando o atendimento integral ao usuário

Outro ponto de aproximação da EPS com a pedagogia de Freire é a compreensão que para a aprendizagem ser significativa, os novos conhecimentos devem dialogar com os conhecimentos e vivências dos educandos, devendo responder a dúvidas, necessidades ou questões cotidianas da prática profissional. Esta lógica formativa rompe com o modelo tradicional de formação profissional, em que os conhecimentos são passados de forma fragmentada em diversas disciplinas que não dialogam entre si, priorizando a assistência individual, sem nenhuma articulação com a prática profissional.

A Educação Permanente em Saúde traz o território como um elemento estruturante no processo formativo ao ressaltar que os conhecimentos devem dialogar com a vivência cotidiana dos profissionais de saúde na relação com os usuários.

2.2.3 O território como categoria de análise de políticas públicas

A partir dos estudos do geógrafo Milton Santos, constatamos que o espaço se apresenta como uma categoria analítica tão ampla que dificulta sua compreensão singular em cada um dos territórios. Segundo o autor, o “território em que vivemos é mais que um simples conjunto de objetos, mediante os quais trabalhamos, circulamos, moramos, mas também um dado simbólico” (SANTOS, 2000, p. 61).

Milton Santos (2005) faz uma reflexão crítica sobre o território no processo de globalização. Ele aponta a existência simultânea no território de relações de horizontalidade e verticalidade.

Segundo o autor “as horizontalidades serão os domínios da contiguidade, daqueles lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial, enquanto as verticalidades seriam formadas por pontos distantes uns dos outros”. No território das horizontalidades é que se constitui o território usado, “o espaço humano, espaço habitado” (SANTOS, 2005, p. 255-256).

O autor aponta a existência de

um conflito que se agrava entre um espaço local, espaço vivido por todos os vizinhos, e um espaço global, habitado por um processo racionalizador e um conteúdo ideológico de origem distante e que chegam a cada lugar com os objetos e as normas estabelecidos para servi-los. Daí o interesse de retomar a noção de espaço banal, isto é, o território de todos (SANTOS, 2005, p. 259).

O conceito de território usado dialoga diretamente com o conceito de lugar. Para Santos (2006, p. 213), “os lugares, desse ponto de vista, podem ser vistos como um intermédio entre o Mundo e o Indivíduo [...] cada lugar é, à sua maneira, o mundo [...], mas também, cada lugar, irrecusavelmente imerso numa comunhão com o mundo, torna-se exponencialmente diferente dos demais”. Esta afirmação traz a ideia de que cada lugar é único, mas traz em si o mundo todo.

Santos (2006, p. 218) aponta que

no lugar - um cotidiano compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas e instituições - cooperação e conflito são a base da vida em comum. Porque cada qual exerce uma ação própria, a vida social se individualiza; e porque a contiguidade é criadora de comunhão, a política se

territorializa, com o confronto entre organização e espontaneidade. O lugar é o quadro de uma referência pragmática ao mundo do qual lhe vêm solicitações e ordens precisas de ações condicionadas, mas é também o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis, através da ação comunicativa, pelas mais diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade.

Para compreender as articulações/conexões entre território e políticas sociais serão utilizadas as reflexões sobre o tema das autoras Dirce Koga, assistente social e pesquisadora, que estuda o modo como as políticas sociais de base territorial podem alterar as situações de desigualdade e exclusão social e Sonia Fleury, psicóloga social, militante da saúde coletiva e pesquisadora de temas como saúde coletiva, políticas públicas, políticas sociais, seguridade social e assistência social, administração pública, ciência política, estado e governo.

Fleury (2004) ressalta que no estágio atual de desenvolvimento capitalista há uma forte pressão para que as relações interpessoais sejam pautadas pela lógica de mercado, em que impera o individualismo, a naturalização das diferenças sociais e o aumento das desigualdades sociais. Neste contexto, o Estado tem um papel fundamental na redução das desigualdades sociais, mediante a implantação de políticas sociais que minimizem o impacto do modo de produção capitalista atual na sociedade e suas consequências na organização do espaço.

A implantação de políticas sociais no Brasil seguiu caminhos diversos dos países europeus. Os países europeus foram constituindo sistemas de proteção social que buscavam minimizar os impactos do modo de produção capitalista e da industrialização, por meio da implantação de políticas sociais que tinham como objetivo a redução das desigualdades sociais e a garantia de direitos universais. O Brasil nunca teve um sistema amplo de proteção social devido ao seu processo de industrialização e urbanização ser pautado no desenvolvimento econômico e não social. Percebe-se, também, um descompasso no desenvolvimento de sistemas de proteção social no Brasil em relação aos países europeus. A Europa teve o auge dos sistemas de proteção social após a Segunda Guerra Mundial, com os Estados de Bem-Estar Social, que perduraram até o começo da década de 1980, com a crise do petróleo e o início do neoliberalismo que propõe a redução do papel do Estado na sociedade.

No Brasil, a Constituição de 1988, fruto de um amplo processo de mobilização popular pelo fim da ditadura, abertura democrática e redução da desigualdade social, é um marco na garantia de direitos universais. Apesar de a Constituição assegurar um conjunto de direitos universais aos cidadãos, sua efetivação por meio das políticas públicas sempre se deu de forma conflitante. Nos últimos 30 anos as políticas sociais oscilaram entre um olhar emancipatório e de garantia de direitos para um olhar compensatório e focalizado em situações de extrema pobreza.

Fleury (2004) enfatiza a importância de as políticas sociais terem o território como elemento norteador e catalisador, por materializar as questões espaciais e simbólicas a serem abordadas nas políticas de ativação de direitos e de construção de cidadania. Aponta que o rompimento da política de seguridade social, para uma abordagem que focaliza determinados indivíduos ou grupos sociais, rompe com a concepção de cidadania como algo universal e que deve nortear as políticas sociais, passando para um caráter individualista. Impedindo a compreensão dos movimentos de solidariedade e construção social e simbólica sobre o território. Elementos fundamentais para o compartilhamento de vivências e de uma história em comum, que favorecem o sentimento de pertencimento do indivíduo a uma coletividade, fator essencial para a coesão social.

Na sociedade capitalista atual, a cidade tem materializado a desigualdade e a exclusão social, a partir da espacialização e construção simbólica destes fenômenos. Apesar da proximidade territorial há uma enorme distância social. A guetização dos mais excluídos traz em si a segregação espacial e a institucionalização da inferioridade destes grupos sociais e a materialização da imobilidade social. Frente a este cenário é necessária a reorientação das políticas sociais para os territórios concretos, com suas dinâmicas, disputas e conflitos, rompendo com o olhar homogeneizante que impede a compreensão das singularidades dos modos de vida em cada território.

Este movimento de valorização do território como elemento estruturante das políticas sociais está pautado na crença no Estado como ativador nas comunidades locais de identidades e projetos coletivos. De acordo com Fleury (2004, p. 10),

as relações de produção e de poder implicam em hierarquias, em uma sociedade capitalista, entender a cidade como o território dos cidadãos

implica assumir a construção política de uma esfera política democrática, onde os indivíduos se encontram iguados na condição de cidadãos. A esfera pública, como ordem simbólica relacional é o espaço em que os sujeitos assim constituídos afirmam sua identidade e intercambiam significados que dão sentido e direção as suas ações.

Esta proposta traz em si uma mudança na orientação das políticas sociais e do papel do Estado, quebrando com o olhar focalizado e individualista e apostando no desvelamento das situações de vida nos territórios, dando visibilidade às desigualdades sociais e apostando na construção da cidadania, pressupondo um modelo de integração e de sociabilidade, que transcenda os interesses egoístas do indivíduo em direção a uma atitude solidária. Sobre a questão Fleury esclarece que “uma definição mais ativa de cidadania requer um sentido de sociedade civil como uma esfera pública onde os cidadãos se encontram em reconhecimento mútuo e isto faz possível a sociedade plural”. Neste processo o Estado passa a ter o papel de revalorizar o espaço público, a partir do nível local, visando à construção de projetos coletivos que dialoguem com as necessidades dos cidadãos (FLEURY, 2004, p. 15).

As reflexões de Fleury dialogam com as ideias de Dirce Koga e Nakano (2005, p. 68) a qual salienta que “as políticas públicas se defrontam com o desafio de intervir para a democratização do poder público e a universalização dos direitos sociais básicos, assim como para reduzir as desigualdades socioterritoriais, sem perder os vínculos com as particularidades e diversidades locais”.

Koga e Nakano (2005) apontam que os territórios podem se compor de modo a favorecer processos emancipatórios ou intensificar os processos de exclusão, reforçando preconceitos e apartações sociais que podem levar a erosão nos padrões de civilidade. Neste sentido, adotar o território como um elemento central para implantação e avaliação das políticas públicas implica em manejar as potencialidades do mesmo para a constituição de processos e relações sociais e de poder. Koga (2013) ressalta a necessidade de se romper com o olhar hegemônico sobre a desigualdade social no País, superando a lógica de delimitação espacial presente nas regulamentações das políticas sociais, devendo se aproximar dos territórios de vivência dos atores que atuam no território. Indica uma relação entre o conceito de territórios de vivência e o conceito de lugar de Milton Santos.

Se o território de vivência possui peculiaridades, singularidades e dinâmicas próprias, acionadas e articuladas pelos diferentes atores sociais, sua configuração extrapola os limites da formalidade ou da institucionalidade estabelecida pelas políticas sociais, que, normalmente, regem sua atuação por meio de regras administrativas. Dentre estas regras, está a da divisão territorial, que delimita o pedaço do chão que pertence a cada morador, segundo o que a política de saúde ou de educação, por exemplo, determina como “área de abrangência” (KOGA, 2013, p. 37).

Koga salienta a relevância de se considerar o território além de sua dimensão física ou administrativa de divisão geográfica, devendo se ampliar o olhar de modo a captar as rugosidades existentes. Essa perspectiva favorece a percepção das singularidades que possibilitam a ruptura na compreensão homogeneizante, permitindo “algumas perspectivas para o debate sobre a aproximação do lugar do território nas políticas sociais brasileiras” (KOGA, 2013, p. 33).

As políticas sociais brasileiras têm sido estruturadas a partir de uma visão segmentadora da realidade social, focalizando as ações em públicos-alvo de acordo com suas características etárias, condição de renda ou vulnerabilidade social. Este modo de organização das políticas sociais dificulta a aproximação dos territórios de vivências. A ruptura desse olhar homogeneizante se constitui um desafio para as políticas sociais, há a necessidade de organização de práticas que favoreçam a compreensão das particularidades e singulares de cada lugar, possibilitando a construção de ações a partir das rugosidades socioterritoriais.

A implementação das políticas sociais passa, em grande medida, pela atuação dos profissionais que as operam nas relações cotidianas com os usuários. Essas relações são perpassadas por representações sociais. Sandra Jovchelovitch é uma das autoras em psicologia social que se dedica a estudar e compreender o tema das representações sociais.

Segundo a autora, representações são feitas de símbolos, em que os indivíduos utilizam de sua capacidade psíquica para dar às coisas uma nova forma, um novo significado. As representações sociais se articulam simultaneamente com a vida coletiva de uma comunidade e com os sujeitos sociais que buscam dar sentido ao mundo e encontrar seu lugar nele, por meio de uma identidade social. Nesse sentido, as

representações sociais, como fenômenos psicossociais, ocorrem necessariamente nos espaços públicos.

A vida social se materializa no espaço público de forma direta, por exemplo no espaço das ruas, praças, em rituais coletivos, ou, indiretamente, por meio de instituições. Em ambos os modos, nos espaços e na convivência, pela alteridade, se constituem representações sociais e, pela contraposição ao outro, se estabelece o desenvolvimento simbólico e a constituição do Eu. As representações sociais são efetivadas no espaço público, por meio de uma esfera pública, que permite a construção de preocupações e projetos comuns. Como coloca Jovchelovitch (1995, p. 71) a esfera pública é “o lugar em que uma comunidade pode desenvolver e sustentar saberes sobre si própria – ou seja, representações sociais”.

A partir das reflexões sobre representações sociais de Jovchelovitch (1995) supõe-se que as representações que os profissionais constroem acerca dos usuários, da comunidade, do seu trabalho e de uma política social, são elaboradas a partir das relações entre os próprios trabalhadores e destes com os usuários a quem atendem. Dependendo das representações sociais dos gestores e das equipes de saúde e assistência social, sobre direitos sociais e o seu papel na garantia destes direitos, sua prática poderá se configurar com um caráter emancipatório ou manter a postura fiscalizatória/punitiva, perpetuando a perspectiva assistencialista, em que se espera que as famílias mereçam o benefício recebido do Estado.

2.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Frente à pergunta de partida: Os cursos de graduação em saúde e assistência social têm as políticas públicas sociais de base territorial como eixo para o processo de formação profissional? Tendo em vista a Matriz Conceitual é necessário estabelecer os métodos e procedimentos de pesquisa utilizados para responder a esta questão norteadora.

Essa pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa social, qualitativa, de caráter exploratório, que investiga a inclusão e apropriação da perspectiva territorial da política e

ação profissional na formação de médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Tem como procedimento metodológico pesquisa documental e aplicação de entrevista semiestruturada a docentes e grupos focais com discentes de duas universidades na região do Vale do Paraíba Paulista, do Estado de São Paulo. A fonte de dados da pesquisa documental foram os projetos pedagógicos vigentes das instituições de ensino pesquisadas e a legislação ordenadora da formação no ensino superior.

O critério de seleção para a escolha dos cursos parte da compreensão que as políticas sociais de base territorial de saúde e assistência social se efetivam a partir da prática cotidiana dos profissionais, na relação direta com os usuários. As profissões “médico” e “enfermeiro” são as mais antigas da área da saúde, respondem pelo maior número de profissionais contratados pelo SUS e compõem o núcleo da Estratégia de Saúde da Família, modelo prioritário para atenção básica em saúde. A Política de Assistência Social tem o assistente social como figura central para sua implementação.

Foram selecionadas instituições de ensino superior (IES) relevantes para as áreas da saúde e assistência social na região da pesquisa, Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte (RMVPLN), conforme as etapas detalhadas a seguir e resumidas na Tabela 1.

Segundo o Censo da Educação Superior de 2017 do total de 2.448 instituições de ensino superior do Brasil, a maior parte é de natureza privada 87,9% e do tipo Faculdade 82,5% (Tabela 1). Embora as Universidades equivalham a 8,1% do total das IES, são responsáveis por 53,6% das matrículas no ensino superior (INSTITUTO..., 2017).

Tabela 1 - Instituições de ensino superior por natureza e tipo no Brasil, 2017.

	IES	2.448	100,0%
Natureza	Públicas	296	12,1%
	Privadas	2.152	87,9%
Tipo	Universidades	199	8,1%
	Centros Universitários	189	7,7%
	Faculdades	2.020	82,5%
	IF e CEFET	40	1,6%

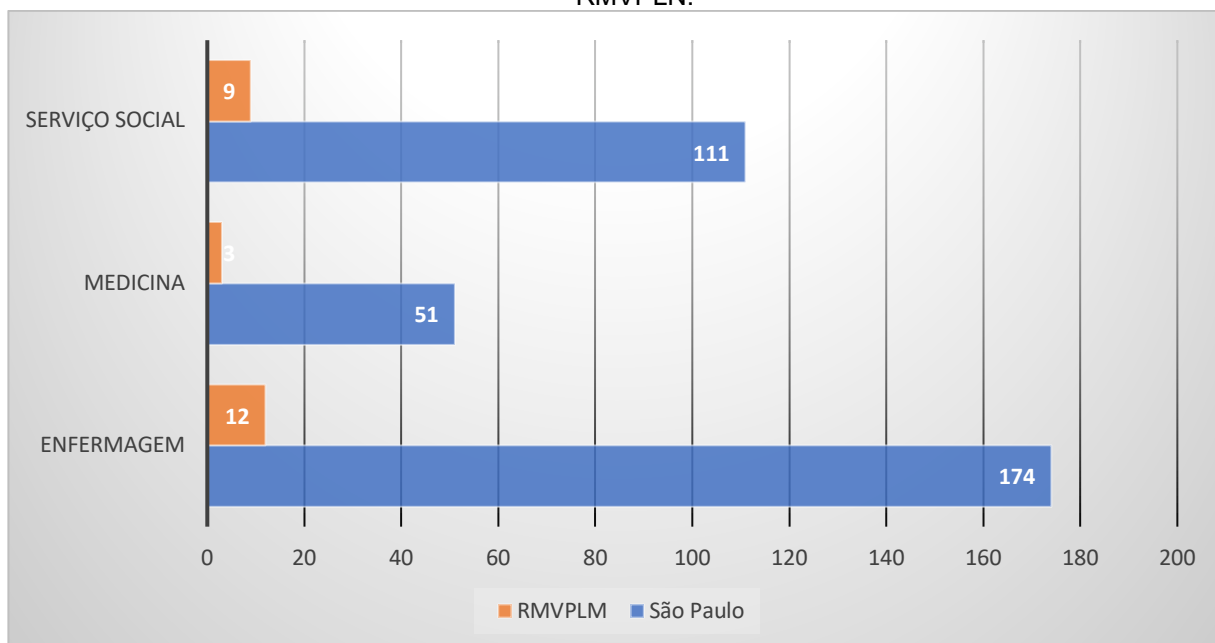
Fonte: Instituto..., 2017.

Essas instituições de ensino disponibilizaram 10.779.086 vagas no ano de 2017, com 8.290.911 matrículas efetivadas. Do total de matrículas, 6.241.307 (75,3%) foram em IES privadas e 2.045.356 (24,7%) em IES públicas. O número de matrículas no ensino superior é o maior dos últimos dez anos, sendo 3% maior que 2016 e 56,4% maior que 2007 (INSTITUTO..., 2017).

Segundo o Mapa do Ensino Superior no Brasil 2016 (SEMESP, 2016) o Estado de São Paulo possui 596 Instituições de Ensino Superior, correspondendo a 24,3% do total do País, e 27,6% dos alunos matriculados. A RMVPLN) possui 46 IES e 79.531 alunos.

Dados do INEP mostram que em 2017, no estado de São Paulo 174 IES ofereciam o curso de Enfermagem; 51 Medicina e 111 o curso de Serviço Social. Na RMVPLN, constituída por 39 municípios, existem 12 Faculdades de Enfermagem, 3 de Medicina e 9 de Serviço Social, totalizando 24 cursos, sendo que a maioria desses cursos (15) estão localizados nos dois maiores municípios da região, São José dos Campos e Taubaté (Gráfico 1). Todas as IES da RMVPLN com cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Serviço Social são privadas.

Gráfico 1 - Faculdades de Medicina, Enfermagem e Serviço Social no Estado de São Paulo e na RMVPLN.



Fonte: Brasil, 2018a.

Essa pesquisa enfocou São José dos Campos e Taubaté, por possuírem a maior população e o maior número de instituições de ensino superior entre os 39 municípios da RMVPLN. Os cursos de Enfermagem, Medicina e Serviço Social nos municípios de São José dos Campos e Taubaté estão distribuídos em oito instituições de ensino superior, sendo seis privadas com fins lucrativos; uma autarquia municipal e uma comunitária sem fins lucrativos. A natureza da instituição de ensino e o tempo de instalação dos referidos Cursos, foram aspectos considerados para a pesquisa.

Inicialmente o projeto de pesquisa previa a realização da pesquisa em IES de diversas características, públicas, privadas lucrativas, comunitárias e autárquicas, porém essa amplitude não foi possível devido à inexistência de cursos de Enfermagem, Medicina e Serviço Social em universidades públicas na RMVPLN. Outra limitação se deu pela dificuldade de acesso às instituições de ensino superior privadas lucrativas com os referidos cursos na região. Dois dos maiores conglomerados educacionais do País possuem cursos de Enfermagem e Serviço Social na região, porém não autorizaram a realização da pesquisa em suas unidades educacionais. O grupo Anhanguera respondeu ao primeiro contato por e-mail, solicitando o agendamento de uma reunião para apresentação do projeto de pesquisa, informando que a política da instituição não permitia a realização de pesquisas em seus campos. Com a UNIP foram realizados contatos telefônicos, por e-mail e duas reuniões com o responsável pelos referidos cursos, porém após oito meses de diálogos, o pesquisador foi informado que a matriz não autorizou a realização da pesquisa, sem nenhuma resposta formal quanto aos motivos da negativa. Com a Faculdade de Medicina do grupo Humanitas, foram realizados diversos contatos telefônicos, por e-mail e três reuniões com responsáveis por diferentes setores, por oito meses, porém também não autorizou a realização da pesquisa, não sendo apresentadas justificativas formais para a negativa. A Faculdade de Medicina do grupo Anhembí-Morumbi implantada em São José dos Campos não foi procurada devido ao curso ter iniciado em agosto de 2018 e ter apenas alunos nos períodos iniciais no momento de elaboração do projeto de pesquisa.

Devido à inexistência de universidades públicas com os cursos pesquisados e a negativa das universidades privadas lucrativas, a pesquisa foi constrangida a ser realizada em uma universidade comunitária de São José dos Campos e uma

universidade constituída como autarquia municipal de Taubaté. A restrição do espectro de instituições pesquisadas impediu a análise comparativa mais acurada entre os processos formativos desenvolvidos em IES de diferentes características e como cada instituição tem preparado os profissionais para efetivação das políticas sociais de saúde e assistência social a partir dos territórios. No entanto tais dificuldades não comprometeram a relevância deste estudo.

O Curso de Medicina selecionado foi o da Universidade de Taubaté (UNITAU), autarquia municipal de Taubaté. Os Cursos de Serviço Social e Enfermagem selecionados foram da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), uma IES comunitária, localizada no município de São José dos Campos.

A UNITAU existe como instituição de ensino superior há mais de 60 anos e como universidade há 45 anos. Já formou mais de 100 mil alunos e atualmente possui cerca de 10 mil alunos distribuídos em 45 cursos. A Faculdade de Medicina da UNITAU, existe desde 1967, a mais antiga da região, já formou mais de 3 mil médicos. Atrai alunos de todo estado e de outras regiões do Brasil.

A UNIVAP iniciou sua trajetória como instituição de ensino superior em 1954, com a Faculdade de Direito. Foi reconhecida como universidade em 1992, tem em torno de 8 mil alunos distribuídos em 40 cursos. A Faculdade de Enfermagem existe há 21 anos e a Faculdade de Serviço Social há 47 anos. Os alunos do Curso de Enfermagem e Serviço Social são em sua maioria do município de São José dos Campos e municípios vizinhos.

Selecionadas as instituições, foram escolhidos docentes responsáveis pelas disciplinas relacionadas diretamente com a formação e atuação profissional. Devido ao contexto atual decorrente da pandemia pelo COVID-19, que demandou isolamento social, suspensão das aulas presenciais e a realização de aulas de modo remoto, as entrevistas com os docentes foram realizadas de forma virtual, com o uso da plataforma Zoom. As entrevistas foram gravadas para posterior análise, e apenas um docente solicitou responder ao questionário por escrito, devido a dificuldades de agenda para realização da entrevista.

No curso de Medicina oferecido pela UNITAU foram entrevistados três docentes, sendo um de Saúde Coletiva e supervisor do Internato em Saúde Coletiva, um de Pediatria, um de Anatomia Humana e Práticas Integradoras.

No curso de Enfermagem da UNIVAP foram entrevistados três docentes, sendo um de Empreendedorismo em Enfermagem, Enfermagem em Geriatria e Gerontologia, Administração dos Serviços de Enfermagem e Supervisão de Estágio, um de Saúde Coletiva, Cidadania e Responsabilidade Social, Enfermagem na Saúde do Idoso, Gerenciamento de Assistência da Enfermagem e Supervisão de Estágio e um de Semiologia, Administração em Enfermagem e Gerenciamento e Sistematização da Assistência em Enfermagem.

No Curso de Serviço Social, também da UNIVAP foram entrevistados três docentes, sendo um de Direitos e Garantias Fundamentais, um de Fundamentos Históricos Teóricos Metodológicos, Metodologia em Serviço Social, Seminários Temáticos, Ética Profissional e Política Social Família e Relações Sociais e a Coordenadora do Faculdade e docente das disciplinas de Filosofia, Ética no Serviço Social, Gerontologia, Fundamentos Históricos Teóricos e Metodológicos do Serviço Social, Seminários Temáticos

O projeto dessa pesquisa previa entrevistas individuais com os alunos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Serviço Social. Seguindo sugestão da banca do exame de qualificação, optou-se pelo contato e realização de grupos focais com os alunos das Ligas Acadêmicas dos cursos pesquisados. Os grupos focais foram realizados de forma remota, por meio da plataforma Zoom, sendo gravados para posterior análise.

Na Faculdade de Medicina foram realizadas entrevistas com dois grupos focais, com a Liga de Pediatria (8 alunas do 2º, 4º e 5º período) e com a Liga de Saúde da Família e Comunidade (4 alunos do 4º e 5º período). No curso de Serviço Social foi realizada entrevista com um grupo focal da Liga de Serviço Social (6 alunas de diversos períodos do curso). Na Enfermagem foi realizada entrevista com um grupo focal da Liga de Enfermagem (3 alunos do 1º e 2º período). A diversidade no número de alunos participantes e nos períodos que estão cursando se deu pelo interesse desses alunos participarem da pesquisa.

A participação nas entrevistas foi voluntária e os docentes e discentes não sofreram nenhuma forma de coerção para participarem nem receberam alguma vantagem por sua participação. Os docentes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por meio do google docs (ANEXO A).

As entrevistas com os docentes e os com os discentes seguiram um roteiro. Porém, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, o conteúdo foi alterado, sendo necessária a ampliação ou a supressão do número de questões durante as entrevistas e grupos focais.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Paraíba no dia 23 de abril de 2020, por intermédio do parecer número 3.987.728 (ANEXO B).

2.4 ANÁLISE DE RESULTADOS

A presente pesquisa teve como método a análise de conteúdo, que segundo Bardin “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”, não se tratando de um único instrumento. Ressalta que a análise categorial permite um olhar geral para o material a ser analisado, buscando a construção de categorias analíticas. Para o autor as categorias funcionam como “gavetas” ou “rubricas” as quais permitem classificar diferentes elementos segundo critérios que favorecem a compreensão dos significados subjacentes às mensagens (BARDIN, 1977, p. 31).

Nessa pesquisa a análise de conteúdo partiu de categorias analíticas, consideradas elementos chave para a formação de profissionais com percepção dos elementos dos socioterritoriais que interferem na efetivação das políticas sociais de base territorial, construídas a partir da leitura das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de Medicina, Enfermagem e Serviço Social.

As seguintes categorias guiaram a análise das entrevistas e permitiram o relacionamento do normativo (o orientado) ao instituído (a práxis).

- O perfil do egresso;
- A concepção de saúde e da questão social;

- A atuação profissional individual ou coletiva;
- Prática profissional com caráter emancipatório ou tutelar;
- Compreensão do território e sua relevância;
- Metodologia de ensino;
- Inserção do aluno na prática;
- Interdisciplinaridade e Intersetorialidade.

Na descrição das entrevistas o autor optou por relatá-las a partir das informações mais significativas, não realizando uma transcrição literal das mesmas. Esse método de relato favorece a sistematização das informações segundo as categorias pré-estabelecidas, porém pode implicar na perda de informações não consideradas relevantes.

3 URBANIZAÇÃO, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CONTEXTO DA REGIÃO METROPOLITANA DO VALE DO PARAÍBA E LITORAL NORTE (RMVPLN)

Este capítulo investiga as políticas de saúde e assistência social e seus impactos na população, por meio da análise dos indicadores epidemiológicos e sociais, comparando as cinco sub-regiões da RMVPLN com as cinco sub-regiões do Macro-Eixo Paulista de 1978,

A RMVPLN foi criada em 2012, por meio da Lei Complementar nº 1.166, contemplando 39 municípios, divididos em cinco sub-regiões: **Sub-Região 1** - Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambeiro, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca e São José dos Campos; **Sub-Região 2** - Campos do Jordão, Lagoinha, Natividade da Serra, Pindamonhangaba, Redenção da Serra, Santo Antônio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São Luiz do Paraitinga, Taubaté e Tremembé; **Sub-Região 3** - Aparecida, Cachoeira Paulista, Canas, Cunha, Guaratinguetá, Lorena, Piquete, Potim e Roseira; **Sub-Região 4** - Arapeí, Areias, Bananal, Cruzeiro, Lavrinhas, Queluz, São José do Barreiro e Silveiras; **Sub-Região 5** - Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba (Figura 1) (SÃO PAULO, 2012a; EMPLASA, 2018).

Figura 1 - Divisão da RMVPLN em sub-regiões.



Fonte: EMPLASA, 2018

A criação da RMVPLN está relacionada à constituição da Macrometrópole Paulista, projeto de desenvolvimento econômico regional que vem norteando grande parte das ações de planejamento locorregionais do Estado de São Paulo desde a década de 1950, por meio da ligação da Região Metropolitana de São Paulo com “as regiões do Vale do Paraíba, Sorocaba, Baixada Santista e Campinas, por meio dos eixos rodoviários e da expansão da industrialização da Grande São Paulo” (GOMES; RESCHILIAN; UEHARA, 2018, p. 163).

Entre as décadas de 1950 e 1980 o processo de modernização do País estava diretamente relacionado com a metrópole paulistana, por meio de políticas descentralizadoras e planos de desenvolvimento que buscavam a expansão da região concentrada para outras regiões do Estado. Com a globalização da economia a partir da década de 1980, o desenvolvimento das regiões do Estado de São Paulo busca a ampliação de mercados e da conexão entre as diversas outras regiões do Brasil e mesmo de outros, de modo a favorecer o fluxo de mercadorias e capitais (GOMES; RESCHILIAN; UEHARA, 2018).

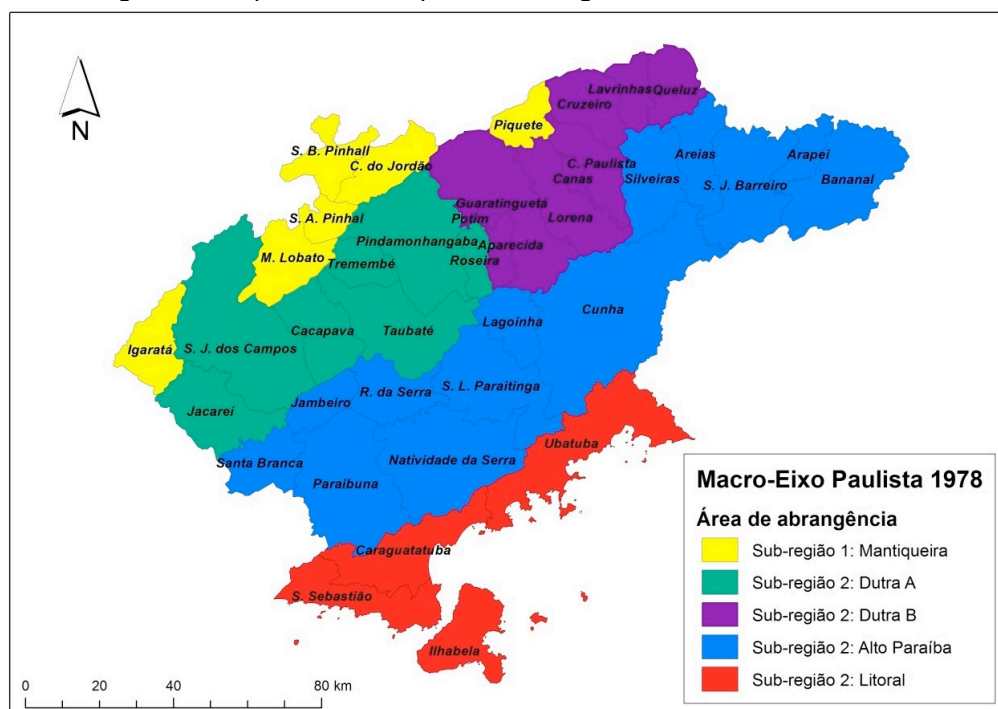
O modelo de planejamento urbano e regional adotado favorece o desenvolvimento econômico do Estado, porém aprofunda as iniquidades entre as regiões de maior interesse político, econômico e as demais sub-regiões. Nesse sentido, a subdivisão da RMVPLN está articulada ao Plano da Macrometrópole Paulista 2013-2040 que traz dois vetores de desenvolvimento para a RMVPLN, sendo um o Vetor do Vale do Paraíba que prevê o fortalecimento da conexão entre as cidades de São Paulo, São José dos Campos e Taubaté, sendo esses polos de desenvolvimento regional, e o outro, o Vetor de Desenvolvimento Perimetral da Macrometrópole, que busca a interligação São Sebastião, São José dos Campos, Jacareí, Campinas e Sorocaba, favorecendo a difusão de conhecimento e desenvolvimento tecnológico entre essas regiões e o tráfego de mercadorias e passageiros em um sistema multimodal (rodoviário, ferroviário, aeroviário e marítimo) de alta eficácia (GOMES; RESCHILIAN; UEHARA, 2018).

Ao analisarem o processo de planejamento regional do Vale do Paraíba e Litoral Norte, Gomes, Reschilian e Uehara (2018, p.159), apontam a existência de diferentes projetos de regionalização desde a década de 1940, conectados ao momento histórico,

político e econômico em que estavam inseridos. Segundo os autores, um destes projetos foi desenvolvido em 1978. Tratava-se do Plano Regional do Macro-Eixo Paulista (Figura 3), que buscava orientar a política de desenvolvimento industrial da época e tinha como diretrizes

a coordenação de investimentos e a regulamentação do uso do solo; a contenção do crescimento metropolitano aliada à descentralização produtiva para centros de médio porte; planejar e disciplinar a urbanização da orla marítima, conciliando turismo, lazer e preservação ambiental.

Figura 3 - Mapa dos Municípios e Sub-regiões do Macro-Eixo Paulista



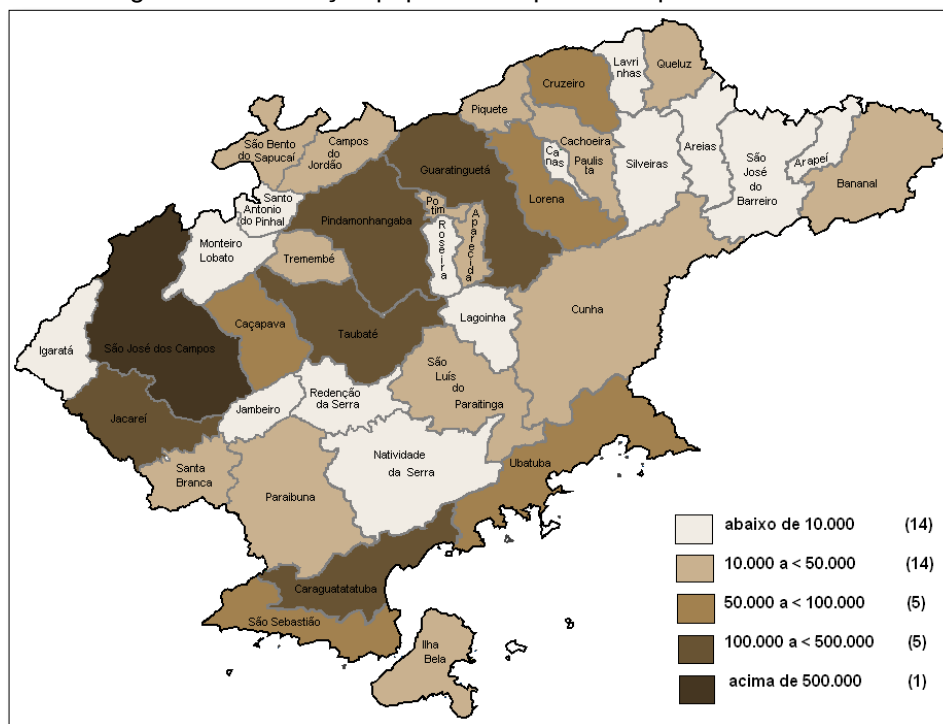
Fonte: Gomes, Reschilian e Uehara, 2018.

Apesar de esta divisão regional ter sido elaborada em outro momento e com um objetivo diverso dessa pesquisa, ela favorece a compreensão das diferenças e das iniquidades existentes na RMVPLN atualmente.

A RMVPLN possui uma população de 2,5 milhões, distribuída em municípios com significativa diversidade populacional, espacial, econômica e social (Figura 4). São 14 municípios com menos de 10 mil habitantes, 14 entre 10 mil e 50 mil, 5 entre 50 mil e 100 mil, 5 entre 100 mil e 500 mil, e um município com mais de 500 mil (SÃO PAULO, 2012b).

A representação abaixo demonstra que os municípios mais populosos estão no eixo da Rodovia Presidente Dutra e no Litoral Norte, e os com menor população estão localizados, entre a Rodovia Presidente Dutra e a Serra do Mar.

Figura 4 - Distribuição populacional por municípios da RMVPLN.



Fonte: São Paulo 2012b.

A partir da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde vem sendo implantado segundo um conjunto de diretrizes, sendo uma delas a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, que estabelece a necessidade de organização de redes regionais de saúde a fim de que os serviços sejam integrados segundo os mesmos princípios e de modo articulado, assegurando o acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde da população de uma mesma região.

Em 2010, o Ministério da Saúde definiu as Redes de Atenção à Saúde (RAS), por meio da portaria GM/MS nº 4279/10, como

arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do

Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010)

A partir de 2012, o Estado de São Paulo passou a ter 63 Regiões de Saúde, divididas em 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS). A RMVPLN contempla os mesmos 39 municípios da RRAS 17, sendo divididas em 4 Regiões de Saúde: a) **Alto Vale do Paraíba**: Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambeiro, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca e São José dos Campos; b) **Litoral Norte**: Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba; c) **Vale do Paraíba e Região Serrana**: Campos do Jordão, Lagoinha, Natividade da Serra, Pindamonhangaba, Redenção da Serra, Santo Antônio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São Luiz do Paraitinga, Taubaté e Tremembé; d) **Circuito da Fé e Vale Histórico**: Aparecida, Arapeí, Areias, Bananal, Cachoeira Paulista, Canas, Cruzeiro, Cunha, Guaratinguetá, Lavrinhas, Lorena, Piquete, Potim, Queluz, Roseira, São José do Barreiro e Silveiras (SÃO PAULO, 2012a).

É importante ressaltar que mesmo a RRAS 17 contemplando os mesmos municípios da RMVPLN, a divisão administrativa é diferente. A RRAS 17 trabalha com 4 sub-regiões e a RMVPLN com 5 sub-regiões. As divisões regionais diferentes entre a RMVPLN e os setores públicos (saúde, educação, assistência, habitação, segurança e cultura) dificultam a análise e o planejamento regional, reforçando a fragmentação das diversas políticas públicas.

Para análise da rede de serviços de saúde existentes e os indicadores de saúde da Região foi utilizado, principalmente, o Mapa da Saúde da RRAS 17 de 2012, instrumento mais amplo com informações relativas à saúde dos habitantes da RMVPLN. O documento foi elaborado por técnicos da Diretoria Regional de Saúde 17 (DRS 17) e dos municípios da Região. Apesar de ser um documento com nove anos, podendo ter ocorrido mudanças em alguns indicadores ou a ampliação de serviços, permite a correlação entre condições socioeconômicas, a rede assistencial instalada e os impactos na saúde da população.

A RRAS 17 possui uma ampla rede de serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade, atenção primária, secundária e terciária, sendo que os municípios maiores concentram a maioria dos serviços de atenção secundária e terciária.

A atenção primária conhecida no Brasil como atenção básica (AB), no sentido de essencial é definida na Política Nacional de Atenção Básica como

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006, p. 10)

A atenção básica é o nível de atenção que mais considera os elementos do território em sua organização, por compreender o processo saúde-doença de modo ampliado, em um olhar biopsicossocial, organizando o cuidado em saúde a partir das relações sociais que o indivíduo estabelece em um determinado espaço.

Em 2012, existiam 374 Unidades Básicas de Saúde na Região, o que representava aproximadamente 01 unidade para aproximadamente 6.055 habitantes. O quadro 1 demonstra uma distribuição desigual de Unidades Básicas de Saúde na Região, sendo a região do Alto Vale do Paraíba com pior correlação entre o número de unidades e a população.

A Política Nacional de Atenção Básica estabelece a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como o modelo prioritário para a organização da atenção básica no Brasil. Tem seu processo de trabalho organizado segundo os seguintes princípios: atuação em equipes multiprofissionais; organização do cuidado a partir das necessidades de saúde dos usuários; acolhimento das necessidades dos usuários e famílias, fortalecimento do vínculo da equipe com os usuários; compreensão ampliada do território; análise dos determinantes e condicionantes da saúde presentes no território; responsabilização pelo

cuidado integral à saúde de uma determinada população; rompimento da postura passiva das UBS tradicionais e realização de atividades extramuros (BRASIL, 2006; GUADAGNIN, 2013).

Quadro 1 - Cobertura estimada de atenção básica por região de saúde da RRAS 17 – dezembro de 2020

Região de saúde	População	Nº ESF	Estimativa de população coberta pela ESF	Cobertura ESF	Estimativa de população coberta pela AB	Cobertura de AB
Alto Vale	1.103.668	109	376.050	34,07%	701.248	63,53%
Litoral Norte	336.281	78	266.749	79,32%	303.979	90,39%
Vale do Paraíba e Região Serrana	626.309	77	260.107	41,53%	409.267	65,34%
Circuito da Fé e Vale Histórico	486.352	73	234.338	48,18%	322.109	66,22%
Total/média	2.552.610	337	1.137.244	50,77%	1.736.603	71,37

Fonte: Brasil, 2021a.

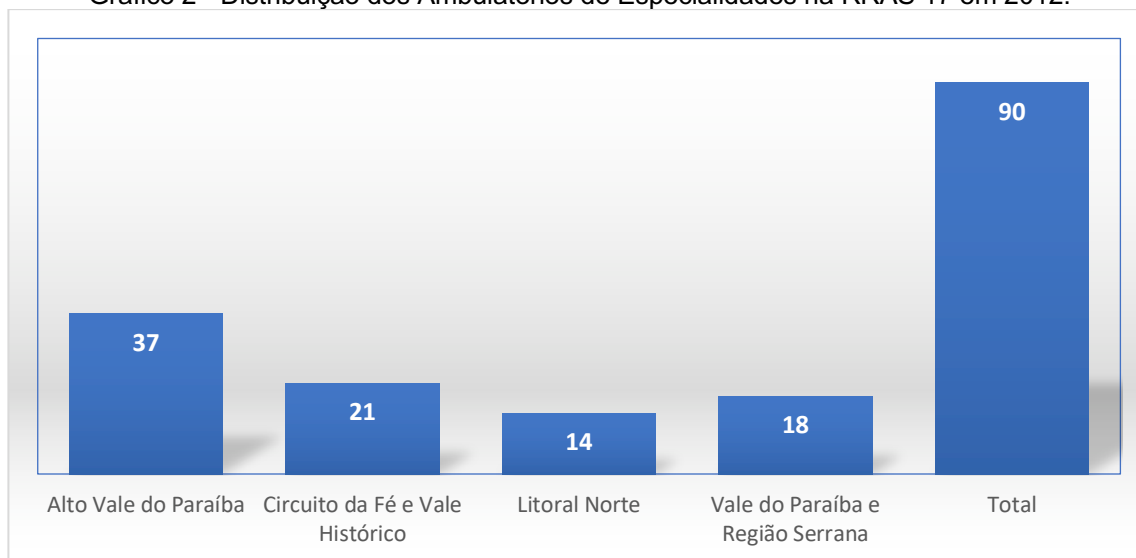
O quadro 1 demonstra uma significativa disparidade da cobertura da atenção básica nas 4 Regiões de Saúde. O Litoral Norte tem uma cobertura de AB superior a 90%, enquanto as demais regiões em torno de 65%. Como a atenção básica se constitui como a porta de entrada para o sistema de saúde local, pode-se deduzir que uma parcela significativa da população da região (totalizando 816.007 pessoas em toda RRAS 17) tem dificuldade de acesso à política pública de saúde.

Outro ponto a ser destacado é a discrepância na cobertura da ESF, sendo de 79,32% no Litoral Norte, e nas demais regiões em torno de 40%. Considerando-se que a Estratégia de Saúde da Família é o modelo de atenção básica que mais favorece a aproximação e a compreensão do território, pode-se questionar se nas regiões com baixa cobertura da ESF as equipes de atenção básica têm considerado o território como um elemento importante para organização do processo de cuidado em saúde.

Além da rede básica é importante avaliar a rede de serviços secundários (especializados) e terciários (hospitalares). A RRAS 17 possui uma ampla rede de ambulatorios de especialidades, alguns sobre gestão estadual (Ambulatório Médico Especializado – AME) e outros municipais. Segundo o Mapa da Saúde da RRAS 17, em 2012 havia noventa ambulatorios de especialidades na Região (Gráfico 2), sendo caracterizados como

serviços preparados para fornecer tratamento especializado nas diversas especialidades médicas, DST/AIDS, idoso, adolescente, psiquiatria, mulher, infantil, etc. a pacientes encaminhados pela rede de Atenção Básica para continuidade de tratamento (SÃO PAULO, 2012b, p. 87).

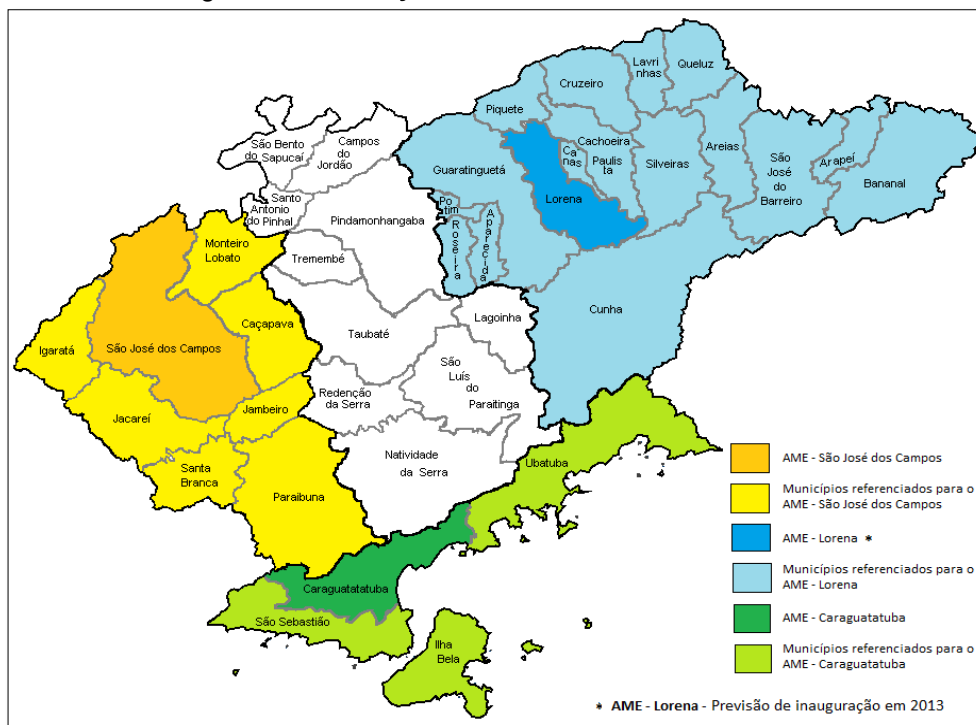
Gráfico 2 - Distribuição dos Ambulatórios de Especialidades na RRAS 17 em 2012.



Fonte: São Paulo, 2012b.

Além dos ambulatorios de especialidades sob gestão municipal, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo possui um conjunto de Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME) em todo estado. Na RRAS 17, em 2013, havia três AME's: AME São José dos Campos, AME Lorena e AME Caragatatuba que davam retaguarda para atendimentos especializados para um conjunto de municípios. Apenas a região de saúde do "Vale do Paraíba e Região Serrana" não possui um AME de referência (Figura 5).

Figura 5 - Distribuição dos AME da RRAS 17 em 2013.



Fonte: São Paulo, 2017b.

Para compreender a Rede de Atenção à Saúde de forma integral é necessária a caracterização das unidades hospitalares. A região possuía cinquenta e cinco hospitais em 2012, distribuídos em pequeno, médio e grande porte, não havendo nenhum hospital de porte especial (acima de 500 leitos). O quadro 2 demonstra que quase metade dos leitos hospitalares da RRAS 17 estava concentrada na Região de Saúde do Alto Vale do Paraíba.

Quadro 2 - Distribuição dos hospitais por número de leitos e Região de Saúde.

Região de Saúde	Menos de 50 Leitos	de 51 a 200 Leitos	de 201 a 500 Leitos	Acima de 500 Leitos
Alto Vale do Paraíba	13	13	1	-
Circuito da Fé e Vale Histórico	7	4	1	-
Litoral Norte	1	3	-	-
Vale do Paraíba e Região Serrana	5	5	2	-
Total RRAS 17	26	25	4	-

Fonte: São Paulo, 2012b.

Apesar da Região possuir uma ampla rede hospitalar, o Mapa da Saúde aponta um déficit de 686 leitos SUS, em comparação com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Apenas os leitos cirúrgicos e obstétricos estavam acima dos parâmetros (Quadro 3).

Quadro 3 - Distribuição dos leitos SUS segundo especialidade na RRAS 17.

Leito	Parâmetro	Existente	Diferença
Cirúrgico	540	653	113
Clínica Médica	966	947	-19
Obstétrico	202	362	160
Pediátrico	342	315	-27
Crônicos	506	1	-505
Psiquiátricos	551	303	-248
Reabilitação	170	10	-160
Total	3.277	2.591	-686

Fonte: São Paulo, 2012b.

A distribuição dos leitos hospitalares não conveniados ao SUS seguiu o mesmo padrão dos leitos destinados aos SUS, com um déficit de 556 leitos, conforme demonstrado no quadro 4.

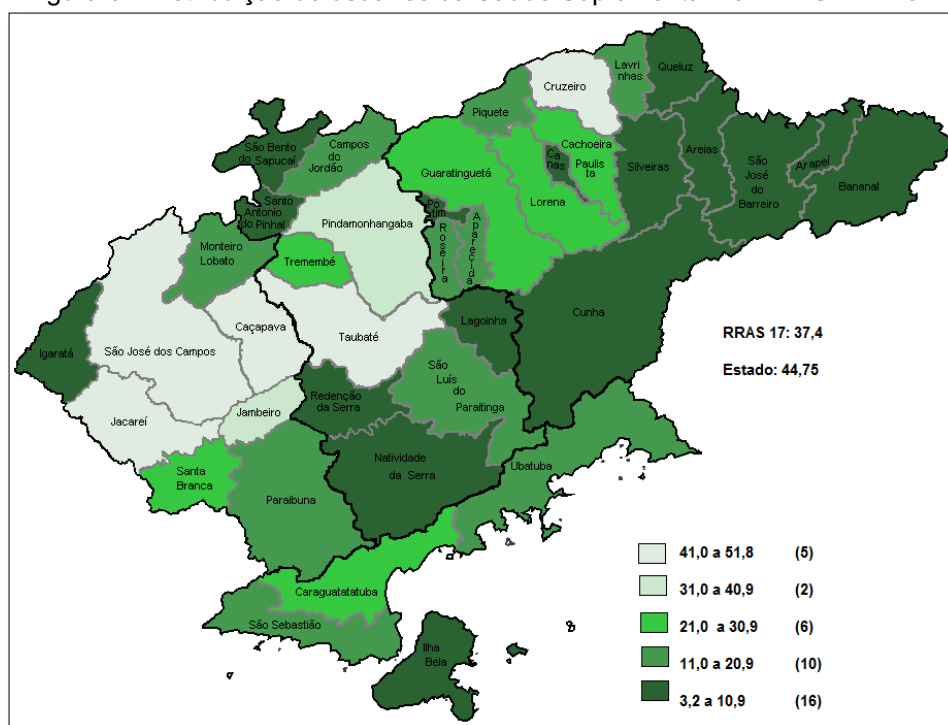
Quadro 4- Distribuição dos leitos não SUS segundo especialidade na RRAS 17.

Leito	Parâmetro	Existente	Diferença
Cirúrgico	317	561	244
Clínica Médica	567	374	-193
Obstétrico	119	199	80
Pediátrico	201	152	-49
Crônicos	297	6	-291
Psiquiátricos	323	74	-249
Reabilitação	100	1	-99
Total	1.923	1.367	-556

Fonte: São Paulo, 2012b.

A análise dos leitos não SUS se faz necessária devido a 37,4% da população da RRAS 17 serem beneficiários da saúde suplementar em 2011 (inferior à média do Estado de São Paulo de 44,75%), sendo que cinco municípios do eixo da rodovia Presidente Dutra tinham entre 41,0% e 51,8% de usuários de planos de saúde. Vale destacar também que dezesseis municípios pequenos tinham mais de 89% da população dependente do SUS (Figura 6).

Figura 6 - Distribuição de usuários da Saúde Suplementar na RRAS 17 - 2011.



Fonte: São Paulo, 2012b.

Além da análise da rede de serviços de saúde instalados na região, é necessário compreender como a rede está organizada e que tipo de atendimento tem sido prestado à população. O Ministério da Saúde preconiza que a maioria dos problemas de saúde sejam resolvidos na atenção básica, tendo em vista a capilaridade da rede de unidades básicas, favorecendo o acesso e a resposta às necessidades de saúde da população. Porém, o Mapa da Saúde da RRAS 17 apontou uma distorção na distribuição de consultas na região, sendo produzidas dois milhões de consultas de urgência acima do parâmetro e déficit de um milhão e seiscentas mil consultas na atenção básica. Esses dados apontam uma dificuldade de acesso às Unidades Básicas, fazendo que a

população procure os serviços de urgência e emergência (unidades de pronto atendimento e pronto-socorro) para resolução de seus problemas de saúde (Quadro 5).

Quadro 5 - Distribuição de consultas médicas por área na RRAS 17 em 2011

Área	Parâmetro	Produção	Diferença
Urgência	822.783	2.886.526	2.063.743
Urgência Pré Hospitalar / Trauma	205.696	15.543	-190.153
Atenção Básica	4.319.612	2.694.442	-1.625.170
Atenção Especializada	1.508.436	1.364.484	-143.952
TOTAL	6.856.527	6.960.995	104.468

Fonte: São Paulo, 2012b.

Após analisar a rede de atenção à saúde na RMVPLN, é necessário compreender como está implantada a Política de Assistência Social na região. A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004 caracteriza-se como uma política social pública, que busca a proteção social dos cidadãos, a garantia de direitos e de condições dignas de vida. Tem como sua primeira diretriz a descentralização político-administrativa, que estabelece que a execução da Política de Assistência Social fica a cargo dos estados e municípios, devendo considerar as características socioterritoriais em sua implantação.

Ao contrário do SUS, o SUAS não prevê instâncias regionais ficando sob responsabilidade dos municípios a implantação dos serviços de assistência social. A PNAS prevê dois níveis de proteção social: a proteção social básica, primeiro nível de proteção, efetivado por meio dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e a proteção social especial, com principal equipamento os Centros de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) (BRASIL, 2004b).

Como apresentado no quadro 6, a RMVPLN possui 88 serviços de assistência social, sendo 71 CRAS e 17 CREAS.

Quadro 6 - Distribuição dos serviços de assistência social por município na RMVPLN (continuação...)

Sub-região 1	Município	CRAS	CREAS
	Caçapava	2	1
	Igaratá	1	0
	Jacareí	4	1
	Jambeiro	1	0
	Monteiro Lobato	1	0
	Paraibuna	1	0
	Santa Branca	1	0
	São José dos Campos	11	5
Total da sub-região 1		23	7
Sub-região 2	Município	CRAS	CREAS
	Campos do Jordão	1	0
	Lagoinha	1	0
	Natividade da Serra	1	0
	Pindamonhangaba	5	1
	Redenção da Serra	1	0
	Santo Antônio do Pinhal	1	0
	São Bento do Sapucaí	1	0
	São Luiz do Paraitinga	0	0
	Taubaté	4	2
	Tremembé	1	0
Total da sub-região 2		16	3
Sub-região 3	Município	CRAS	CREAS
	Aparecida	3	1
	Cachoeira Paulista	1	1
	Canas	1	0
	Cunha	1	1
	Guaratinguetá	4	1
	Lorena	2	1
	Piquete	1	0
	Potim	1	0
	Roseira	1	0
Total da sub-região 3		15	5

Quadro 6 - Distribuição dos serviços de assistência social por município na RMVPLN..... (conclusão)

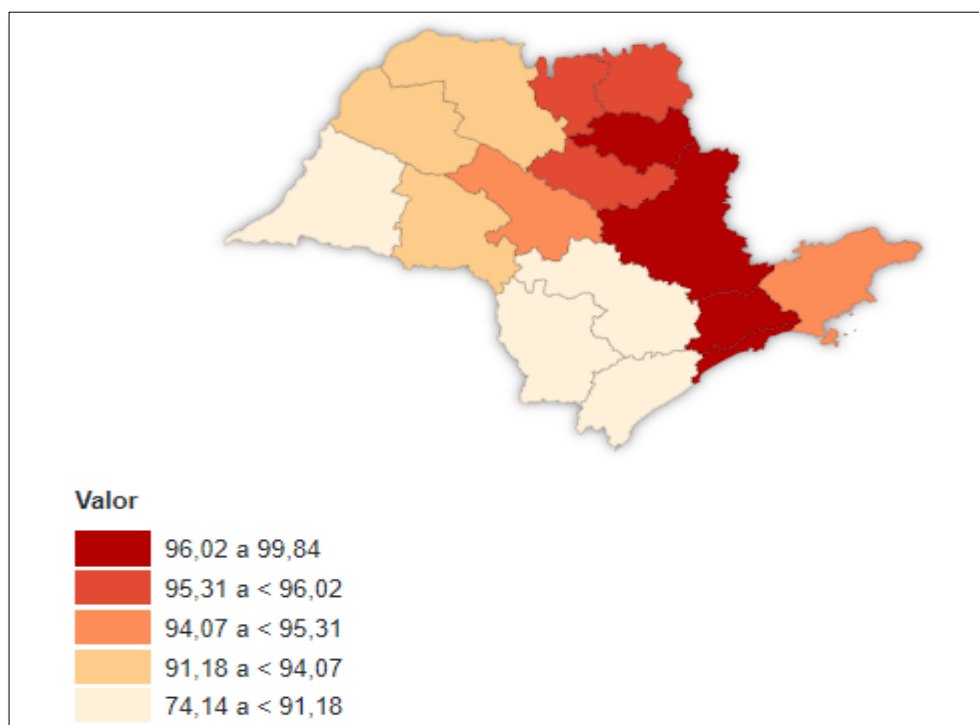
Sub-região 4	Município	CRAS	CREAS
	Arapeí	1	0
	Areias	1	0
	Bananal	1	0
	Cruzeiro	2	0
	Lavrinhas	1	0
	Queluz	1	0
	São José do Barreiro	1	0
	Silveiras	1	0
Total da sub-região 4		9	0
Sub-região 5	Município	CRAS	CREAS
	Caraguatatuba	4	1
	Ilhabela	1	0
	São Sebastião	2	1
	Ubatuba	1	0
Total da sub-região 5		8	2

Fonte: Brasil, 2021b.

Dados contidos no quadro 6 demonstram que quase todos os municípios da RMVPLN possuem pelo menos um CRAS (com exceção de São Luiz do Paraitinga), já os CREAS estão localizados nos municípios médios e grandes. A Sub-região 1 possui a maior quantidade de serviços de assistência social e a menor quantidade está na Sub-região 4.

Além de analisar como as redes de saúde e assistência social estão implantadas na região, é necessário avaliar os indicadores socioeconômicos e de saúde. Para esta análise foram utilizados os dados disponíveis na Fundação Seade, comparando a RMVPLN com o Estado de São Paulo, as sub-regiões e os municípios da região (figura 7).

Figura 7 - Grau de urbanização (em %) - 2021



Fonte: Fundação Seade, 2021.

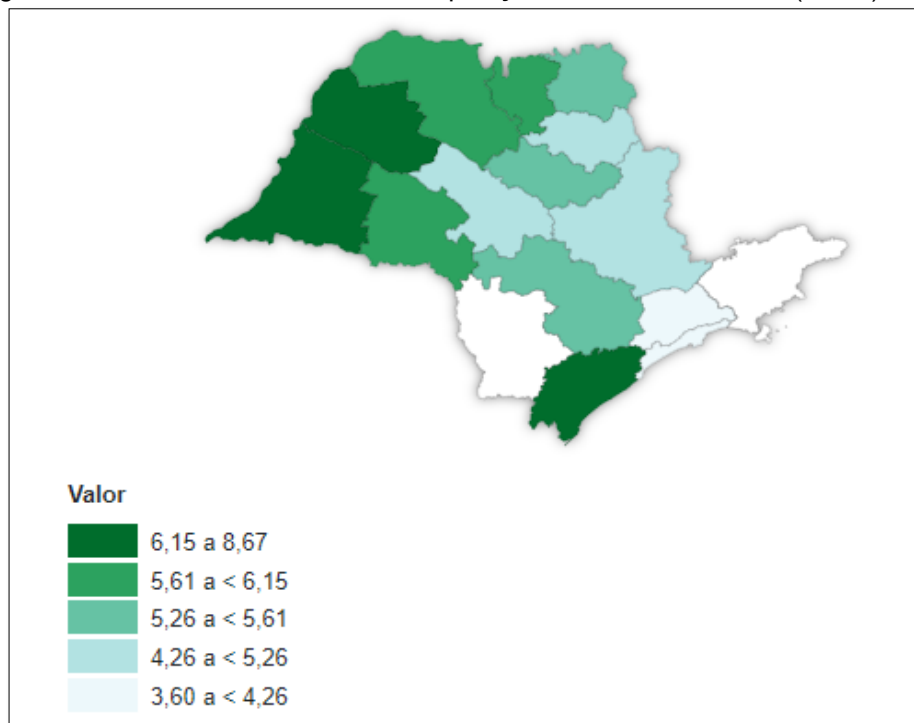
A RMVPLN possui uma taxa de urbanização de 94,77, inferior ao Estado de 96,56. Os indicadores de saneamento e coleta de lixo são inferiores ao Estado de São Paulo. A porcentagem de coleta de lixo na Região é de 99,63 e o Estado 99,69. A coleta de esgoto está implantada em 85,91% das residências, inferior aos 89,75% do Estado.

O abastecimento de água também apresenta índices inferiores à média estadual 97,91% e 95,85% na região. Tendo em vista que a falta de saneamento básico é um fator de risco para um conjunto de doenças infectocontagiosas, os dados apresentados apontam para um maior risco de adoecimento da população da RMVPLN em relação à população geral do Estado.

A escolarização está relacionada à capacidade de autocuidado e funciona como um fator de proteção para diversas patologias. Neste ponto a RMVPLN possui indicadores melhores que o Estado de São Paulo. A taxa de analfabetismo é de 4,01%, enquanto no Estado é de 4,33%, sendo uma das regiões com a menor taxa do Estado.

A porcentagem de jovens entre 18 a 24 anos que concluíram o ensino médio 59,55% também é superior a do Estado 57,89% (Figura 8).

Figura 8 - Taxa de Analfabetismo da População de 15 Anos e mais - (em %) – 2010



Fonte: Fundação Seade, 2021.

As estatísticas vitais e de saúde da Região apontam indicadores semelhantes ao do Estado (Quadro 7).

Quadro 7 - Indicadores vitais e de saúde da RMVPLN e do Estado de São Paulo

Indicador	RMVPLN	SP
Taxa de natalidade (por mil habitantes) - 2019	12,98	13,09
Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) - 2019	10,99	10,93
Taxa de mortalidade da população de 15 a 34 anos (por cem mil habitantes) - 2019	109,31	100,31
Nascidos vivos de mães com menos de 18 anos (em %) - 2019	4,25	4,25
Partos cesáreos (em %) - 2016	58,08	58,34
Gestações pré-termo (em %) - 2016	11,07	10,90
Taxa de fecundidade geral (por mil mulheres entre 15 e 49 anos) - 2019	48,12	48,14
Taxa de mortalidade na infância (por mil nascidos vivos) - 2019	12,96	12,65
Mães que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal (em %) - 2016	79,60	79,05
Nascimentos de baixo peso (menos de 2,5 kg) (Em %) - 2016	8,78	9,11

Fonte: Fundação Seade, 2021.

Além de se comparar os indicadores socioeconômicos e de saúde e condições de vida da RMVPLN com o Estado de São Paulo, é necessário avaliar como esses indicadores se manifestam em cada um dos municípios e sub-regiões. A região apresenta discrepâncias significativas nas principais estatísticas vitais e de saúde conforme apontado no quadro 8.

Quadro 8 - Estatísticas vitais e de saúde por município e sub-região na RMVPLN.

	Município	Natalidade	Mortalidade Infantil	Mortalidade entre 15 e 34	Mães menores de 18 anos	Porcentagem de Cesárea	Porcentagem de pré-maturo
Sub-região 1	Caçapava	13,49	15,54	109,04	3,43	65,90	11,08
	Igaratá	15,44	6,99	173,73	5,59	43,94	15,57
	Jacareí	12,59	8,77	106,65	3,68	53,08	13,33
	Jambeiro	11,40	28,57	*	5,71	42,47	9,09
	Monteiro Lobato	8,12	*	213,07	2,78	30,00	6,90
	Paraibuna	9,75	5,65	35,40	7,91	42,40	4,67
	Santa Branca	10,75	*	139,11	5,92	43,14	16,89
	São José dos Campos	12,93	10,67	92,56	3,60	47,04	11,00
Total sub-região 1	12,82	10,55	97,11	3,71	49,68	11,49	

	Município	Natalidade	Mortalidade Infantil	Mortalidade entre 15 e 34	Mães menores de 18 anos	Porcentagem de Cesárea	Porcentagem de pré-maturo
Sub-região 2	Campos do Jordão	14,49	16,60	138,67	4,29	79,35	15,16
	Lagoinha	12,66	*	*	4,92	47,83	9,09
	Natividade da Serra	8,22	18,18	*	5,45	56,45	11,29
	Pindamonhan gaba	13,78	9,40	108,72	4,71	56,06	14,09
	Redenção da Serra	13,28	*	87,57	*	4,20	51,16
	Santo Antônio do Pinhal	11,80	51,28	47,48	1,28	72,00	13,51
	São Bento do Sapucaí	10,46	9,09	161,34	2,73	66,94	9,68
	São Luiz do Paraitinga	9,38	10,10	95,97	7,14	42,99	8,41
	Taubaté	12,69	8,79	96,88	3,80	62,57	10,75
	Tremembé	12,74	12,07	104,43	5,17	59,93	12,50
	Total sub-região 2	12,98	10,31	102,94	4,20	61,95	12,19
	Município	Natalidade	Mortalidade Infantil	Mortalidade entre 15 e 34	Mães menores de 18 anos	Porcentagem de Cesárea	Porcentagem de pré-maturo
Sub-região 3	Aparecida	12,29	9,13	102,49	4,12	75,15	8,45
	Cachoeira Paulista	11,80	18,52	152,44	4,50	81,71	10,55
	Canas	15,61	12,82	235,16	10,26	81,69	13,85
	Cunha	12,27	3,76	29,65	4,14	70,97	13,30
	Guaratinguetá	13,27	11,52	117,38	4,36	77,41	10,72
	Lorena	12,62	11,95	144,71	4,14	86,51	9,27
	Piquete	9,57	7,63	250,56	4,58	81,46	8,63
	Potim	11,23	8,66	121,18	6,06	71,48	6,11
	Roseira	14,61	12,99	151,33	5,19	70,50	6,52
	Total sub-região 3	12,61	11,32	128,60	4,51	79,33	9,72
	Município	Natalidade	Mortalidade Infantil	Mortalidade entre 15 e 34	Mães menores de 18 anos	Porcentagem de Cesárea	Porcentagem de pré-maturo
Sub-região 4	Arapeí	5,26	*	130,55	7,69	64,29	14,29
	Areias	12,81	*	*	6,12	75,00	13,89
	Bananal	6,51	28,99	31,57	8,82	65,59	9,76
	Cruzeiro	11,45	12,06	189,35	6,26	64,05	10,01
	Lavrinhas	12,66	22,22	128,42	8,89	64,21	10,00

	Queluz	9,02	35,40	145,38	8,85	70,29	10,00
	São José do Barreiro	9,58	25,64	156,49	17,95	53,66	10,00
	Silveiras	12,17	40,00	200,60	6,67	59,21	10,29
	Total sub-região 4	10,76	16,91	160,26	7,15	64,51	10,16
	Município	Natalidade	Mortalidade Infantil	Mortalidade entre 15 e 34	Mães menores de 18 anos	Porcentagem de Cesárea	Porcentagem de pré-maturo
Sub-região 5	Caraguatatuba	14,96	10,50	138,90	4,90	63,17	8,97
	Ilhabela	16,44	12,92	73,27	5,35	31,22	7,71
	São Sebastião	13,56	12,89	116,71	4,30	54,25	7,57
	Ubatuba	15,04	10,59	120,14	5,07	56,32	12,24
	Total sub-região 5	14,76	11,39	121,02	4,85	55,76	9,35
Total	RMVPLN	12,98	10,99	109,31	4,25	58,08	11,07
	Estado de SP	13,09	10,93	100,31	4,25	58,34	10,90

Fonte: Fundação Seade

As discrepâncias significativas nas principais estatísticas vitais e de saúde continuam a ser apresentadas no quadro 9.

Quadro 9 - Indicadores de condições de vida e saúde por município e sub-região na RMVPLN (continuação...)

	Município	Fecundidade	Mortalidade na infância	Porcentagem 7 consultas ou + de pré-natal	Porcentagem Baixo peso
Sub-região 1	Caçapava	50,72	17,99	84,31	9,58
	Igaratá	59,91	6,99	75,57	9,85
	Jacareí	47,38	10,88	76,30	9,03
	Jambeiro	42,53	42,86	81,16	9,59
	Monteiro Lobato	32,11	*	64,29	3,45
	Paraibuna	38,19	5,65	58,60	5,07
	Santa Branca	41,13	6,58	68,46	10,46
	São José dos Campos	47,40	12,32	82,07	8,93
	Total da sub-região 1	47,46	12,44	80,43	8,96

Quadro 9 - Indicadores de condições de vida e saúde por município e sub-região na RMVPLN (continuação).

	Município	Fecundidade	Mortalidade na infância	Porcentagem 7 consultas ou + de pré-natal	Porcentagem Baixo peso
Sub-região 2	Campos do Jordão	52,49	17,98	84,04	10,59
	Lagoinha	51,13	*	73,33	10,87
	Natividade da Serra	35,53	18,18	62,30	9,68
	Pindamonhangaba	49,91	9,85	88,24	9,64
	Redenção da Serra	55,25	*	73,81	16,28
	Santo Antônio do Pinhal	45,83	51,28	86,49	8,11
	São Bento do Sapucaí	41,42	9,09	77,42	8,87
	São Luiz do Paraitinga	37,63	10,10	76,70	12,26
	Taubaté	46,90	11,38	78,93	8,57
	Tremembé	48,33	12,07	78,07	11,21
	Total da sub-região 2	48,02	11,84	81,65	9,37
	Município	Fecundidade	Mortalidade na infância	Porcentagem 7 consultas ou + de pré-natal	Porcentagem Baixo peso
Sub-região 3	Aparecida	47,05	11,42	79,48	5,86
	Cachoeira Paulista	44,73	18,52	75,39	8,07
	Canas	58,43	12,82	63,64	12,68
	Cunha	48,24	7,52	68,52	8,89
	Guaratinguetá	50,39	12,16	79,21	8,68
	Lorena	48,15	14,71	76,07	6,63
	Piquete	38,90	7,63	81,51	7,33
	Potim	45,66	8,66	75,00	10,00
	Roseira	54,69	12,99	82,96	7,19
	Total da sub-região 3	48,37	12,71	77,18	7,80

Quadro 9 - Indicadores de condições de vida e saúde por município e sub-região na RMVPLN (conclusão).

	Município	Fecundidade	Mortalidade na infância	Porcentagem 7 consultas ou + de pré-natal	Porcentagem Baixo peso
Sub-região 4	Arapeí	20,54	*	53,85	7,14
	Areias	47,67	*	64,10	15,00
	Bananal	25,57	28,99	74,70	4,30
	Cruzeiro	44,15	17,54	67,89	9,66
	Lavrinhas	47,17	33,33	61,70	9,78
	Queluz	32,97	35,40	64,71	5,07
	São José do Barreiro	37,39	25,64	63,16	4,88
	Silveiras	46,38	40,00	52,05	6,58
	Total da sub-região 4	41,19	21,32	66,38	8,71
	Município	Fecundidade	Mortalidade na infância	Porcentagem 7 consultas ou + de pré-natal	Porcentagem Baixo peso
Sub-região 5	Caraguatatuba	54,41	13,41	78,94	7,38
	Ilhabela	58,75	12,92	88,06	7,57
	São Sebastião	47,65	16,32	82,22	8,48
	Ubatuba	53,41	13,62	75,74	9,31
	Total da sub-região 5	54,41	14,13	79,89	8,19
Total	RMVPLN	48,12	12,96	79,60	8,78
	Estado SP	48,14	12,65	79,05	9,11

Fonte: Fundação Seade, 2021.

A análise dos indicadores vitais e de saúde segundo as sub-regiões da RMVPLN permite a identificação de discrepâncias entre elas (Quadro 10).

Quadro 10 - Indicadores vitais e de saúde das sub-regiões, da RMVPLN e do Estado de São Paulo (continuação...).

Indicadores	Sub-região 1	Sub-região 2	Sub-região 3	Sub-região 4	Sub-região 5	RMVPLN	Estado SP
Taxa natalidade	12,82	12,98	12,61	10,76	14,76	12,98	13,09
Taxa de mortalidade infantil	10,55	10,31	11,32	16,91	10,99	10,99	10,93

Quadro 10 - Indicadores vitais e de saúde das sub-regiões, da RMVPLN e do Estado de São Paulo (conclusão).

Taxa de mortalidade entre 15 e 34 anos	97,11	102,94	128,60	160,26	121,02	109,31	100,31
Porcentagem de gestante menores de 18 anos	3,71	4,20	4,51	7,15	4,85	4,25	4,25
Porcentagem de partos cesárea	49,68	61,95	79,33	64,51	55,76	58,08	58,34
Porcentagem de prematuridade	11,49	12,19	9,72	10,16	9,35	11,07	10,90
Taxa de fecundidade	47,46	48,02	48,37	41,19	54,41	48,12	48,14
Taxa de mortalidade na infância	12,44	11,84	12,71	21,32	14,13	12,96	12,65
Taxa de mortalidade + 60 anos	3.171,22	3.403,82	3.688,90	3.494,58	3.552,76	3.368,89	3.345,57
Porcentagem de gestantes com 7 consultas de pré-natal ou +	80,43	81,65	77,18	66,38	79,89	79,60	79,05
Porcentagem de baixo peso ao nascer	8,96	9,37	7,80	8,71	8,19	8,78	9,11
Leitos SUS/ mil hab.	0,99	1,14	1,06	0,97	1,02	1,04	1,18

Fonte: Fundação Seade, 2021.

Alguns indicadores do quadro 10 podem ser agrupados de modo a se ter uma visão ampla sobre a assistência a um determinado grupo populacional. As taxas de mortalidade infantil, mortalidade na infância, porcentagem de prematuridade, porcentagem de baixo peso ao nascer, porcentagem de gestantes menores de 18 anos, porcentagem de gestantes que realizaram sete consultas ou mais de pré-natal e porcentagem de partos cesárea estão correlacionadas a avaliação da qualidade da assistência materno infantil. A sub-região 4 demonstra o pior resultado na maioria desses indicadores: a mortalidade infantil é de 16,91, muito acima dos resultados da RMVPLN e

do Estado de São Paulo; a porcentagem de gestantes menores de 18 anos é de 7,15, bem superior à região e ao Estado; a porcentagem de partos cesárea 64,51 é a segunda maior da região, perdendo apenas para a sub-região 3 que é de 79,33, superior a região e ao Estado; a taxa de prematuridade é boa 10,16, inferior a região e ao Estado; a taxa de mortalidade na infância é muito alta 21,32, muito superior às outras sub-regiões, a região e ao Estado; a porcentagem de gestantes que realizaram sete consultas ou mais é 66,38, a mais baixa da região, inferior à média da região e do Estado; a porcentagem de baixo peso ao nascer é a segunda pior da região, porém é equivalente a região e inferior ao Estado. Esses indicadores demonstram deficiências no acesso e na qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério na sub-região. Tal fenômeno pode estar correlacionado às características socioeconômicas e espaciais da sub-região. Nesta sub-região concentram os municípios menores e alguns dos municípios com menor renda per capita, mais distante dos municípios maiores da região (São José dos Campos e Taubaté) que concentram os serviços especializados e a maioria dos leitos hospitalares.

As demais sub-regiões não apresentaram resultados tão homogêneos como a sub-região 4, porém vale ressaltar que a sub-região 2 apresenta os melhores resultados na taxa de mortalidade infantil 10,31; taxa de mortalidade na infância 11,84 e a maior porcentagem de gestantes que fizeram sete consultas ou mais de pré-natal 81,65; apontando uma boa assistência ao pré-natal.

Ao se analisar alguns indicadores sociais e de infraestrutura constata-se discrepâncias entre as sub-regiões da RMVPLN, conforme quadro 11.

Quadro 11 - Indicadores sociais e de infraestrutura das sub-regiões, da RMVPLN e do Estado de São Paulo (*continuação...*).

Indicadores	Sub-região 1	Sub-região 2	Sub-região 3	Sub-região 4	Sub-região 5	RMVPLN	SP
Domicílios particulares com renda per capita até 1/4 do salário-mínimo (em %) - 2010	6,24	6,91	8,32	10,08	8,57	7,21	7,42
Domicílios particulares com renda per capita até 1/2 salário-mínimo (em %) - 2010	17,20	19,98	24,48	27,99	22,96	20,25	18,86
Coleta de lixo - nível de atendimento (em %) - 2010	99,72	99,52	99,56	99,38	99,72	99,63	99,66

Quadro 11 - Indicadores sociais e de infraestrutura das sub-regiões, da RMVPLN e do Estado de São Paulo (conclusão).

Esgoto sanitário - nível de atendimento (em %) - 2010	92,24	92,71	93,91	92,74	42,82	85,91	89,75
Abastecimento de água - nível de atendimento (em %) - 2010	97,84	97,43	98,68	98,82	82,65	95,85	97,91
Taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais (em %) - 2010	3,52	4,01	4,06	4,72	5,38	4,01	4,33

Fonte: Fundação Seade, 2021.

Dados do quadro 11 demonstram que a sub-região 4 é a mais pobre, com 27,99% dos domicílios com renda per capita de até meio salário-mínimo, resultado bem superior à média da RMVPLN 20,25% e do Estado de São Paulo 18,86%. Quanto ao esgoto sanitário e ao fornecimento de água tratada, o Litoral Norte apresentou os piores resultados 42,82% e 82,65% respectivamente, ambos inferiores às médias da região e do Estado. Quanto ao analfabetismo o melhor resultado é da sub-região 1, que apresenta uma taxa de 3,52%, inferior à média da região e do Estado e a taxa mais alta está na sub-região 5 de 5,38%, superior à região e ao Estado de São Paulo.

A análise dos indicadores sociais, de infraestrutura e de saúde da RMVPLN por sub-região permitiu a identificação de algumas discrepâncias, porém a lógica de regionalização que norteou a divisão em sub-regiões não favoreceu a identificação das grandes diferenças existentes dentro da região. Nesse sentido, o uso da divisão espacial proposta no Macro-Eixo Paulista de 1978 favoreceu a compreensão ampliada das diferenças e das discrepâncias existentes.

Para essa análise os dados disponíveis no site da Fundação Seade, foram agrupados nas 5 sub-regiões do Macro-Eixo Paulista: sub-região 1 Mantiqueira, sub-região 2 Dutra A, sub-região 3 Dutra B, sub-região 4 Alto Paraíba e sub-região 5 Litoral. Para favorecer a visualização dos indicadores socioeconômicos os dados foram divididos nos quadros 12 e 13.

Quadro 12 - Indicadores socioeconômicos segundo as sub-regiões do Macro-Eixo Paulista (A)
(continuação..).

	Município	População em 2021	Taxa de urbanização em 2021	Renda per capita em reais em 2018	Taxa de Analfabetismo em 2010	População de 18 a 24 Anos com Ensino Médio Completo em 2010
Sub-região 1 Mantiqueira	Igaratá	9.354	86,11	19.598,83	9,96	42,01
	Campos do Jordão	50.307	99,38	25.125,35	4,42	46,00
	Monteiro Lobato	4.491	44,53	14.850,46	10,49	49,29
	Piquete	13.621	77,39	11.994,38	4,80	64,07
	Santo Antônio do Pinhal	6.643	70,83	16.746,79	8,04	42,89
	São Bento do Sapucaí	10.539	51,97	19.352,98	8,45	48,05
	Total/média da sub-região 1	94.955	71,7	17.944,80	7,69	48,72
	Município	População em 2021	Taxa de urbanização em 2021	Renda per capita em reais em 2018	Taxa de Analfabetismo em 2010	População de 18 a 24 Anos Ensino Médio Completo em 2010
Sub-região 2 Dutra A	Caçapava	91.646	85,56	47.952,35	4,16	62,97
	Jacareí	229.163	98,62	56.524,94	3,79	64,35
	Pindamonhangaba	164.753	97,33	53.686,10	3,87	61,48
	Roseira	10.723	96,08	28.129,37	5,32	56,95
	São José dos Campos	716.688	97,97	57.105,31	2,96	63,15
	Taubaté	309.483	97,96	57.203,52	3,06	64,06
	Tremembé	46.364	93,24	16.761,19	3,86	46,95
	Total/média da sub-região 2	1.568.820	95,25	45.337,54	3,86	59,99

Quadro 12 -Indicadores socioeconômicos segundo as sub-regiões do Macro-Eixo Paulista (A)
(continuação..).

	Município	População em 2021	Taxa de urbanização em 2021	Renda per capita em reais em 2018	Taxa de Analfabetismo em 2010	População de 18 a 24 Anos com Ensino Médio Completo em 2010
Sub-região 3 Dutra B	Aparecida	35.744	98,55	30.440,63	3,43	55,30
	Cachoeira Paulista	32.381	83,65	19.119,92	4,18	60,79
	Canas	5.120	96,35	21.217,20	6,15	52,10
	Cruzeiro	80.128	97,75	30.683,22	2,86	66,26
	Guaratinguetá	118.741	95,38	48.406,98	2,91	61,40
	Lavrinhas	7.218	94,24	15.594,46	6,33	58,77
	Lorena	86.952	97,58	32.930,46	3,68	59,28
	Potim	20.815	75,83	10.640,01	4,60	40,27
	Queluz	12.735	82,02	27.112,76	6,52	57,84
	Total/média da sub-região 3	399.834	91,26	26.238,40	4,52	56,89
	Município	População em 2021	Taxa de urbanização em 2021	Renda per capita em reais em 2018	Taxa de Analfabetismo em 2010	População de 18 a 24 Anos com Ensino Médio Completo em 2010
Sub-região 4 Alto Paraíba	Arapeí	2.469	77,93	12.425,66	7,67	52,06
	Areias	3.860	67,05	11.328,50	8,44	48,65
	Bananal	10.691	84,85	17.476,68	8,07	56,27
	Cunha	21.660	63,45	11.944,94	10,52	43,07
	Jambeiro	6.272	47,88	39.305,69	7,14	64,12
	Lagoinha	4.821	71,56	11.745,69	10,50	49,05
	Natividade da Serra	6.703	42,53	10.833,44	16,56	36,28
	Paraibuna	18.304	30,15	15.438,28	9,22	45,03
	Redenção da Serra	3.834	73,58	13.846,17	10,38	35,37
	Santa Branca	14.212	88,21	17.338,60	6,86	58,42
	São José do Barreiro	4.073	79,79	13.018,81	11,04	35,16
	São Luiz do Paraitinga	10.584	60,01	15.618,64	10,03	51,35
Silveiras	6.240	54,23	11.958,72	10,89	47,95	
Total/média da sub-região 4	113.723	64,71	15.559,99	9,79	47,91	

Quadro 12 -Indicadores socioeconômicos segundo as sub-regiões do Macro-Eixo Paulista (A)
(conclusão).

	Município	População em 2021	Taxa de urbanização em 2021	Renda per capita em reais em 2018	Taxa de Analfabetismo em 2010	População de 18 a 24 Anos com Ensino Médio Completo em 2010
Sub-região 5 Litoral	Caraguatatuba	117.090	96,32	29.378,84	4,72	53,09
	Ilhabela	33.821	99,31	74.568,91	5,31	51,52
	São Sebastião	88.156	98,87	44.718,97	5,85	49,87
	Ubatuba	89.782	97,67	24.615,91	5,82	47,64
	Total/média da sub-região	328.849	98,04	43.320,66	5,42	50,53
TOTAL	Total/média da RMVPLN	2.506.181	94,77	50.856,02	6,25	52,81
	Total/média do Estado SP	44.892.912	96,56	50.247,86	4,33	57,89

Fonte: Fundação Seade, 2021.

Quadro 13 - Indicadores socioeconômicos segundo as sub-regiões do Macro-Eixo Paulista (B).

	Município	População com Menos de 15 Anos (Em %) - 2021	População com 60 Anos e Mais (Em %) - 2021	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM - 2010	Rendimento Médio do Total de Empregos Formais (Em reais correntes) - 2018	Domicílios Particulares com Renda per Capita até 1/2 salário-mínimo (Em %) - 2010
Sub-região 1 Mantiqueira	Igaratá	19,79	16,81	0,711	2.002,46	27,27
	Campos do Jordão	21,17	13,30	0,749	2.076,14	23,62
	Monteiro Lobato	16,61	18,77	0,710	1.909,55	28,61
	Piquete	17,36	20,39	0,757	2.281,77	26,83
	Santo Antônio do Pinhal	19,27	16,50	0,706	1.823,86	27,36
	São Bento do Sapucaí	16,54	19,79	0,720	1.757,11	31,38
	Total/média da sub-região 1	18,46	17,59	0,725	1.975,15	27,51
Sub-região 2 Dutra A	Caçapava	19,01	16,13	0,788	3.110,42	18,95
	Jacareí	19,52	16,06	0,777	3.243,26	19,25
	Pindamonhangaba	19,04	15,08	0,773	3.157,73	21,78
	Roseira	20,13	14,21	0,737	2.021,12	25,83
	São José dos Campos	19,43	15,11	0,807	3.651,66	15,59
	Taubaté	18,41	15,80	0,800	3.015,18	16,08
	Total/média da sub-região 2	18,85	15,24	0,781	2.948,76	19,76

Quadro 13 - Indicadores socioeconômicos segundo as sub-regiões do Macro-Eixo Paulista (B).
(conclusão)

	Município	População com Menos de 15 Anos (Em %) - 2021	População com 60 Anos e Mais (Em %) - 2021	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM - 2010	Rendimento Médio do Total de Empregos Formais (em reais correntes) 2018	Domicílios Particulares com Renda per Capita até 1/2 salário-mínimo (em %) - 2010
Sub-região 3 Dutra B	Aparecida	18,48	17,45	0,755	2.001,77	20,15
	Cachoeira Paulista	18,19	17,20	0,764	2.165,42	25,40
	Canas	22,29	12,62	0,704	2.017,70	39,09
	Cruzeiro	19,01	17,43	0,788	3.160,89	23,57
	Guaratinguetá	18,20	17,74	0,798	2.922,59	20,26
	Lavrinhas	22,00	13,02	0,729	1.862,86	40,14
	Lorena	19,59	17,06	0,766	2.581,24	23,78
	Potim	17,55	10,84	0,697	2.083,27	31,49
	Queluz	18,96	13,74	0,722	1.938,32	32,54
	Total/média da sub-região 3	19,36	15,23	0,750	2.303,78	29,53
Sub-região 4 Alto Paraíba	Arapeí	18,23	18,27	0,680	1.659,16	31,90
	Areias	20,96	14,92	0,697	1.511,79	45,98
	Bananal	19,26	18,28	0,733	1.980,55	32,49
	Cunha	17,50	18,38	0,684	1.926,58	43,44
	Jambeiro	18,45	15,69	0,756	3.104,21	19,11
	Lagoinha	16,20	20,78	0,693	1.688,22	31,96
	Natividade da Serra	18,53	21,80	0,655	2.189,41	39,28
	Paraibuna	20,51	16,95	0,719	2.240,42	28,07
	Redenção da Serra	18,18	20,34	0,657	1.219,45	40,62
	Santa Branca	17,60	17,91	0,735	1.930,55	22,83
	São José do Barreiro	18,73	17,75	0,684	2.234,30	38,88
	São Luiz do Paraitinga	18,09	19,26	0,697	2.316,59	32,31
	Silveiras	19,02	16,88	0,678	1.869,41	36,24
	Total/média da sub-região 4	18,56	18,25	0,700	1.990,05	34,08
Sub-região 5 Litoral	Caraguatatuba	20,03	14,66	0,759	2.621,66	23,39
	Ilhabela	21,07	11,59	0,756	2.720,34	19,11
	São Sebastião	20,21	11,96	0,772	3.479,97	20,05
	Ubatuba	19,41	13,78	0,751	2.150,69	26,54
	Total/média da sub-região 5	20,18	13,00	0,759	2.743,17	22,30
Total	Total/média da RMVPLN	19,19	15,51	0,734	3.091,61	20,25
	Total/média do Estado SP	18,77	15,75	0,783	3.378,98	18,86

Fonte: Fundação Seade, 2021.

Os quadros 12 e 13 demonstram diferenças significativas nos indicadores socioeconômicos entre as regiões ao se adotar a divisão regional proposta pelo Macro-Eixo Paulista. A sub-região do Alto Paraíba possui apenas municípios pequenos, com todos os indicadores inferiores às demais sub-regiões, caracterizando-se como uma região que sobrepõe problemas de ordem econômica e social. Apresenta a menor taxa de urbanização, menor renda per capita, a menor média de salários nos empregos formais, a maior porcentagem de domicílios vivendo com menos de meio salário-mínimo per capita, a maior taxa de analfabetismo e a menor porcentagem de pessoas que concluíram pelo menos o ensino médio, essa realidade é refletida em um IDHM de 0,700, bem inferior ao resultado da RMVPLN e do Estado de São Paulo.

No outro extremo está a sub-região Dutra A com a maioria dos municípios de médio e grande porte, concentrando mais da metade da população da região metropolitana, com todos os indicadores econômicos e sociais superiores às demais sub-regiões. Apresenta a segunda maior taxa de urbanização da região, maior renda per capita, a maior média de salários nos empregos formais, a menor porcentagem de domicílios vivendo com menos de meio salário-mínimo per capita, a menor taxa de analfabetismo e a maior porcentagem de pessoas que concluíram pelo menos o ensino médio, essa realidade é refletida em um IDHM de 0,781, bem superior ao resultado da RMVPLN e equivalente ao Estado de São Paulo.

Ao analisar as demais sub-regiões, o Litoral e a sub-região Dutra B apresentam resultados superiores à sub-região da Mantiqueira. Os indicadores econômicos são superiores no Litoral, com renda per capita de R\$43.320,66, maior média de salários nos empregos formais R\$2.743,17 e porcentagem de domicílios vivendo com menos de meio salário-mínimo per capita 22,30% superiores a sub-região Dutra B com renda per capita de R\$26.238,40, média de salários nos empregos formais R\$2.303,78 e porcentagem de domicílios vivendo com menos de meio salário-mínimo per capita 29,53%, já os indicadores sociais são superiores na sub-região Dutra B com taxa de analfabetismo 4,52% e porcentagem de pessoas que concluíram pelo menos o ensino médio de 56,89% e 5,42% e 50,53% respectivamente no Litoral. O IDHM do Litoral de 0,759 é um pouco superior à sub-região Dutra B de 0,750.

Além da análise comparativa dos indicadores socioeconômicos por sub-região, segundo a regionalização proposta pelo Macro-Eixo Paulista, é necessário verificar como essas desigualdades impactam nas estatísticas vitais e de saúde. Para favorecer a visualização dessas estatísticas os dados foram divididos nos quadros 14 e 15.

Quadro 14 - Estatísticas vitais e de saúde por município e sub-região do Macro-Eixo Paulista (A)
(continuação...)

	Município	Natalidade	Mortalidade Infantil	Mortalidade 15 a 34 anos	Mães menores de 18 anos	Porcentagem Cesárea	Porcentagem pré-maturo
Sub-região 1 Mantiqueira	Campos do Jordão	14,49	16,60	138,67	4,29	79,35	15,16
	Igaratá	15,44	6,99	173,73	5,59	43,94	15,57
	Monteiro Lobato	8,12	*	213,07	2,78	30,00	6,90
	Piquete	9,57	7,63	250,56	4,58	81,46	8,63
	Santo Antônio do Pinhal	11,80	51,28	47,48	1,28	72,00	13,51
	São Bento do Sapucaí	10,46	9,09	161,34	2,73	66,94	9,68
	Total da sub-região 1	11,65	15,26	164,14	3,54	62,28	11,57
Sub-região 2 Dutra A	Caçapava	13,49	15,54	109,04	3,43	65,90	11,08
	Jacareí	12,59	8,77	106,65	3,68	53,08	13,33
	Pindamonhangaba	13,78	9,40	108,72	4,71	56,06	14,09
	Roseira	14,61	12,99	151,33	5,19	70,50	6,52
	São José dos Campos	12,93	10,67	92,56	3,60	47,04	11,00
	Taubaté	12,69	8,79	96,88	3,80	62,57	10,75
	Tremembé	12,74	12,07	104,43	5,17	59,93	12,50
	Total da sub-região 2	13,26	11,17	109,94	4,22	59,30	11,32
Sub-região 3 Dutra B	Aparecida	12,29	9,13	102,49	4,12	75,15	8,45
	Cachoeira Paulista	11,80	18,52	152,44	4,50	81,71	10,55
	Canas	15,61	12,82	235,16	10,26	81,69	13,85
	Cruzeiro	11,45	12,06	189,35	6,26	64,05	10,01
	Guaratinguetá	13,27	11,52	117,38	4,36	77,41	10,72
	Lavrinhas	12,66	22,22	128,42	8,89	64,21	10,00
	Lorena	12,62	11,95	144,71	4,14	86,51	9,27
	Potim	11,23	8,66	121,18	6,06	71,48	6,11
	Queluz	9,02	35,40	145,38	8,85	70,29	10,00
	Total da sub-região 3	12,22	15,81	148,50	6,38	74,72	9,84

Quadro 14 - Estatísticas vitais e de saúde por município e sub-região do Macro-Eixo Paulista (A)
(conclusão)

	Município	Natalidade	Mortalidade Infantil	Mortalidade 15 a 34 anos	Mães menores de 18 anos	Porcentagem Cesárea	Porcentagem pré-maturo
Sub-região 4 Alto Paraíba	Arapeí	5,26	*	130,55	7,69	64,29	14,29
	Areias	12,81	*	*	6,12	75,00	13,89
	Bananal	6,51	28,99	31,57	8,82	65,59	9,76
	Cunha	12,27	3,76	29,65	4,14	70,97	13,30
	Jambeiro	11,40	28,57	*	5,71	42,47	9,09
	Lagoinha	12,66	*	*	4,92	47,83	9,09
	Natividade da Serra	8,22	18,18	*	5,45	56,45	11,29
	Paraibuna	9,75	5,65	35,40	7,91	42,40	4,67
	Redenção da Serra	13,28	*	87,57	*	4,20	51,16
	Santa Branca	10,75	*	139,11	5,92	43,14	16,89
	São José do Barreiro	9,58	25,64	156,49	17,95	53,66	10,00
	São Luiz do Paraitinga	9,38	10,10	95,97	7,14	42,99	8,41
	Silveiras	12,17	40,00	200,60	6,67	59,21	10,29
	Total da sub-região 4	10,31	13,40	69,76	6,80	51,40	14,01
Sub-região 5 Litoral	Caraguatatuba	14,96	10,50	138,90	4,90	63,17	8,97
	Ilhabela	16,44	12,92	73,27	5,35	31,22	7,71
	São Sebastião	13,56	12,89	116,71	4,30	54,25	7,57
	Ubatuba	15,04	10,59	120,14	5,07	56,32	12,24
	Total da sub-região 5	14,76	11,39	121,02	4,85	55,76	9,35
Total	RMVPLN	12,98	10,99	109,31	4,25	58,08	11,07
	Estado de SP	13,09	10,93	100,31	4,25	58,34	10,90

Fonte: Fundação Seade, 2021.

Quadro 15 - Estatísticas vitais e de saúde por município e sub-região do Macro-Eixo Paulista (B)
(continuação...).

	Município	Fecundidade	Mortalidade na infância	Porcentagem 7 consultas ou + de pré-natal	Porcentagem Baixo peso
Sub-região 1 Mantiqueira	Campos do Jordão	52,49	17,98	84,04	10,59
	Igaratá	59,91	6,99	75,57	9,85
	Monteiro Lobato	32,11	*	64,29	3,45
	Piquete	38,90	7,63	81,51	7,33
	Santo Antônio do Pinhal	45,83	51,28	86,49	8,11
	São Bento do Sapucaí	41,42	9,09	77,42	8,87
	Total da sub-região 1	45,11	15,49	78,22	8,03

Quadro 15 -Estatísticas vitais e de saúde por município e sub-região do Macro-Eixo Paulista (B)
(continuação...).

	Município	Fecundidade	Mortalidade na infância	Porcentagem 7 consultas ou + de pré-natal	Porcentagem Baixo peso
Sub-região 2 Dutra A	Caçapava	50,72	17,99	84,31	9,58
	Jacareí	47,38	10,88	76,30	9,03
	Pindamonhangaba	49,91	9,85	88,24	9,64
	Roseira	54,69	12,99	82,96	7,19
	São José dos Campos	47,40	12,32	82,07	8,93
	Taubaté	46,90	11,38	78,93	8,57
	Tremembé	48,33	12,07	78,07	11,21
	Total da sub-região 2	49,33	11,58	81,55	9,16
Sub-região 3 Dutra B	Aparecida	47,05	11,42	79,48	5,86
	Cachoeira Paulista	44,73	18,52	75,39	8,07
	Canas	58,43	12,82	63,64	12,68
	Cruzeiro	44,15	17,54	67,89	9,66
	Guaratinguetá	50,39	12,16	79,21	8,68
	Lavrinhas	47,17	33,33	61,70	9,78
	Lorena	48,15	14,71	76,07	6,63
	Potim	45,66	8,66	75,00	10,00
	Queluz	32,97	35,40	64,71	5,07
	Total da sub-região 3	46,52	18,28	71,45	8,49
Sub-região 4 Alto Paraiba	Arapeí	20,54	*	53,85	7,14
	Areias	47,67	*	64,10	15,00
	Bananal	25,57	28,99	74,70	4,30
	Cunha	48,24	7,52	68,52	8,89
	Jambeiro	42,53	42,86	81,16	9,59
	Lagoinha	51,13	*	73,33	10,87
	Natividade da Serra	35,53	18,18	62,30	9,68
	Paraibuna	38,19	5,65	58,60	5,07
	Redenção da Serra	55,25	*	73,81	16,28
	Santa Branca	41,13	6,58	68,46	10,46
	São José do Barreiro	37,39	25,64	63,16	4,88
	São Luiz do Paraitinga	37,63	10,10	76,70	12,26
	Silveiras	46,38	40,00	52,05	6,58

Quadro 15 -Estatísticas vitais e de saúde por município e sub-região do Macro-Eixo Paulista (B)
(conclusão).

	Total da sub-região 4	40,55	16,86	66,98	9,31
	Município	Fecundidade	Mortalidade na infância	Porcentagem 7 consultas ou + de pré-natal	Porcentagem Baixo peso
Sub-região 5 Litoral	Caraguatatuba	54,41	13,41	78,94	7,38
	Ilhabela	58,75	12,92	88,06	7,57
	São Sebastião	47,65	16,32	82,22	8,48
	Ubatuba	53,41	13,62	75,74	9,31
	Total da sub-região 5	54,41	14,13	79,89	8,19
Total	RMVPLN	48,12	12,96	79,60	8,78
	Estado SP	48,14	12,65	79,05	9,11

Fonte: Fundação Seade, 2021.

A análise das estatísticas vitais e de saúde não demonstrou discrepâncias tão grandes por região segundo o Macro-Eixo Paulista quanto os indicadores sociais e econômicos. Apesar de a sub-região Dutra A apresentar indicadores superiores às demais sub-regiões quanto a mortalidade infantil, mortalidade na infância e porcentagem de gestantes que realizaram sete consultas ou mais de pré-natal e a sub-região Alto Paraíba ter um resultado inferior na porcentagem de crianças com baixo peso ao nascer, porcentagem de recém-nascidos prematuros, menor porcentagem de gestantes que realizaram sete consultas ou mais durante o pré-natal e ter indicadores de mortalidade infantil e mortalidade na infância piores que o do Estado de São Paulo, não apresentou os piores resultados nesses indicadores como previsto, considerando-se o padrão dos indicadores sociais e econômicos.

A sub-região Dutra B teve os piores coeficientes de mortalidade infantil e mortalidade na infância da região. Esses dados parecem demonstrar que as condições econômicas e sociais dos municípios impactam nas estatísticas de vida e saúde, mas não são determinantes dos mesmos. Pode-se deduzir que o modo de organização das regiões de saúde da Rede de Atenção à Saúde- RRAS 17, em que os municípios médios e grandes atuam como referência para o atendimento ambulatorial especializado e hospitalar para os municípios pequenos interfere significativamente nos resultados de saúde da população desses municípios.

Os dados analisados anteriormente demonstram que diferentes arranjos regionais podem explicitar as diferenças e desigualdades existentes na região ou minimizá-las, dependendo da lógica de planejamento urbano e regional adotada. Como apontado por Gomes, Reschilian e Uehara (2018, p.164) o governo do Estado de São Paulo tem como eixo norteador para as ações de planejamento e desenvolvimento regional o Plano da Macrometrópole Paulista 2013-2040, que se constitui como um “projeto político para reforçar a liderança paulista no cenário nacional e o caráter macroestruturador do espaço metropolitano”. Esse projeto favorece as regiões do Estado mais desenvolvidas, com maior capacidade produtiva e tecnologia agregada por meio da constituição de eixos territoriais de modais de transporte e logística. Em consequência da priorização de investimentos nessas regiões, há a manutenção das desigualdades regiões e o subfinanciamento das regiões com menor apelo econômico e tecnológico.

Ao analisar os indicadores sociais e econômicos das RMVPLN, segundo a subdivisão proposta pelo Macro-Eixo Paulista constatam-se desigualdades significativas entre as sub-regiões Dutra A, Litoral, Dutra B e as sub-regiões Mantiqueira e Alto Paraíba. Tendo em vista que os dois vetores de desenvolvimento propostos pelo Plano da Macrometrópole Paulista 2013-2040 fortalecem o desenvolvimento da ligação entre a Região Metropolitana de São Paulo e os municípios de São José dos Campos e Taubaté (ambos pertencentes a sub-região Dutra A) e a ligação entre São Sebastião, São José dos Campos, Jacareí e as Regiões de Campinas e Sorocaba, deduz-se que este modelo de desenvolvimento irá aumentar ainda mais as desigualdades regionais existentes, não impactando de forma significativa nas sub-regiões Mantiqueira e Alto Paraíba.

O modelo de planejamento urbano e regional adotado pelo Plano da Macrometrópole Paulista 2013-2040 é contraditório aos objetivos da criação da RMVPLN, que previa: a) o planejamento regional para o desenvolvimento socioeconômico e a melhoria da qualidade de vida; b) a cooperação entre diferentes níveis de governo, mediante a descentralização, articulação e integração de seus órgãos e entidades da administração direta e indireta com atuação na região, visando ao máximo aproveitamento dos recursos públicos a ela destinados; c) a utilização racional do território, dos recursos naturais e a proteção do meio ambiente, dos bens culturais materiais e imateriais; d) a integração do planejamento e da execução das funções

públicas de interesse comum aos entes públicos atuantes na região; e) a redução das desigualdades regionais (SÃO PAULO, 2012a).

Essa compreensão está em consonância com as análises de Gomes, Reschilian e Uehara (2018, p.169), que apontam que a

localização estratégica da RMVPLN parece orientar a visão planificadora enquanto estrutura territorial instrumental para garantir a reprodução ampliada do modelo neoliberal de aproveitamento máximo das diferentes vantagens locacionais oferecidas. O reforço dessa lógica integradora de interesses hegemônicos, mas dissociada das reais demandas do desenvolvimento urbanorregional, poderá, muito provavelmente, acentuar ainda mais a desigual composição das realidades sub-regionais da RMVPLN.

4 EXPANSÃO E REFORMA UNIVERSITÁRIA E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

Esse capítulo apresenta os resultados obtidos, analisando a expansão e reforma universitária brasileira e as Diretrizes Curriculares Nacionais.

4.1 EXPANSÃO E REFORMA UNIVERSITÁRIA BRASILEIRA

Para compreensão do processo de expansão e reforma universitária brasileira foi realizada revisão de literatura com os descritores “expansão universitária” e “reforma universitária”. Para isso, foram considerados dois documentos emitidos pelo Ministério da Educação, bem como, dez artigos com abordagens voltadas à temática: Corbucci, 2004; Mancebo, 2004; Catani, Hey, Gilioli, 2006; Michelotto, Coelho, Zainko, 2006; Otranto, 2006; Oliveira, 2009; Dias Sobrinho, 2010; Caon, Frizzo, 2010; Pereira, 2010; Saviani, 2010; Sampaio, 2011; Sousa Junior, 2011; Castro, 2013; Gaspar, Fernandes, 2014; Barros, 2015; e Mancebo, do Vale e Martins, 2015; Borowsky, Silva, 2017.

A expansão universitária no País ocorreu em consonância com os processos de industrialização e urbanização ocorridos a partir da segunda metade do século XX. O aumento significativo da população vivendo nas cidades, a necessidade de mão de obra especializada para atuação nas indústrias e no setor de serviços, aliados à ampliação da capacidade de consumo de parte da população urbana, gerou forte pressão para o crescimento no número de vagas do ensino superior.

Até a década de 1960 havia um equilíbrio entre as Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas, que é alterado a partir da década de 1970. Com a perda da capacidade de investimento do Estado a partir da segunda metade desta década, devido à crise econômica mundial, e a pressão crescente da sociedade pela ampliação do ensino superior no País, há a necessidade de construção de mecanismos que viabilizassem a expansão da rede privada de ensino superior.

Para efetivação da educação como uma mercadoria a ser consumida foram necessárias diversas adequações na legislação e na política educacional no País. Essas

alterações se iniciaram no período militar, mas ganharam força e magnitude a partir dos governos neoliberais da década de 1990.

A adequação da legislação e das políticas públicas de educação teve início em 1961 com a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) e foram ampliadas na Reforma Universitária de 1968, em que ambos os instrumentos previam a participação do setor privado na educação de modo complementar ao Estado. Essas alterações propiciaram uma expansão significativa no número de matrículas no ensino superior de 1960 a 1980, saltando de 200 mil para 1,4 milhão e uma alteração na relação público/privada, sendo que no final deste período a rede privada de ensino superior já era responsável por 63% das matrículas e 77% das instituições de ensino superior (SAMPAIO, 2011).

A Constituição de 1988, a LDB de 1996 e os dispositivos legais emanados pelo Ministério da Educação (MEC) em 1997 influenciaram significativamente no ensino superior. A Constituição de 1988 ao deliberar sobre a autonomia das universidades, permitiu que elas pudessem criar, extinguir ou aumentar o número de vagas sem prévia aprovação do Conselho Federal de Educação, influenciou na criação de universidades privadas, que antes se constituíam prioritariamente em faculdades isoladas, saltando de 20 em 1985, para 64 em 1996 (SAMPAIO, 2011).

Outro dispositivo legal importante para a expansão universitária privada no País foi o decreto 2306 do Ministério da Educação de 1997, que abriu a possibilidade de as mantenedoras das instituições de ensino superior se constituírem como entidades com ou sem fins lucrativos. As entidades sem fins lucrativos poderiam estabelecer parcerias e receber recursos públicos e estariam mais suscetíveis ao controle estatal, em contrapartida as entidades lucrativas não poderiam receber recursos públicos, porém teriam menor controle estatal e passariam a ter natureza comercial, possibilitando o aumento na escala de seus ganhos com a atividade educacional (BRASIL, 1997).

Essas alterações legais e na política educacional do governo neoliberal da época, estavam em consonância com as orientações de organismos internacionais, como o Banco Mundial; o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD); o Fundo Monetário Internacional (FMI); a Organização Internacional do Comércio ou Organização Mundial do Comércio (OMC) e a Organização das Nações Unidas para a

Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), que buscavam financiar o desenvolvimento dos países subdesenvolvidos conforme os interesses do capital internacional; consolidadas em 2000 por meio do documento “La Educación Superior en los Países en Desarrollo: peligros y promesas” desenvolvido pelo Grupo Especial sobre Educação Superior e Sociedade da UNESCO e do Banco Mundial.

O referido documento, elaborado por especialistas de treze países, trouxe orientações para os responsáveis pela implementação das políticas de educação nos países subdesenvolvidos no sentido de melhorar, ampliar e modernizar seus sistemas de educação, vinculando o financiamento dessas melhorias ao cumprimento de um conjunto de condicionalidades articuladas às políticas neoliberais. Propunha a criação de um sistema diversificado de ensino superior, a partir da criação de universidades de pesquisa, em geral públicas, que buscavam a excelência na formação de uma pequena parcela da população destinada a ocupar os postos de destaque na sociedade; universidades regionais, que poderiam ser públicas ou privadas, e se destinavam à formação de uma grande quantidade de profissionais para o mercado de trabalho; institutos profissionais e institutos técnicos privados, com cursos de curta duração destinados à formação de técnicos afinados com as necessidades do mercado.

Além de propor a diversificação das IES segundo sua inserção no sistema de ensino superior, o documento propunha também a reformulação das universidades públicas com a introdução de modernas técnicas gerenciais, diversificação dos cursos e carreiras e a busca de financiamento privado, de modo a reduzir o gasto estatal com elas.

Apesar de estas orientações serem publicadas em 2000, elas já vinham sendo adotadas como diretrizes para o financiamento de reformas educacionais nos países subdesenvolvidos nas décadas anteriores e pode-se constatar que influenciaram inúmeras mudanças na legislação e na política educacional brasileira no período anterior e posterior a sua publicação.

O decreto 2036 do MEC, de 1997, já previa a possibilidade da constituição de universidades e centros universitários, sendo que as primeiras deveriam seguir a proposta constitucional da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e os últimos teriam como atribuição apenas o ensino. Esta lógica de divisão se assemelha

muito ao modelo de universidades de pesquisa e universidades regionais constante no documento supracitado (BRASIL, 1997).

Outro ponto de aproximação entre o documento do Banco Mundial/UNESCO com as mudanças do sistema de ensino superior do País na década de 1990, diz respeito às IES públicas, principalmente federais, que tiveram neste período uma reforma administrativa que buscava viabilizar a manutenção destas instituições de ensino com menor financiamento, devido à necessidade de ajuste fiscal e destinação de uma parcela maior dos recursos públicos para o pagamento da dívida pública. Este processo gerou um estrangulamento das IES federais e a perda na qualidade do ensino.

A primeira década do século XXI trouxe alguns movimentos de mudança de rumo na expansão do ensino superior e outros de continuidade e aprofundamento. O governo de esquerda iniciado em 2003 irá romper com algumas propostas neoliberais, a partir do fortalecimento do papel do Estado na economia e a ampliação das políticas sociais com impactos diretos na sociedade e, em especial, na educação. Porém, há de se analisar se estas propostas tiveram a capacidade de intervir nos rumos da expansão do ensino superior iniciada na década de 1960.

O novo governo tinha como meta o desenvolvimento econômico com redução das desigualdades sociais e redução da pobreza, sendo a democratização da educação uma de suas metas. Tendo em vista a expansão do acesso ao ensino superior no País e o cumprimento da meta do Plano Nacional de educação de 2001 que propunha que 30% dos jovens de 18 a 24 anos estivessem inseridos no ensino universitário, o governo propôs um conjunto de ações a partir da criação dos seguintes Programas: Programa Universidade para Todos (PROUNI); Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI); Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB); Programa EXPANDIR; Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) e Programa de Bolsa Permanência.

A análise dos programas adotados pelo Governo Federal a partir do ano 2000 aponta que o REUNI, o Programa EXPANDIR, o PNAES e o Programa de Bolsa Permanência favoreceram a ampliação do número de vagas nas universidades federais, a interiorização destas universidades por meio da criação de novos campi e a conclusão

dos cursos pelos alunos mais carentes, rompendo assim com a lógica neoliberal de redução do financiamento das IES públicas. Essas medidas associadas à política de cotas favoreceram o acesso dos estudantes de baixa renda às IES públicas.

Apesar de diversos autores (SOUSA JUNIOR, 2011; BARROS, 2015; LIMA, MACHADO, 2016; ALBERTO, 2014; AMBROSIO; FANTINI; KARWOSKI, 2011; PEREIRA; SILVA, 2010; CASTRO, 2013) salientarem os avanços no ensino superior público no período de 2003 a 2015, alguns (BOROWSKY; SILVA, 2017; MANCEBO, 2004; MANCEBO; VALE; MARTINS, 2015) apontam que as reestruturações propostas para as universidades federais no mesmo período se deram em uma lógica neoliberal, vinculando o repasse de novos recursos a reformas administrativas e de gestão, a ampliação do número de alunos sem a contratação de docentes na mesma proporção e a criação de novos cursos com menor reconhecimento social e de baixo custo.

As ações do Governo Federal possibilitaram uma ampliação no número de alunos na rede pública de ensino superior, que passou de 944.584 em 2001 para 1.643.298 em 2010, porém a rede privada teve no mesmo período, um aumento ainda mais significativo, de 2.091.529 para 4.736.001, contemplando 74,2% do total de alunos (INSTITUTO..., 2012).

A ampliação do ensino superior privado no País, na primeira década do século XXI, está relacionada a ações do governo, como o financiamento público para estudantes universitários em instituições privadas (PROUNI e FIES).

O PROUNI é o Programa com maior impacto na ampliação do acesso ao ensino superior neste período e, também, o mais controverso. Segundo a Lei nº 11.096, de 2005, que cria o PROUNI é

destinado à concessão de bolsas de estudo integrais e bolsas de estudo parciais de 50% (cinquenta por cento) ou de 25% (vinte e cinco por cento) para estudantes de cursos de graduação e sequenciais de formação específica, em instituições privadas de ensino superior, com ou sem fins lucrativos.

As instituições privadas de ensino superior que aderem ao PROUNI obtêm isenção de uma série de impostos e os beneficiários deste Programa são estudantes que tenham cursado o ensino médio completo em escola da rede pública ou em instituições privadas

na condição de bolsista integral; estudantes portadores de deficiência e professores da rede pública de ensino, para os cursos de licenciatura, normal superior e pedagogia. As bolsas integrais são destinadas a cidadãos que cumpram os requisitos anteriores e que tenham renda familiar mensal per capita inferior a um salário-mínimo e meio. As bolsas parciais de 50% e 25% para cidadãos que cumpram os requisitos anteriores e que a renda familiar mensal per capita não exceda três salários-mínimos.

Autores como (SAVIANI, 2010; MANCEBO, 2004; MANCEBO; VALE; MARTINS, 2015; LIMA, 2011) apontam que o PROUNI é um Programa construído segundo a lógica neoliberal, em que o Estado renuncia à arrecadação de impostos das IES privadas e essas fornecem bolsas para alunos de baixa renda. As bolsas oferecidas em contrapartida à isenção fiscal praticamente não oneram as IES privadas porque vem ocupar um conjunto de vagas historicamente ociosas, sendo assim um duplo benefício para elas.

Além do PROUNI, a criação do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) também teve um impacto significativo na ampliação das vagas nas IES privadas. O FIES é um Programa do MEC destinado a financiar a formação universitária de estudantes matriculados em cursos privados com boa avaliação. O FIES prevê uma taxa de juros pré-definida e abaixo do mercado, um período de 18 meses de carência para o início do pagamento em um prazo três vezes superior ao tempo do curso (BRASIL, 2001a).

O PROUNI e o FIES se complementam como ações que viabilizam a expansão universitária privada no País, enquanto o PROUNI garante a redução do custo com impostos a partir da ocupação de vagas ociosas, o FIES assegura o preenchimento de uma porcentagem considerável das vagas ofertadas pelas IES privadas, sem o risco da inadimplência, um dos pesadelos do setor. Além disso, os dois programas favorecem a inclusão no mercado consumidor de educação superior de uma parcela da população de baixa renda que historicamente esteve excluída desse mercado.

A importância do FIES para manutenção e ampliação do setor privado de ensino superior é tão grande que os gigantes do setor no Brasil (Anhanguera Educacional, Cogna Educação e YDUQS Estácio) apontam que mais de 40% do seu faturamento

advém dos recursos do programa de financiamento estudantil do Governo Federal (GASPAR; FERNANDES, 2014).

Outro ponto a ser ressaltado na recente expansão universitária privada no País é a tendência crescente de constituição de oligopólios educacionais. Essa é uma tendência articulada com o capitalismo mundial, em que as grandes empresas vêm adquirindo cada vez mais as pequenas e médias empresas constituindo grandes oligopólios, muitas vezes com atuação em diversos setores da economia.

A constituição de oligopólios educacionais está associada ao movimento de mercantilização da educação em execução no País. Além da ampliação cada vez maior na proporção de alunos na rede privada de ensino superior, há uma tendência de ampliação das IES privadas com fins lucrativos, as quais em 2014 já superavam em 50% as demais categorias de IES, no que se refere ao número de alunos matriculados neste nível de ensino. Este patamar é surpreendente em comparação a outros países da América Latina, equiparado apenas ao Chile, El Salvador, Peru e Costa Rica e superior a todos os outros (GASPAR; FERNANDES, 2014).

A constituição de oligopólios educacionais no País está associada ao processo de globalização, em que o capital transita de modo fluido por diversas partes do mundo em busca da ampliação dos mercados consumidores, da aplicação financeira e de melhores margens de lucro. Nesse sentido, a oligopolização do ensino superior tem como uma das suas características a entrada de capital internacional no setor mediante a aquisição de IES privadas nacionais por redes internacionais e/ou a aquisição de ativos na bolsa de valores de grupos nacionais por grupos internacionais, sendo estes em grande parte adquiridos por instituições financeiras.

Segundo Oliveira (2009) a movimentação de capitais do setor privado no Brasil atingiu cifras bilionárias em 2008, atingindo R\$ 90 bilhões. O autor acrescenta que, a movimentação de capital observada está em consonância com a mercantilização da educação em nível mundial, que em 2005 movimentou nada menos que US\$ 2,2 trilhões

O fenômeno da mercantilização e oligopolização do ensino superior no País atinge cifras surpreendentes. Em 2011, 36 grupos educacionais já operavam ativos na bolsa de valores, em 2014, sete grupos eram responsáveis por 35% do mercado (1.794.000

alunos) no País. A fusão em 2012, da Kroton Educacional S.A de Belo Horizonte com a Anhanguera Educacional Participações S.A de São Paulo, constituiu o maior grupo educacional do mundo, com 839 mil alunos, correspondente a 16% de todo o mercado de ensino superior no País. Esses grupos além de movimentarem cifras milionárias passam a ter um poder econômico e político significativo junto ao governo (GASPAR; FERNANDES, 2014).

A expansão do ensino superior na segunda década do século XXI segue o mesmo padrão da década anterior, sendo pautada na ampliação do setor privado, majoritariamente em instituições com fins lucrativos e concentradas em grandes grupos educacionais. Em 2019, o número de alunos matriculados no ensino superior chega a 8.603.824 alunos, sendo destes 6.523.678 (75,3%) em IES privadas e 2.080.146 (24,7%) em IES públicas (INSTITUTO..., 2019).

4.2 AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS – DCNs

Em 2001 o Ministério de Educação e Cultura (MEC) iniciou a regulamentação dos cursos de graduação por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais, a fim de orientar os princípios, fundamentos e as condições necessárias para a formação profissional. Os cursos de Enfermagem, Serviço Social e Medicina tiveram suas DCNs publicadas em 2001, 2002 e 2014, respectivamente. Foram organizadas de maneira diversa, conforme as características de cada um dos três cursos.

As DCNs do curso de Enfermagem, em seu artigo 3º, estabelece o perfil do egresso

Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001b, p. 1).

As DCNs do curso de Medicina, no artigo 3º apontam que

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014, p. 1).

As DCNs da graduação em Enfermagem estabelecem que os enfermeiros devem ter habilidades e competências vinculadas a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, educação permanente, administração e gerenciamento. Para a graduação em Medicina as DCNs indicam que os médicos deverão ter competência nas áreas de Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde.

Estes documentos trazem um compromisso com a formação de profissionais preparados para atuar prioritariamente no Sistema Único de Saúde. As DCNs de Enfermagem registram que

a formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2001b, p. 3).

As diretrizes de Medicina ressaltam que os médicos devem ter

capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014, p. 4).

Nesse sentido, as DCNs trazem uma orientação clara que a formação deve preparar enfermeiros e médicos para atuação no SUS, se contrapondo a lógica capitalista, em que a formação deve estar pautada pelo mercado.

Outro ponto a ser ressaltado nas DCNs dos cursos de Enfermagem e Medicina é o olhar ampliado de saúde, contemplando suas dimensões biopsicossociais. Essa compreensão ampliada permite a apreensão dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença presentes em cada um dos territórios. Contrapõe-se ao modelo hegemônico de formação dos profissionais de saúde no Brasil, baseado no

Relatório Flexner, de caráter biologicista, medicalizante e procedimento-centrada, com foco nos conteúdos organizados de modo isolado e fragmentado nas especialidades clínicas, separando áreas básicas e clínicas, tendo como lócus prioritário para aprendizagem o hospital.

Essa visão fica clara nas DCNs de Enfermagem ao apontar que

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Enfermagem (BRASIL, 2001b, p. 4).

Também é trazida de forma explícita nas DCNs de Medicina, ao ressaltar que

Na atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social (BRASIL, 2014, p. 1).

Essa orientação favorece a ruptura do modelo hegemônico de formação na área da saúde, porém é necessário verificar como as DCNs abordam a articulação teórico-prática, a metodologia de ensino, o lócus de aprendizado e a articulação entre as disciplinas.

Analisando as DCNs do curso de Enfermagem constata-se a preocupação com a articulação teórico-prática e a utilização de metodologias de ensino que tragam o aluno para o centro do processo formativo. Essa orientação fica clara no artigo 9º que aponta que o projeto pedagógico deve ser “construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem” (BRASIL, 2001b). O artigo 14º ressalta que o curso de graduação em Enfermagem deve articular ensino, pesquisa, extensão e assistência; que as atividades teórico-práticas devem ser realizadas desde o início do curso de forma integrada e interdisciplinar; propiciar uma educação para cidadania; adotar metodologias de ensino-aprendizagem que favoreçam a análise crítica da realidade; práticas pedagógicas que articulem o aprendizado com a prática e o convívio; a utilização de estratégias que estimulem a discussão e a construção coletiva do conhecimento (BRASIL, 2001b).

As DCNs do curso de Medicina também abordam essa questão, afirmando que o projeto pedagógico deve ser construído coletivamente “centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo”. Também apontam que a graduação em Medicina deverá articular ensino, pesquisa e extensão por meio da assistência à saúde. Enfatizam a importância de o aluno ser protagonista em seu processo de aprendizagem, inserindo os alunos desde o começo do curso nas redes de serviços de saúde, de modo que aprenda a considerar as necessidades de saúde da população da região em que está inserido. Ressaltam, ainda, que a formação precisa envolver as dimensões biológica, psicológica, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais (BRASIL, 2014).

As DCNs dos cursos de Enfermagem e Medicina têm aspectos semelhantes, porém as DCNs de Medicina são mais detalhadas e enfáticas sobre a importância dos alunos terem contato com as políticas públicas de saúde em seus elementos assistenciais, de gestão e de educação em saúde. Nessas, é apontada a necessidade de os alunos serem inseridos em unidades de saúde dos três níveis de atenção do SUS, permitindo o contato com usuários e profissionais desses serviços, vivenciando a atuação em equipes de saúde em realidades concretas, com seus desafios e potencialidades (BRASIL, 2014).

Quanto ao locus de formação, as DCNs de Enfermagem enfatizam que a graduação deverá assegurar aos estudantes a realização de estágios “em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades” (BRASIL, 2001b).

Sobre esse tema, as DCNs de Medicina apontam que, no mínimo, 30% da carga horária de estágio deverá ser realizada na atenção básica, prioritariamente, em Unidades de Saúde da Família e comunidades. Os 70% restantes “do Internato incluirão, necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental” (BRASIL, 2014).

A ampliação do locus da formação, principalmente das atividades práticas, para outros pontos da rede de saúde, além do ambiente hospitalar, é um grande avanço para formação de enfermeiros e médicos, que historicamente realizaram os estágios

curriculares quase que exclusivamente em ambiente hospitalar. Essa mudança favorece a ampliação do olhar para o processo saúde-doença-cuidado, por possibilitar aos alunos contatos com os diversos serviços existentes no sistema de saúde. Nesse sentido, as DCNs dos cursos de Enfermagem e Medicina propõem a ruptura com o modelo hegemônico de formação em saúde, tendo foco nos processos formativos em consonância com a política de saúde, e como um dos eixos norteadores da interação ensino-serviço.

As DCNs do curso de Serviço Social não seguem o mesmo modelo de organização das DCNs dos cursos de Enfermagem e Medicina, apontando apenas que o Projeto Pedagógico do curso deverá contemplar:

- a) o perfil dos formandos;
- b) as competências e habilidades gerais e específicas a serem desenvolvidas;
- c) a organização do curso;
- d) os conteúdos curriculares;
- e) o formato do estágio supervisionado e do Trabalho de Conclusão do Curso;
- f) as atividades complementares previstas (BRASIL, 2002, p. 1).

Em uma primeira aproximação parece que a singularidade e o modo conciso como elas foram formuladas impede uma análise mais aprofundada sobre sua capacidade de orientar a organização e o funcionamento dos cursos de graduação em Serviço Social, porém ao cotejar as DCNs com os estudos sobre as transformações nos processos formativos na área verifica-se movimentos mais amplos que devem ser analisados.

As Diretrizes Curriculares Nacionais construídas coletivamente pelas entidades representantes dos assistentes sociais estão em consonância com o Projeto Ético Político do Serviço Social, que tem como eixo estruturante a emancipação dos cidadãos e a garantia de direitos, introduzindo o caráter histórico-crítico na formação. Porém as DCNs aprovadas e publicadas pelo Ministério da Educação trouxeram alterações significativas na proposta original, retirando todo o caráter crítico-reflexivo do documento, se alinhando com as propostas neoliberais do Governo Federal da época.

A análise das DCNs do curso de Serviço Social permitiu verificar seu caráter burocrático, desprovido do compromisso ético-político da categoria com a ampla garantia de direitos e o combate ao projeto neoliberal.

5 PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE MEDICINA, ENFERMAGEM E SERVIÇO SOCIAL E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

A análise dos projetos pedagógicos possibilita compreender a influência das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) na organização dos cursos e nos processos formativos. Neste capítulo são apresentadas informações contidas nos projetos pedagógicos dos cursos de Medicina da Universidade de Taubaté (UNITAU); enfermagem e Serviço Social da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), de modo a relacionar algumas questões presentes em tais Projetos, como: o perfil do egresso; a compreensão de saúde pelos discentes dos cursos de Enfermagem e Medicina e da questão social por parte dos discentes do curso de Serviço Social; a atuação profissional de caráter individual ou coletiva; a prática profissional com caráter emancipatório ou opressor; a compreensão de território; a metodologia de ensino; a inserção do discente na prática; interdisciplinaridade e intersetorialidade, com as DCNs.

5.1 PERFIL DO EGRESSO

Este tópico busca compreender o perfil do egresso presente nos projetos pedagógicos dos cursos estudados. O projeto pedagógico da Faculdade de Medicina da UNITAU revela que o médico formado por esta IES

estará preparado para: exercer a profissão médica, como generalista; atuar no processo de saúde-doença, sob a ótica da integralidade, em seus diferentes níveis de atenção; percorrer o caminho da ética, do profissionalismo e da cidadania; avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas; exercer a responsabilidade social com postura humanística, visão crítica, espírito investigativo e autonomia na busca do conhecimento; agir na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência; e ainda, dar continuidade ao seu aprendizado durante o decorrer de sua vida profissional (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, 2016, p. 11).

O profissional médico terá um perfil generalista, devendo atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, em consonância com o princípio da integralidade, a partir de conhecimento técnico-científico, de forma humanizada e com compromisso social. Esse perfil de egresso parece estar em consonância com a lógica

abrangente proposta pelas DCNs do curso de Medicina, rompendo com o modelo hegemônico de formação centrado nos fatores biológicos do processo saúde-doença, tendo o hospital como locus prioritário para formação e prioridade para especialização.

O perfil do egresso proposto pelo projeto pedagógico do curso de Enfermagem da UNIVAP aponta para formação de enfermeiros generalistas e promotores de saúde e traz um conjunto de capacidades que o profissional deverá ter. Desse conjunto vale destacar que o enfermeiro deve

[...] estar apto ao exercício das atividades em amplo mercado de trabalho, com oportunidades de atuação em hospitais, ambulatórios, unidades básicas de saúde, empresas, creches, residências de idosos e escolas dentre outros;

Apresentar sólida formação técnico-científica, humanística e ética, e estará capacitado para um desempenho eficiente e efetivo de suas competências e funções de assistência, de pesquisa, de educação, de administração e integrativas;

Atuar em todos os níveis de atenção à saúde, inserindo-se em programas de prevenção, promoção, manutenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade, de forma compromissada e consciente das repercussões político - sócio - econômicas da problemática de saúde e sua responsabilidade com a realidade social;

Atuar com a equipe multiprofissional em todos os níveis de atenção à saúde, aplicando uma perspectiva transdisciplinar no processo saúde-doença comprometidos com o ser humano (indivíduo, família e comunidade), respeitando-o e valorizando-o;

Comunicar-se de modo eficaz com o paciente, concentrando-se na compreensão dos seus problemas, expressando atitude de empatia e construindo relação Enfermeiro-paciente baseada na abertura e confiança;

Compreender o impacto da doença na vida do paciente e da família e identificar aspectos familiares, comunitários e ambientais que possam ter influência no problema, avaliando a interação entre o paciente e o seu contexto em termos de prevenção e de promoção da saúde;

Exercer atividades referentes à saúde da população, compreendendo a realidade social, cultural e econômica do seu meio de forma articulada ao contexto social de maneira participativa e de contribuição

Interagir com a equipe multidisciplinar e profissional, de forma trans e interdisciplinar compreendendo a relação saúde, doença e morte, visando a promoção da saúde e fundamentando-se em princípios de cidadania, ética e na convicção científica;

Combinar o tratamento preventivo, curativo, restaurador e reabilitador, solucionando as necessidades do paciente;

Dedicar-se aos cuidados primários da saúde, com base em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis [...] (UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 2016, p. 31).

O projeto pedagógico traz um perfil profissional abrangente que aponta que o enfermeiro deve estar apto a atuar em diferentes serviços de saúde, nos três níveis de atenção, segundo parâmetros técnico-científicos, humanísticos e éticos. Inserindo-se em programas de prevenção, promoção, manutenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Considerando a realidade social, cultural e econômica do contexto social que os pacientes atendidos estão inseridos. Atuando em equipes multiprofissionais em uma perspectiva transdisciplinar. Esse perfil profissional é amplo e está em consonância com as DCNs do curso de Enfermagem, rompendo com o modelo hegemônico de formação em saúde.

O projeto pedagógico do curso de Serviço Social oferecido pela UNIVAP indica que o profissional deverá ser formado segundo as DCNs do MEC de 2002 e as DCNs da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS de 1996, ressaltando que o profissional formado deverá estar

comprometido com a educação integral e a formação do cidadão, com a promoção da saúde nos diversos níveis de atuação, e que tenha desenvolvido a capacidade de compreensão e intervenção na estrutura e funcionamento da sociedade, com abordagem interdisciplinar e a partir de uma visão histórica, ética e política.

Dessa forma, o Assistente Social é um profissional que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, por meio de políticas sociais públicas, empresariais, de organizações da sociedade civil e de movimentos sociais (UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 2017, p. 33).

Ao manifestar no projeto pedagógico do curso que o profissional deverá ser formado segundo as DCNs do MEC e da ABEPSS, afirma o alinhamento com o Projeto Ético Político do Serviço Social, construído coletivamente e o enfrentamento do projeto neoliberal que vem sendo implantado no País. Nesse sentido, enfatiza que o assistente social deve ser um profissional com uma formação intelectual e cultural generalista e crítica, sendo capaz de

Propiciar condições para a transformação da realidade da região, visando à justiça social, com desenvolvimento sustentável.

Compreender o significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico, desvelando as possibilidades de ações contidas na realidade;

Identificar as demandas presentes na sociedade visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social;

Compreender as políticas públicas e políticas sociais;
Elaborar, executar e avaliar planos, programas e projetos na área social;
Contribuir para viabilizar a participação dos usuários nas decisões institucionais;
Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
Realizar pesquisas que subsidiem formulação de políticas e ações profissionais;
Prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública, direta, indireta e fundacional, a empresas privadas e movimentos sociais, em matéria relacionada às políticas sociais e à garantia dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
Orientar a população na identificação de recursos para o atendimento e defesa de seus direitos;
Realizar visitas, perícias técnicas, laudos, informações e pareceres sobre matéria de Serviço Social;
Educar para conservação e preservação da natureza, inclusive por projetos de ação e desenvolvimento sustentável de comunidades urbanas e rurais (UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 2017, p. 34).

5.2 A CONCEPÇÃO DE SAÚDE E DA QUESTÃO SOCIAL

A compreensão da concepção de saúde (nos cursos de Enfermagem e Medicina) e da questão social (no curso de Serviço Social) adotada nos projetos pedagógicos dos cursos é fundamental, pois dependendo dessas concepções os processos formativos poderão ter um caráter transformador das práticas profissionais, comprometidos com as transformações sociais e com a garantia dos direitos sociais ou um caráter tradicional, fortemente influenciado pela lógica capitalista, mantenedor das enormes desigualdades sociais e exclusão de uma parcela significativa da população existente em nosso país. Estes conceitos não aparecem de modo explícito nos projetos pedagógicos dos cursos estudados, porém permeiam os objetivos dos cursos, o perfil do egresso e a organização curricular.

A compreensão ampliada de saúde, conforme proposto nas DCNs do curso de Medicina, parece influenciar a construção do projeto pedagógico, ao ressaltar que o aluno não se pode ater apenas aos aspectos físicos e biológicos do processo saúde-doença, deve conhecer os indivíduos e as comunidades, de modo a intervir nas necessidades de saúde e responder aos principais problemas de saúde da população (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, 2016).

O projeto pedagógico do curso de Enfermagem reconhece a saúde como um direito de todos e propõe que o enfermeiro seja um profissional comprometido com a realidade social, atuando para a manutenção de condições dignas de vida, exercendo sua profissão de forma articulada com o contexto social, atendendo as necessidades básicas do indivíduo, da família e da comunidade (UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAIBA, 2016).

O curso de Serviço Social traz em seu projeto pedagógico o compromisso com a ruptura do modelo assistencialista, benemerente e moralista presente na prática dos assistentes sociais e nas políticas sociais anteriores a constituição de 1988, propondo um profissional que atue “nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, por meio de políticas sociais públicas, empresariais, de organizações da sociedade civil e de movimentos sociais” (UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAIBA, 2017, p. 32).

5.3 A ATUAÇÃO PROFISSIONAL INDIVIDUAL OU COLETIVA

Cada vez mais fica clara a importância da atuação multiprofissional e interdisciplinar nas políticas sociais, pois a produção do cuidado em saúde e da cidadania não se efetiva apenas pela atuação isolada de uma categoria profissional, sendo necessária a articulação de um amplo conjunto de saberes e práticas profissionais.

Apesar de o projeto pedagógico do curso de Medicina ressaltar a importância de uma compreensão ampliada sobre o processo saúde-doença e enfatizar o princípio da integralidade como um norteador da prática profissional, não aborda a questão da atuação em equipes multidisciplinares, tendo como foco a prática médica, em seus diversos lócus de atuação.

O plano pedagógico do curso de Enfermagem aborda em vários momentos a prática do enfermeiro e ressalta de forma explícita a importância da atuação em equipes de Enfermagem e em equipes multiprofissionais de forma interdisciplinar e transdisciplinar para garantia da saúde e produção do cuidado em saúde.

O projeto pedagógico do Serviço Social propõe uma prática comprometida com a transformação social e a garantia universal dos direitos sociais, uma atuação multiprofissional, segundo uma visão transdisciplinar, por meio de políticas sociais.

Esse é um ponto que há divergência entre as duas universidades estudadas, os cursos de Enfermagem e Serviço Social da UNIVAP enfatizam a atuação multiprofissional de caráter interdisciplinar e o curso de Medicina da UNITAU não aborda essa questão, focando seu projeto pedagógico na prática médica.

5.4 PRÁTICA PROFISSIONAL COM CARÁTER EMANCIPATÓRIO OU TUTELAR

Dependendo das concepções dos profissionais sobre saúde, cidadania e seu papel na sociedade, os profissionais poderão ter práticas que favoreçam a emancipação e a autonomia dos usuários ou práticas de caráter tutelar.

Sobre esse tema, o projeto pedagógico do curso de Medicina aponta que o aluno deve desenvolver uma visão “humanística, postura ética, compromisso com a cidadania, senso de responsabilidade social” (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, 2016, p. 10), trazendo indiretamente um caráter emancipatório da prática médica, apesar de não abordar diretamente a questão da autonomia do usuário.

O projeto pedagógico do curso de Enfermagem não traz de modo explícito o compromisso com uma prática emancipadora que amplie a autonomia dos usuários, porém traz um conjunto de valores e diretrizes que parecem estar alinhados com esses princípios. Ressalta que o enfermeiro deverá ter postura ética e consciência crítica, atuar para manutenção da saúde, bem-estar e qualidade de vida, buscando a elevação do homem e a transformação da sociedade.

A postura emancipadora, de ampliação da autonomia e da garantia de direitos sociais aparece de forma explícita no projeto pedagógico do curso de Serviço Social, sendo um de seus princípios básicos. Em vários momentos do documento é reafirmado o compromisso ético-político do assistente social com a transformação da sociedade e com a redução das desigualdades sociais e da exclusão social. A prática profissional busca o fortalecimento da cidadania e da participação popular. Esse modo de

compreensão da prática profissional do assistente social está alinhado com o código de ética da categoria e as Diretrizes Curriculares Nacionais da ABEPSS.

5.5 COMPREENSÃO DO TERRITÓRIO E SUA RELEVÂNCIA

As políticas sociais de saúde e assistência social, a partir da Constituição de 1988, se constituíram como políticas de base territorial. A efetivação das políticas sociais a partir dos territórios com suas características socioeconômicas, políticas e culturais, se dá em grande medida pela prática cotidiana dos profissionais na relação com os usuários. A atuação profissional é influenciada pela formação dos profissionais, sendo um dos objetivos dessa pesquisa compreender a concepção de território e como o tema é abordado na formação de enfermeiros, médicos e assistentes sociais.

O projeto pedagógico do curso de Medicina revela que o profissional deverá ter “domínio de conteúdos e habilidades que lhe possibilitem conhecer o homem no seu ambiente natural, na família e em seu local de trabalho, desenvolvendo atividades que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença” (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, 2016, p. 3). Salaria que o aluno deve conhecer os indivíduos e as comunidades que estão inseridos de modo a poder intervir nas necessidades de saúde e resolver grande parte dos problemas de saúde da população.

Apesar de o projeto pedagógico do curso de Medicina não abordar o conceito de território e sua relevância na formação e atuação profissional, ao compreender o indivíduo em seu contexto e inserção na comunidade, aponta para necessidade de se considerar o indivíduo em sua dimensão socioeconômica, espacial e cultural, na solução dos problemas de saúde da população, rompendo assim com a visão estritamente biológica do processo saúde-doença.

O conceito de território e sua importância na formação e atuação dos profissionais de Enfermagem são abordados de forma indireta no projeto pedagógico do curso de Enfermagem ao afirmar que os alunos são compreendidos a partir de sua inserção no contexto social, político e econômico, devendo ser preparados para ser um profissional capaz de promover transformações na sociedade e na região que atua e o atendimento

das necessidades básicas do indivíduo, da família e da comunidade. Essa compreensão traz uma responsabilização clara com o contexto que está inserido, ou seja, o território usado, conforme trabalhado por Milton Santos.

Como nos demais cursos, o projeto pedagógico do curso de Serviço Social também não aborda de forma explícita o conceito de território, porém em vários momentos enfatiza que o profissional formado na instituição deverá ter um olhar crítico para realidade que atua, compreendendo sua dimensão sócio-histórica, atuando para redução das desigualdades sociais, inclusão social e garantia dos direitos universais dos cidadãos.

Os projetos pedagógicos dos cursos de Enfermagem e Serviço Social da UNIVAP trazem uma ampla caracterização da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte (RMVPLN), principalmente da Microrregião do Médio Vale, que compreende os municípios de São José dos Campos, Caçapava e Taubaté, ressaltando suas características socioeconômicas e a rede de serviços públicos, afirmando o compromisso com a formação de profissionais capazes de atuar nas políticas sociais, enfrentando os desafios existentes.

O projeto pedagógico do curso de Enfermagem traz um compromisso com o fortalecimento do SUS na região e o do curso de Serviço Social aponta a necessidade de transformação das práticas dos assistentes sociais de um caráter benemérito, caritativo e assistencialista, para uma prática que valorize a autonomia dos indivíduos, a construção da cidadania e a participação popular.

5.6 METODOLOGIA DE ENSINO

A análise das metodologias de ensino utilizadas no processo formativo dos profissionais traz elementos significativos sobre o perfil do egresso e de sua capacidade de reflexão crítica sobre o conhecimento adquirido. As metodologias ativas favorecem o envolvimento e a corresponsabilização dos alunos com a sua formação, possibilitando aprendizagens significativas, em que os conhecimentos novos dialogam com os saberes, experiências e vivências prévias dos estudantes.

O projeto pedagógico do curso de Medicina não explicita as metodologias utilizadas na formação, porém ressalta que deverão ser utilizadas

estratégias pedagógicas e recursos de ensino que favoreçam a auto aprendizagem têm sido utilizados, seguidos de discussões, reflexão e propostas de intervenção, motivando os alunos na busca ativa de informações e contribuindo para formação do médico com o perfil profissional preconizado pelas Novas Diretrizes Curriculares (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, 2016, p. 8).

Apresenta como um dos objetivos “ensinar o aluno a buscar informações e a aprender continuamente” (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, 2016, p. 10), ressaltando a importância do mesmo ser protagonista de seu processo de aprendizagem.

Apesar desta busca pelo protagonismo do aluno, o modo de organização curricular e a ementa das disciplinas parecem apontar para um modelo hegemônico de formação em saúde, conforme apresentado por González e Almeida (2010) e Ceccim e Feuerwerker (2004) ao analisarem a formação dos profissionais de saúde. Processo esse, em que a formação é dividida em ciclo Básico e Profissional, por meio da fragmentação em disciplinas e/ou especialidades, com foco na transmissão de conteúdos e avaliação cognitiva da acumulação de informações técnico-científicas padronizadas.

Mesmo com uma organização geral baseada no modelo hegemônico de formação em saúde, o projeto pedagógico apresenta algumas brechas para a ruptura. As disciplinas de práticas integradoras existentes nos quatro primeiros semestres buscam favorecer a integração entre os conteúdos básicos por meio da discussão e análise de casos clínicos e situações problemas, possibilitando aos alunos a articulação dos saberes adquiridos até aquele momento.

A inserção dos alunos em diversos campos de práticas (hospitais, ambulatórios, pronto atendimentos e unidades básicas de saúde), os projetos de extensão universitária e as trinta e duas ligas universitárias existentes também podem se constituir como brechas para a ruptura com o modelo hegemônico, dependendo do modo como estão organizadas. Essa análise foi aprofundada por meio das entrevistas com os docentes e os grupos focais com os discentes.

O projeto pedagógico do curso de Enfermagem traz um tópico específico sobre as metodologias utilizadas, que ressalta que o processo de ensino-aprendizado deverá estar

pautado nos pilares do conhecimento da UNESCO: aprender a conhecer, aprender a aprender, aprender a fazer, aprender ser e aprender a viver juntos. O mesmo apresenta que deverão ser adotadas metodologias de ensino que sejam centradas no aluno, permitindo que o professor atue como facilitador do processo de ensino-aprendizado.

Ressalta, ainda, que os alunos deverão ter autonomia na construção do conhecimento e lidar com situações-problema que favoreçam a integração dos conteúdos das disciplinas. Além das estratégias pedagógicas desenvolvidas em sala de aula e laboratórios de aprendizagem, os estágios, desenvolvidos em diversos locais de prática (Centro de Práticas em Saúde da UNIVAP, hospitais, asilos, ONGs e Centros de Atenção Primária e Secundária à Saúde do município de São José dos Campos) são apontados como momentos privilegiados para integração teórico-prática e articulação dos saberes. Esta compreensão sobre as metodologias de ensino está em consonância com as DCNs e aponta para a ruptura com o modelo hegemônico de formação em saúde.

A matriz curricular do Curso de Enfermagem está organizada a partir dos seguintes eixos: Básicos; Profissionalizantes; Fundamentos de Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Administração em Enfermagem; Ensino de Enfermagem; Ciências exatas e suas Tecnologias; Ciências Humanas, Sociais, Administrativas e Econômicas; disciplinas em cursos afins; Educação das Relações Étnico-raciais, o Ensino de História e Cultura Afro-brasileira e Indígena; Políticas de Educação Ambiental.

O projeto pedagógico do curso de Serviço Social mostra que deverão ser adotadas metodologias ativas de ensino, centradas no aluno em que os docentes terão o papel de facilitadores do processo de ensino-aprendizagem. Valoriza a interação em sala de aula e outros ambientes, buscando a construção de situações desafiadoras, que favoreçam a articulação teórico-prática e de uma atuação profissional comprometida com as transformações sociais.

A matriz curricular do curso está organizada em três núcleos: Núcleo de Fundamentos Teóricos Metodológicos da Vida Social, Núcleo de Fundamentos da Formação Sócio-histórico da Sociedade Brasileira e Núcleo de Fundamentos do Trabalho Profissional.

O projeto pedagógico do curso de Serviço Social, também, traz um tópico específico sobre a metodologia de ensino, apresentando um conjunto amplo de estratégias pedagógicas de caráter individual ou grupal.

5.7 INSERÇÃO DO ALUNO NA PRÁTICA

O projeto pedagógico do curso de Medicina apresenta um processo progressivo de inserção do aluno na prática, sendo os quatro primeiros semestres o Curso Básico, quatro semestres do Curso Clínico e quatro semestres do Internato (estágios).

Nos semestres iniciais as atividades práticas dos alunos se restringem aos laboratórios, com exceção das disciplinas de: Introdução à Prática em Saúde, que busca “inserir precocemente o aluno à prática clínica, associando teoria e prática simultaneamente e propiciando a integração horizontal e vertical da grade curricular” (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, 2016, p. 40); Introdução à Prática em Saúde Coletiva que pretende “promover a inserção dos estudantes nos serviços de atenção primária em saúde das redes do SUS, integrando teoria e prática em cenários reais” (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, 2016, p. 50); Semiologia I que visa o “entendimento dos aspectos teórico-prático e psicossociais da relação médico-paciente, reconhecimento da estrutura e domínio da técnica de entrevista clínica e o reconhecimento dos sinais e sintomas gerais” (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, 2016, p. 56) e Psicologia Médica que prevê a inserção precoce do aluno na comunidade.

No curso clínico (5º ao 8º semestre) os alunos são inseridos no laboratório de habilidades e simulações, no qual desenvolvem habilidades e técnicas em espaço protegido e supervisionado, antes do contato com os pacientes. A maioria das disciplinas deste momento do curso estipula que metade da carga-horária será desenvolvida em atividades práticas, porém não informa onde será desenvolvida e de que maneira. A partir das ementas das disciplinas pode-se supor que algumas atividades didático-pedagógicas devem ser desenvolvidas nos hospitais e/ou unidades de saúde, porém essa informação não é explicitada.

No Internato, 9º ao 12º semestre, a inserção na prática se dá de forma efetiva, sendo caracterizado como estágio supervisionado. Esses estágios ocorrem no

Hospital Universitário de Taubaté (HUT), Hospital Regional do Vale do Paraíba (HRVP) e Pronto-Socorro Municipal do Município de Taubaté, no Instituto de Infectologia Emílio Ribas em São Paulo (administrado pela FMUSP), no Pronto-Socorro do Hospital Municipal de São José dos Campos (administrado pela UNIFESP) e nos PAMOs e nas UBSs dos Municípios de Taubaté e Pindamonhangaba. Nestes ambientes, os alunos têm a oportunidade de acompanhar a atenção básica e os atendimentos ambulatoriais, cirúrgicos e de urgência e emergência, exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Moléstia Infeciosas, Oncologia, Ortopedia, Pediatria, Saúde Coletiva e Trauma (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, 2016, p. 91)

É importante ressaltar que todos os estágios ocorrem em unidades do Sistema Único de Saúde, demonstrando um compromisso da Faculdade de Medicina com o fortalecimento do SUS e com atendimento da população, possibilitando que os alunos se aproximem das unidades do sistema público de saúde, vivenciando seus princípios e diretrizes na prática cotidiana. A partir desta análise, é possível supor que esta aproximação pode favorecer a sensibilização para valorização do SUS e o seu desejo em atuar nele.

Apesar de alguns estágios serem desenvolvidos em unidades básicas de saúde dos municípios de Pindamonhangaba e Taubaté, há um predomínio de atividades de estágio desenvolvidas em ambiente hospitalar, característica essa condizente com o modelo hegemônico de formação em saúde, como apontado por González e Almeida (2010) e Ceccim e Feuerwerker (2004).

Além dos estágios, as atividades de extensão e as ligas acadêmicas são apontadas no projeto pedagógico como estratégias de inserção dos alunos na prática.

O projeto pedagógico do Curso de Enfermagem ressalta a “importância do processo ensino-aprendizagem, teórico-prático, advir da problemática da Saúde vivenciada cotidianamente e devendo ocorrer gradativamente em termos de complexidade” (UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 2016, p. 36). Demonstra,

assim, a preocupação da formação estar articulada com inserção gradativa dos alunos na prática.

Além das aulas expositivas dialogadas, é salientada a importância das “aulas práticas, que permitem a observação e execução de técnicas pertinentes a sua formação, além de visitas técnicas que promovem a interação do aluno na profissão”, reforçando a ideia de uma aproximação progressiva com a prática. Os laboratórios de habilidades e simulação também são importantes para o desenvolvimento de habilidades e técnicas específicas da Enfermagem (UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 2016, p. 47).

Apesar da ênfase em um progresso gradual de inserção dos alunos na prática, são os estágios os momentos mais efetivos desta aproximação. Um quarto da carga horária do curso de Enfermagem é destinado aos estágios curriculares, que são descritos de forma detalhada no projeto pedagógico do curso. São desenvolvidos no Centro de Práticas Supervisionadas (CPS) da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) da UNIVAP, onde são desenvolvidas práticas específicas da formação em Enfermagem e atividades conjuntas com alunos dos demais cursos da FCS.

O projeto pedagógico do curso de Enfermagem traz um tópico específico sobre a “Integração do curso com o sistema local e regional de saúde/SUS – relação alunos/docente” (UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 2016, p.74), em que faz uma análise crítica sobre o sistema municipal de saúde de São José dos Campos, demonstrando sua amplitude e complexidade e a necessidade de mudança do modelo assistencial da atenção básica, pautado em unidades tradicionais, para a Estratégia de Saúde da Família com apoio matricial das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

O Projeto Pedagógico do Curso propicia aos alunos tanto a reflexão como o exercício da atenção integral, contribuindo para o desenvolvimento e implantação de planos de intervenção que qualificam o cuidado ofertado na rede saúde do município, seja de forma direta, ofertando cuidado e atividades educativas a usuários do SUS, seja indiretamente, pela atividade pedagógica ofertada a técnicos e profissionais (UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 2016, p.75).

A análise crítica do sistema local de saúde e o engajamento de docentes e discentes na busca por melhorias demonstra um compromisso da faculdade com o SUS

e a formação de profissionais comprometidos com a saúde pública e com o atendimento integral à população. Essa proposta fica clara em outro trecho do projeto pedagógico.

O contato dos estudantes com pacientes, seus familiares e/ou responsáveis cuidadores, bem com a comunidade de modo geral ou com as equipes de saúde tem a potencialidade de promover um movimento de deslocamento e ampliação de referenciais. Já o contato de estudantes e docentes com os profissionais de saúde da rede de atenção traz o estímulo à aprendizagem, a inquietação pela busca de melhores respostas e a postura questionadora e desacomodada em relação ao instituído (UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 2016, p.75).

O projeto apresenta uma valorização clara da Estratégia de Saúde da Família como modelo assistencial prioritário para reorganização da atenção básica em saúde e prevê a inserção dos alunos em diversas atividades educativas, assistenciais e sociais.

Outro ponto importante destacado no projeto pedagógico do curso de Enfermagem é a mudança da centralidade da formação do ambiente hospitalar, para a complexidade da rede como um todo, conforme proposto nas DCNs de Enfermagem, ressaltando a necessidade dos estudantes experienciarem situações de aprendizagem teórico-prática em diversos pontos da rede de saúde.

O projeto pedagógico do curso de Serviço Social revela que a formação deve ser centrada no aluno e traz um compromisso com a transformação social e a garantia de direitos a todos cidadãos, nesse sentido propõe que os estudantes sejam inseridos na prática desde o início do curso e em diversas situações de ensino aprendizagem.

A matriz curricular aponta que

são oferecidas aos alunos situações e meios para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de experiências e vivências, as quais, após a sua assimilação, comporão a base de competências para o pleno exercício da prática profissional, sempre embasado em uma postura ética e crítica, consciente de sua capacidade de resolução de problemas (UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 2017, p. 27).

Na análise da conjuntura do município de São José dos Campos, o projeto pedagógico do curso de Serviço Social revela a necessidade de avanços “nos setores da vida, da cidade e dos cidadãos, desenvolvimento sustentável, políticas inclusivas e de afirmação de direitos e participação popular” e afirma o compromisso com a formação de

profissionais capazes de intervir nessas fragilidades (UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 2017, p.32).

As atividades de observação e descrição de casos em diferentes contextos; debates coletivos; estudos de caso; palestras e conferências com especialistas; laboratório de grupo; atividades complementares extraclasse; projeto integração teoria e prática e as atividades de extensão universitárias são apresentadas como momentos que favorecem a aproximação dos estudantes com a prática profissional. Apesar da relevância dessas atividades no processo formativo, os estágios curriculares são os momentos fundamentais para essa aproximação.

A matriz curricular prevê a realização de 550 horas de estágios curriculares em diversos ambientes de práticas, tais como a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, a Faculdade da Terceira Idade UNIVAP, o Centro de Práticas Supervisionada (CPS) UNIVAP, o CRAS de Pindamonhangaba, Ilhabela e de São José dos Campos, a Coordenadoria de Reintegração Social da Secretaria da Administração Penitenciária, a Obra Social Padre Rodolfo Komorek e o Departamento de Regulação e Controle de São José dos Campos (UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 2017, p. 52).

Essa diversidade de locais para realização dos estágios curriculares favorece a formação de profissionais com um olhar ampliado para as práticas profissionais dos assistentes sociais e pode auxiliar na ruptura com do modelo tradicional de atuação pautado em uma postura benevolente e assistencialista.

5.8 INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE

As políticas sociais de base territorial de saúde e assistência social indicam a necessidade de atuação interdisciplinar e intersetorial para o enfrentamento efetivo das situações de desigualdade e exclusão social.

A interdisciplinaridade e Intersetorialidade não são abordadas de forma direta no projeto pedagógico do curso de Medicina, aparecendo na ementa da disciplina optativa Saúde na Educação e no Internato, o estágio em Saúde Coletiva aborda a importância dos alunos desenvolverem atividades na interação escola-médico-comunidade, alguns

grupos de estudo são desenvolvidos de forma multiprofissional, e nos projetos de extensão que tem como um dos objetivos “desenvolver relações multi, inter e/ou transdisciplinares e/ou interprofissionais de setores da Universidade e da sociedade” (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, 2016, p. 102). Sendo o projeto mais importante o Atendimento à Vítima de Violência Sexual (Grupo de Atendimento à Vítima de Violência Sexual - GAVVIS), que é um “projeto interdepartamental de extensão universitária, envolvendo os Departamentos de Medicina, Ciências Jurídicas, Enfermagem e Psicologia” (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, 2016, p. 103), que conta com uma equipe multiprofissional que atua no Hospital Universitário de Taubaté, promovendo o atendimento de vítimas de violência sexual, o treinamento de profissionais envolvidos nestes atendimentos e ministrando aulas e palestras em escolas do município sobre Prevenção à Violência Sexual, Gravidez Precoce e Doenças Sexualmente Transmissíveis.

O projeto pedagógico do curso de Enfermagem aborda a questão da interdisciplinaridade e Intersetorialidade em vários momentos, deixando explícita sua relevância na formação do enfermeiro ao apontar que o “campo de atuação do profissional Enfermeiro na área da saúde exige a compreensão da importância do trabalho em equipe e sua multidisciplinaridade e interdisciplinaridade” (UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 2016, p. 21). Ressalta que a proposta do curso é interdisciplinar e busca a ruptura da fragmentação do conhecimento. Os objetivos do projeto enfatizam a importância de

formar profissionais cientes da importância da integridade moral e vivência ético-profissional, consciência crítica e político-social, com domínio dos recursos tecnológicos, e dos instrumentos básicos da Enfermagem, atuando multidisciplinarmente, interdisciplinarmente, transdisciplinarmente e socialmente nos âmbitos comunitário, hospitalar, domiciliar e com outros específicos de sua atuação;
Exercitar a crítica construtiva, incentivando a capacidade de trabalhar em equipe, identificando e utilizando apropriadamente suas contribuições para a solução de problemas (UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 2016, p. 29).

Esse foco na interdisciplinaridade se materializa em disciplinas que envolvem alunos de vários cursos da FCS (Cidadania e Responsabilidade Social e Saúde Coletiva) e a possibilidade de cursar as disciplinas básicas em outros cursos da FCS, disciplinas

optativas em outras Faculdades da UNIVAP, estágios curriculares, projetos de extensão, atividades extracurriculares e participação em campanhas educativas e de imunização.

Os estágios curriculares são momentos privilegiados para o desenvolvimento da capacidade de atuação em equipes multi e interdisciplinares em unidades básicas, secundárias e terciárias de saúde, sendo esse ponto ressaltado no projeto pedagógico do curso. No Centro de Práticas Supervisionadas da FCS são desenvolvidas atividades assistenciais integradas e multiprofissionais pelos alunos dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição.

A Intersetorialidade é abordada desde o primeiro semestre do curso na disciplina de Cidadania e Responsabilidade Social, em que os alunos vão a campo conhecer o território de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família, analisando os elementos condicionantes e determinantes do processo saúde doença e as possibilidades de atuação intersetorial. Essas atividades têm prosseguimento nos demais semestres do curso nas disciplinas de Saúde Coletiva, Práticas Assistenciais em Enfermagem I e II, Práticas de Ensino e nos estágios curriculares.

O projeto pedagógico do curso de Serviço Social também traz de forma explícita seu caráter interdisciplinar e a busca pela ruptura na formação fragmentada em disciplinas. Revela que os estágios curriculares devem favorecer o desenvolvimento de ações interdisciplinares e transdisciplinares. Ressalta que

os conteúdos e a experiência adquirida por meio dos estágios permitem uma importante interação do Curso de Serviço Social com os demais cursos da UNIVAP, nas áreas relacionadas à Psicologia, Direito e com os cursos da Faculdade de Ciências da Saúde - FCS, nas áreas relacionadas à Saúde e Políticas Públicas (UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 2017, p. 36).

Os alunos de Serviço Social frequentam as disciplinas de Sociologia e Antropologia do Direito I; Economia Política; Sociologia e Antropologia do Direito II; Direito e Sociedade I e Direito e Sociedade II junto com os alunos da Faculdade de Direito, com quem compartilham o mesmo prédio e algumas disciplinas eletivas na FCS. As atividades de extensão universitária também favorecem a interdisciplinaridade e a Intersetorialidade.

6 OUVINDO PROFESSORES E ALUNOS SOBRE O PROCESSO FORMATIVO

Neste capítulo é realizada uma análise das entrevistas concedidas por três docentes e doze discentes do curso de Medicina da Universidade de Taubaté (UNITAU), e por seis docentes e nove discentes dos cursos de Enfermagem e Serviço Social da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP). Ressalta-se que, para este capítulo foram consideradas as mesmas categorias analíticas utilizadas na análise dos projetos pedagógicos dos cursos apresentadas no capítulo 4.

6.1 O PERFIL DO EGRESSO

Para os três professores da Faculdade de Medicina da UNITAU entrevistados o perfil do egresso se apresenta de forma diferenciada. Um apontou a importância de uma formação técnica em consonância com a realidade do País, das necessidades de saúde da população. Para este professor os alunos precisam aprender a produção do cuidado a partir da atenção primária à saúde, conhecer e compreender o funcionamento das redes assistenciais do SUS, desenvolver a capacidade de compreender as condições de vida das pessoas e sua influência na saúde; ter uma compreensão ampliada de saúde e uma formação cidadã. Apesar de acreditar na necessidade de formação de profissionais com esse perfil, salienta que esse não é o modelo hegemônico de formação médica, que ainda é centrada no hospital, de caráter técnico, desconectada da realidade em que irão atuar.

Para o segundo professor a Faculdade forma médicos generalistas, que são muito novos, de uma classe social diferente dos pacientes que atendem e que têm dificuldade em ter empatia com eles. Para este professor muitos saem com um desejo de ganhar dinheiro de imediato e dão plantão em vários lugares. O mesmo percebe dois perfis de médicos, uns que ficam nessa dinâmica de dar muitos plantões para ganhar dinheiro e outros que vão fazer residência e se especializar.

Outro professor focou em sua resposta às habilidades e conhecimentos, de sua área de atuação. Para esse docente a atuação profissional deve sempre respeitar o bom relacionamento médico-paciente-familiar.

Apesar de divergirem sobre o modo como percebem ser o perfil do egresso, os três docentes deixaram clara a necessidade da formação de profissionais com um olhar ampliado, com amplo conhecimento técnico e com capacidade de se relacionar com os pacientes de modo empático. Ressaltaram que o modelo hegemônico da formação médica, as diferenças sociais entre os profissionais – as quais dificultam a empatia e a pressão social para que os médicos tenham altos ganhos e status – são os principais desafios para a formação de profissionais com esse perfil.

Nos grupos focais os alunos das Ligas de Pediatria e de Saúde da Família e Comunidade trouxeram uma visão do egresso da Faculdade de Medicina semelhante ao apontado pelos professores. Ressaltaram que o médico deve ter todo conhecimento científico da profissão e ao mesmo tempo ser capaz de estabelecer relações empáticas com os pacientes, conseguindo conversar e enxergar o paciente como um todo não só para a doença. Apesar dessa compreensão sobre o perfil do egresso, os discentes ressaltaram que nos últimos anos a formação tem tido um caráter muito técnico, perdendo o vínculo com o paciente.

Para os alunos há uma cobrança muito grande sobre o médico recém-formado, que gera angústia e insegurança, pois apesar de toda a formação o médico não sai totalmente preparado para atuar, sendo necessário um preparo psicológico dos alunos, para que conquistem mais segurança e confiança. Essa questão também foi abordada por um dos professores, que ressaltou que os médicos recém-formados não têm todo o conhecimento e a maturidade necessária para atuarem em serviços de urgência e emergência ou mesmo com casos complexos.

Os alunos destacaram que a existência de alguns professores muito bons em algumas especialidades e programas bem-conceituados de residência, em algumas especialidades, influencia vários deles na busca de residência e especialização nessas áreas.

Os três professores do curso de Enfermagem da UNIVAP abordaram o perfil do egresso por diferentes ângulos. Um professor ressaltou que o enfermeiro deve ter liderança de equipe, raciocínio clínico, habilidades interpessoais, resolução de conflitos e capacidade de cuidar. Um outro professor disse que o egresso deve ter todas as

competências técnicas esperadas e experimentado situações que possam embasá-los em sua prática. Para outro professor, a UNIVAP forma enfermeiros generalistas, com foco no cuidado, devendo ter habilidade técnica e capacidade de observação e identificação das necessidades dos clientes. Para esse docente a Faculdade tem conseguido formar profissionais com esse perfil e salienta a necessidade de desenvolvimento de uma formação mais especializada que equilibre a formação generalista/especialista. Continuando, o professor disse que o aluno sai preparado para atuar na saúde pública ou privada.

Para um dos professores entrevistados do curso de Enfermagem, houve uma mudança na formação há alguns anos devido às orientações do MEC, direcionando para um perfil profissional mais generalista.

Dois professores entrevistados ressaltaram que os enfermeiros formados na UNIVAP são bem reconhecidos e valorizados nas instituições de saúde da região. Um deles percebe que o egresso em Enfermagem da UNIVAP sai mais preparado. O docente que atuou por vários anos em hospitais disse que no processo de contratação de enfermeiros, constatou que o formado na UNIVAP apresentava mais segurança, postura e maior facilidade em desenvolver habilidades práticas. O outro docente destacou que há uma boa empregabilidade do profissional formado na Instituição e uma baixa rotatividade desses profissionais em seus vínculos empregatícios. Para o mesmo o curso de Enfermagem da UNIVAP tem formado profissionais com uma postura adequada e ética, que respeita os pacientes e estabelece relações interpessoais saudáveis com os pacientes e com os profissionais da equipe.

Os alunos da Liga de Enfermagem apontaram que o enfermeiro tem que ter empatia com os pacientes, compreendendo o indivíduo de forma ampliada. Que a dor de cada um é diferente e o enfermeiro precisa ser capaz de entender cada um e cuidar de forma particular. Para esses alunos o profissional de enfermagem deve ter compreensão e paciência com o paciente. Continuando, os mesmos disseram que a Faculdade tem favorecido o olhar ampliado do cuidado, sendo trabalhado desde o início do curso.

Os alunos da Liga de Enfermagem destacaram que houve uma mudança significativa na formação em Enfermagem nos últimos anos, havendo uma alteração no

perfil da profissão, rompendo com o caráter benevolente da profissão, em um papel secundário e submisso. Apesar dessas mudanças na formação e no perfil profissional, os alunos disseram que ainda existe uma tendência a colocarem o enfermeiro submisso ao médico. Segundo eles, a sociedade ainda vê o enfermeiro como alguém que não conseguiu ser médico, como uma subcategoria. Relataram que há muito desconhecimento sobre a Enfermagem e uma desvalorização da profissão devido ao caráter eminentemente feminino, havendo muitas situações de assédio em locais de trabalho.

Os três professores do curso de Serviço Social da UNIVAP entrevistados, demonstraram um alinhamento quanto ao perfil do egresso muito significativo. Um professor disse que o curso foi organizado seguindo os parâmetros e as diretrizes do MEC e orientações da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, do Conselho Regional e Federal de Serviço Social, com uma construção interdisciplinar do Plano Pedagógico do curso e das disciplinas em consonância com o projeto ético-político da profissão. Salientou que a Faculdade deve formar um profissional com perfil generalista, podendo atuar em diferentes áreas, capaz de defender e operacionalizar o projeto ético-político da profissão. Ressaltou que o egresso deve ter como habilidade e competências a capacidade de operacionalizar as políticas sociais, realizar uma escuta diferenciada, ter um olhar sensível, fazer um atendimento social sem juízo de valor, contribuir com a emancipação e autonomia do indivíduo, oferecer instrumentos para que as pessoas consigam se desenvolver com consciência, a partir de um fazer ético que intervenha na realidade social, fazendo mediação das políticas públicas, das políticas sociais, das instituições, dos sujeitos atendidos com sua história e inserção social, suas possibilidades objetivas e subjetivas e da rede de apoio existente buscando sempre a ampliação do exercício da cidadania.

Essas questões foram abordadas de modo semelhante por outro professor, o qual afirmou que o profissional formado na Faculdade de Serviço Social da UNIVAP é generalista e interventivo, podendo atuar em todas as políticas sociais, em várias frentes de trabalho. Para o mesmo professor, o egresso deve intervir nas expressões da questão social, o objeto central da prática do assistente social, deve atuar nas expressões da desigualdade social na sociedade capitalista e trabalhar com a possibilidade de

socialização dos direitos sociais. Por isso, de acordo com o docente, o formando precisa conhecer os direitos humanos, para favorecer que as pessoas acessem as políticas públicas, as políticas sociais e serviços não como um favor do Estado, mas como direito de cidadania. O professor salientou ainda que o assistente social precisa ser capaz de fazer uma análise de conjuntura e de realidade consistente, para que haja a ruptura do atendimento fragmentado. A prática profissional, segundo o mesmo, deve estar alinhada ao projeto ético-político da profissão, que tem como base teórica o materialismo histórico. Finalizando, afirmou que formar profissionais com esse perfil e compreensão é o grande desafio da formação em Serviço Social.

Outro professor ressaltou que os alunos do curso de Serviço Social são bem ativos, interessados, envolvidos com as questões discutidas em sala de aula, participam bastante das atividades da Faculdade e têm uma relação estreita com a coordenação do curso. Para esse docente, o assistente social deve ter uma visão crítica sobre as relações sociais entre indivíduos e grupos e sua contribuição para situação atual de desigualdade social, desigualdade econômica, das minorias e exclusão social; precisa conhecer a legislação relacionada à assistência social, os princípios, os serviços de assistência social e a história da profissão; ter capacidade de se relacionar com os órgãos do poder público de uma maneira próxima, porque é por meio desses serviços que é prestada a assistência aos usuários e deve estabelecer uma boa relação com os gestores públicos, buscando assegurar a cidadania para todos. Continuando, disse que o assistente social é um profissional incômodo na sociedade, porque ele mostra os problemas sociais que a sociedade não quer ver.

As três alunas da Liga de Serviço Social apontaram que o assistente social deve compreender a pessoa como um todo, com sua história, com sua família, com seus amigos, buscando sempre a humanização; deve ser flexível, educado e humano; ter conhecimento e ser ético.

6.2 A CONCEPÇÃO DE SAÚDE E DA QUESTÃO SOCIAL

Os três professores da Faculdade de Medicina trouxeram uma visão ampliada sobre o processo saúde doença, porém cada um deu um enfoque maior para alguns elementos.

Um professor disse que compreende saúde de forma ampliada, relacionada aos diversos campos da vida; valorizando a cultura, lazer, relacionamentos, subjetividade e a realidade vivida nos territórios e passa essa visão para os alunos nas aulas e nas atividades de estágio. Outro disse que saúde é um amplo conceito e engloba condições antenatais e gestacionais; boas condições de parto; incentivo a amamentação; promoção de saúde física, mental, espiritual e a prevenção de doenças do adulto. O terceiro docente definiu saúde como bem-estar biopsicossocial, sendo um estado, não algo permanente; reforçando o conceito de saúde como a capacidade de interagir com o meio e cuidar de si.

Um professor, apesar de trazer uma compreensão ampliada de saúde, ressaltou que a formação médica é fortemente fragmentada em disciplinas e poucas trazem uma compreensão ampliada sobre o processo saúde-doença-cuidado. Para esse docente, quanto mais o aluno “anda” no curso, mais ele vai sendo direcionado para as especialidades. Continuando disse que alguns docentes, dos anos iniciais, têm feito um movimento de aproximação da sua área com a saúde coletiva e com a Medicina de Família e Comunidade, em busca da ampliação do olhar e de conexões entre as disciplinas. Ressaltou que existem movimentos de mudança, como a reformulação curricular e a ampliação do campo de práticas em saúde coletiva, que rompem com a visão que saúde coletiva está relacionada apenas à realização de atividades educativas em escolas. Para o professor, tais movimentos propiciam a entrada efetiva e diária dos alunos nas unidades de saúde, acompanhando as atividades desenvolvidas, visitas domiciliares com os agentes comunitários, orientação aos usuários, discussão dos projetos terapêuticos singulares e a compreensão do território.

Um professor disse que percebe uma mudança gradativa no perfil dos alunos demonstrando abertura e desejo por uma formação ampliada, que considere as questões da vida das pessoas, o caminho percorrido até chegarem para o atendimento e como a prática deles se relaciona com os demais pontos de atenção. Porém, de acordo com o mesmo, essa abertura não se dá de forma geral, e aparece mais claramente nos alunos que já têm essa postura na vida.

Os alunos das Ligas de Pediatria e de Saúde da Família e Comunidade trouxeram uma compreensão ampliada de saúde, afirmando que tudo que acontece na vida das pessoas interfere na saúde. Apontaram que a saúde está associada ao bem-estar das pessoas e tem relação com a subjetividade. Segundo os mesmos, o cuidado em saúde está relacionado com o equilíbrio nos diversos campos, biopsíquico-social-espiritual. Salientaram que a concepção de saúde vem mudando lentamente, que alguns professores têm tentado ensinar esse conceito ampliado de saúde, mas muitos profissionais ainda se prendem às questões físicas, aos sintomas e não conseguem ter uma escuta efetiva de modo a investigar todos os campos da vida do paciente.

Os três professores da Faculdade de Enfermagem trouxeram concepções ampliadas de saúde. Um professor definiu saúde com a capacidade de escolher aquilo que te faz bem, que traz qualidade de vida, ter tempo para dedicar a si mesmo, poder se exercitar, cuidar da alimentação, de estar em família e ter um trabalho prazeroso. Um outro definiu saúde como um conceito abrangente, holístico, relacionado ao bem-estar físico, psíquico, mental e com a qualidade de vida e outro relacionou saúde com felicidade.

Os professores da Faculdade de Serviço Social entrevistados trouxeram uma compreensão ampliada sobre a questão social e um compromisso pessoal e profissional com a redução das desigualdades sociais, da exclusão social e uma atuação pautada na busca da cidadania, por meio da garantia de direitos sociais. Para um dos docentes, o profissional tem que pautar sua atuação na legislação, nos princípios do SUAS e na Política Nacional de Assistência Social e que muitas vezes tem que enfrentar situações em que os interesses políticos e econômicos são contrários à garantia de direitos. Ressaltou que a sua prática está pautada na educação continuada, na busca pela construção coletiva e na defesa intransigente dos direitos humanos. Outro docente salientou que o poder público tem um papel fundamental na redução das desigualdades, garantindo a todos o acesso aos direitos como saúde, educação, habitação, por meio das políticas públicas. Para este docente, há necessidade de o Estado promover uma abertura maior para a participação popular.

Os alunos da Liga de Serviço Social ressaltaram que a proteção social está diretamente relacionada com a garantia fundamental dos direitos, sendo um dever do Estado.

6.3 A ATUAÇÃO PROFISSIONAL INDIVIDUAL OU COLETIVA

Quanto à questão da atuação profissional, os professores da Faculdade de Medicina entrevistados apresentaram consenso sobre alguns aspectos e discrepância sobre outros. Um dos professores disse que há um desejo dos alunos e dos formados em Medicina por uma atuação nas especialidades, principalmente na esfera privada, uma atuação no SUS de modo complementar e uma minoria tem interesse em Medicina de Família e Comunidade. Continuando, o docente disse que vários recém-formados atuam um tempo na atenção básica enquanto não passam na residência e que muitos profissionais são fortemente influenciados pelo status e ganho financeiro. A questão do status e do dinheiro também foi apontada por outro docente como um elemento que influencia a prática médica. Para o terceiro docente a maioria dos recém-formados gostaria de fazer residência e se especializar, porém como faltam vagas e acabam atuando em Unidades Básicas, Unidades de Saúde da Família e Unidades de Pronto Atendimento, até conseguirem ingressar na residência.

Um professor ressaltou que o médico recém-formado vai atuar no SUS, lá ele adquire experiência, aprende efetivamente a atender o paciente, seja no serviço, seja na residência. Para esse docente, hoje a maioria dos profissionais valoriza e defende o SUS e uma minoria mais elitizada não valoriza e se diz favorável à privatização do mesmo.

Os alunos das Ligas de Pediatria e de Saúde da Família e Comunidade apontaram que a maioria dos médicos recém-formados deseja fazer residência e enquanto não passam na residência atuam em unidades de Pronto Atendimento, Pronto-socorro ou Unidades Básicas de Saúde. Salientaram que a atuação nos serviços de urgência não é muito bem-vista, mas é uma opção de trabalho para o recém-formado. Ressaltaram que há uma desvalorização do médico generalista ou de Saúde da Família, inclusive com certo preconceito.

Quanto à atuação do enfermeiro, os professores da Faculdade de Enfermagem concordaram quanto à amplitude do campo, sobre a desvalorização da profissão e a má remuneração. Um professor apontou que o campo de atuação da Enfermagem é muito amplo, com várias oportunidades de atuação, principalmente fora dos grandes centros urbanos, porém na região sudeste tem muitas faculdades, formam-se muitos profissionais e, por isso, paga-se muito pouco ao profissional. Discorreu sobre os desafios que o enfermeiro enfrenta na atuação no serviço público, devido à cobrança da população e pressão da gestão, que geram muito estresse e sofrimento psíquico, situação essa agravada pela crise econômica no País que gerou aumento da população dependente do SUS.

Para outro professor o campo de atuação em Enfermagem é muito amplo, e os profissionais cada vez mais têm se especializado, atuando em várias áreas. Para o mesmo, o mercado tem procurado o enfermeiro especializado e só a graduação não tem sido mais suficiente. Apesar da busca pelo profissional especializado, o docente disse que a remuneração não acompanha essa tendência, há uma valorização do conhecimento e da prática especializada, porém sem um ganho efetivo na remuneração. Continuando, esclareceu que nas instituições privadas não há uma remuneração diferenciada para o profissional especialista e destacou que algumas prefeituras têm planos de carreira em que esta formação é valorizada. Para um outro professor os enfermeiros são mal remunerados e precisam romper com o estigma da profissão com caráter benevolente. De acordo com o mesmo, o enfermeiro é um profissional que tem um contato constante com os clientes/pacientes, tendo uma responsabilidade muito grande no cuidado. Ele identificou uma tendência de o mercado buscar profissionais generalistas, mas a maioria dos alunos deseja ser especialistas e desvalorizam a atuação na saúde pública e uma minoria tem interesse nessa área.

Os três professores ressaltaram a qualidade da formação na Faculdade de Enfermagem da UNIVAP. Um professor disse que a Faculdade tem um corpo docente diversificado, com atuação e experiência em diversas áreas, permitindo a formação ampla dos alunos, seja para atuação hospitalar, seja para saúde pública. Destacou que 60% dos professores direcionam a formação para a atuação hospitalar e 40% para saúde pública e Estratégia de Saúde da Família. Outro professor salientou que a Faculdade tem

contribuído na melhoria da qualidade do trabalho em Enfermagem na Região e apontou que o maior contratante dos enfermeiros hoje é o SUS. O terceiro professor relatou que na RMVPLN a maioria dos enfermeiros está atuando em hospitais.

A atuação nas equipes de Enfermagem foi apontada como uma dificuldade por professores e alunos. Os alunos da Liga de Enfermagem ressaltaram a dificuldade de atuação na equipe de Enfermagem, tendo que lidar com muitos conflitos entre enfermeiros, técnicos de Enfermagem e auxiliares de Enfermagem. Essa ideia é compartilhada por um dos professores, que destacou o desafio da atuação da equipe de Enfermagem, com profissionais com formações e atuações diferentes em uma mesma equipe.

Os três alunos da Liga de Enfermagem apontaram que o campo de atuação é bem amplo, em várias áreas e locais de atuação, indo muito além da atuação hospitalar, e que os hospitais e as UBS são os locais que mais contratam enfermeiros. Salientaram que os enfermeiros ainda são muito desvalorizados pela sociedade e a má remuneração os obrigam a trabalhar em vários empregos.

Quanto à prática do assistente social, um professor da Faculdade de Serviço Social afirmou que historicamente a profissão teve sua atuação vinculada ao poder público, e com o passar dos anos, ampliou sua inserção para as organizações sociais e instituições privadas. Segundo o mesmo professor, o campo de atuação é muito vasto e ainda existe dificuldade de outros profissionais compreenderem o papel e a prática do assistente social, vinculando-a a uma concepção caritativa e assistencialista. Apontou que esse perfil profissional vem mudando significativamente nos últimos anos, com uma vinculação da profissão ao ativismo e a militância nas questões sociais, tendo como objeto de sua prática profissional as manifestações da questão social e atuação com os cidadãos, a partir das políticas públicas, políticas sociais e legislações de garantias de direito.

Outro professor do curso afirmou que a atuação profissional se dá, principalmente, no serviço público, com uma presença forte na saúde e na assistência social. De acordo com o docente, com a implantação do Sistema Único de Assistência Social, houve uma reorganização dos serviços de proteção social existentes, constituindo-se as redes de

proteção social básica e especializada. Ressaltou que o papel do assistente social está relacionado à garantia dos direitos, não devendo ser apenas uma intervenção pontual. Apontou que uma área de atuação que vem crescendo é a sociojurídica, em que o foco principal se dá com famílias. Destacou ainda, que há um desconhecimento sobre a papel do assistente social e que este é muito requisitado para uma atuação vinculada ao controle social, de caráter higienista, burocratizante e legalista, focado apenas nas situações de pobreza, contrária ao projeto ético-político do Serviço Social.

Outro professor ressaltou que o Serviço Social é uma profissão fundamental em países extremamente desiguais como o Brasil, para resgatar pessoas em situação de exclusão e trazer um pouco de cidadania, a fim de possibilitar que os indivíduos gozem dos seus direitos fundamentais. Apontou que apesar dessa relevância, a profissão ainda é desvalorizada e tem pouco reconhecimento e baixa remuneração. Afirmou que há um campo ainda restrito para o assistente social nas empresas privadas, por elas ainda valorizarem pouco as ações de caráter social.

Os alunos da Liga de Serviço Social apontaram que o campo de atuação é amplo, com inserção na educação, nos CRAS, na justiça e na saúde, em unidades de saúde, saúde mental e hospitais. Para os alunos entrevistados, em todos esses locais os assistentes sociais recebem demandas que não são deles e que não estão relacionadas à prática profissional. Salientaram que há um desconhecimento da profissão e uma visão relacionada à caridade, como ocorria no início da profissão. Destacaram que, atualmente, a prática está relacionada com a busca pela garantia de direitos.

6.4 PRÁTICA PROFISSIONAL COM CARÁTER EMANCIPATÓRIO OU TUTELAR

Um professor da Faculdade de Medicina apontou que os profissionais ainda são formados para prescrever, sem considerar as pessoas concretas em sua singularidade, se sabem ler e se conseguem se cuidar. Salientou que os médicos ainda têm uma prática prescritiva, voltada para o diagnóstico e encaminhamento, considerando pouco as condições de vida e as necessidades e desejos dos usuários, intervindo nas situações de fora para dentro, não construindo as ações junto com a população. Outro professor

destacou que para o exercício da Medicina é necessário muito conhecimento científico, do mundo, da pessoa, seu modo de vida e seus valores.

Os alunos das Ligas de Pediatria e de Saúde da Família e Comunidade entrevistados ressaltaram a necessidade de se retirar o médico de um lugar de superioridade, detentor de todo saber e verdade e colocá-lo em uma posição mais humana, que troca informações com o paciente, que respeita as experiências e saberes dos mesmos. Apontaram que alguns professores vêm ensinando um olhar ampliado de cuidado, que considera o paciente, sua vida e sua subjetividade. Destacaram que esse olhar que junta o corpo e a mente é algo mais recente, que os médicos mais velhos ainda tratam a doença do paciente, a partir dos sintomas relatados e que esta postura de superioridade distancia o médico do paciente e dificulta a produção do cuidado.

Os alunos disseram que há um início de valorização do médico que compreende e cuida da pessoa como um todo e explanaram sobre a dificuldade e a riqueza do cuidado horizontal. Ressaltaram que as Ligas auxiliam na construção de uma visão ampliada do paciente, da prática médica integral e do olhar humanizado, que rompe com o modelo fragmentado de formação.

Os alunos observaram que as ligas possibilitam a aproximação de temas que não são abordados na grade curricular formal. Segundo os mesmos, essas ações podem ser desenvolvidas por uma ou mais Ligas. Ressaltaram que a Liga de Saúde da Família e Comunidade é a única que promove uma aproximação efetiva com a atenção básica, as demais têm atuação restrita ao hospital universitário.

Sobre a prática profissional, os professores da Faculdade de Enfermagem abordaram os elementos essenciais e os principais desafios. Um professor disse que o enfermeiro estrutura os serviços de saúde porque resguarda os princípios essenciais para o bom funcionamento de qualquer serviço e que o mesmo deve ter a sua prática pautada nos princípios da integridade, honestidade, boa índole, saber escutar e trabalhar em equipe. Para o professor o enfermeiro é um profissional que conhece a realidade, tem a visão da comunidade, identifica as necessidades dos pacientes e os direciona para os programas de saúde existentes, sistematiza e organiza a assistência multiprofissional. Afirmou que o enfermeiro vem ampliando sua prática para além da assistência, buscando

se constituir e atuar como um profissional autônomo, que faz tratamentos especializados de feridas, tratamentos estéticos como a ozonoterapia, rompendo com o estigma do profissional cansado, que trabalha muito e ganha pouco.

Para o segundo docente, a prática do enfermeiro está centrada no cuidado e na prestação da assistência, mesmo quando atua em funções de gerenciamento ou administrativas, deve sempre ter como foco o cuidado do paciente. Outro professor ressaltou que a prática do enfermeiro tem que ser transformadora da sociedade, a partir da aproximação e interação com a comunidade. Destacou que vem trabalhando esse papel transformador com os alunos desde os primeiros semestres do curso. Continuando, o docente disse que para uma boa prática profissional é fundamental a capacidade de se colocar no lugar do outro, ter empatia, tratar o outro com amor e como alguém próximo. Enfatizou que o enfermeiro precisa saber priorizar o atendimento de acordo com as necessidades de cada paciente e que esse conhecimento só é construído na prática, com a experiência.

Sobre os desafios da prática dos enfermeiros, um professor ressaltou que a prática profissional é muito desgastante e pouco reconhecida e valorizada. Destacou que na sociedade capitalista os médicos são os prescritores, sendo mais valorizados e tendo mais poder na área da saúde, por definirem o que pode ser consumido. Para o mesmo professor, em outros países o enfermeiro é mais valorizado e não existem técnicos ou auxiliares, apenas enfermeiros. Sobre a mesma questão, o segundo professor afirmou que o enfermeiro ainda não é muito valorizado, com uma carga de trabalho estressante, com dupla ou tripla jornada de trabalho. Porém, tem uma valorização social, de reconhecimento da sociedade, mesmo em situações de maior vulnerabilidade social.

Outro professor apontou a dificuldade de relacionamento dos enfermeiros com os médicos, que tendem a colocá-los em uma posição subalterna. Enfatizou que a confiança vai sendo construída de forma gradativa no cotidiano e depende muito do modo como está organizado o processo de trabalho. De acordo com o professor, algumas unidades conseguem organizar o trabalho de forma horizontal, em que todos discutem o que deverá ser feito, porém vários serviços são muito engessados, sem interação entre os profissionais. Afirmou que a carga-horária de trabalho do enfermeiro é muito grande

gerando desgaste para o profissional. Disse que um grande desafio do enfermeiro recém-formado é o comando de uma equipe, mesmo a Faculdade tendo uma quantidade significativa de horas de administração, (superior a carga-horária de um semestre do curso), não é suficiente para o desenvolvimento de sua capacidade gerencial.

Referente a prática profissional do Serviço Social, um professor apontou que os profissionais formados há muito tempo, trazem uma prática conservadora, e os profissionais formados nas últimas décadas trazem uma influência maior das concepções marxistas, inclusive com uma parcela que confunde a atuação profissional com ativismo e uma parcela que busca uma atuação a partir de uma visão mais contemporânea da profissão. O mesmo professor salientou que a sociedade, as instituições e outros profissionais têm expectativas confusas quanto à prática do assistente social, às vezes vendo a profissional como a moça boazinha que vai dar a cesta básica, os óculos, o passe, que se contrapõem a prática profissional atual que é ativa, que discute as necessidades da população, faz intervenção social e busca a garantia de direitos.

Continuando, o professor destacou que para o assistente social ser reconhecido e ter um lugar efetivo na sociedade é necessário romper o isolamento profissional por meio de debates amplos com a sociedade e da construção coletiva de projetos de transformação social. Ressaltou que a prática profissional está diretamente relacionada à compreensão da comunidade, que a contribuição na construção das políticas públicas e na efetivação das políticas sociais ocorre no mundo real, a partir da escuta das pessoas e conhecendo a realidade. O mesmo professor, ainda disse que o assistente social não é um profissional do escritório, ele atua na realidade, na comunidade, no contato direto com as pessoas, buscando compreender a pluralidade para encontrar os caminhos e reconhecer as necessidades das pessoas.

Um outro docente relatou que a partir do congresso de Serviço Social realizado em 1979 houve uma mudança no perfil do assistente social, porém ainda existem faculdades que formam profissionais com o perfil positivista e com uma prática descolada da compreensão da sociedade e instituições que recrutam profissionais para o desenvolvimento de ações de ajuste social. Segundo o mesmo, com a terceirização dos serviços públicos, a contratação dos profissionais tem sido realizada por organizações

sociais, vinculadas ao movimento neopentecostal, espírita ou a igrejas evangélicas que desenvolvem suas ações segundo concepções conservadoras, assistencialistas, caritativa e punitiva. A demanda por profissionais com esse perfil tem, de acordo com o docente, influenciado algumas instituições de ensino superior a mudarem o perfil de formação, segundo esses ideais. Finalizando, o docente disse que é muito difícil para o profissional recém-formado fazer o enfrentamento com as instituições/organizações com um perfil conservador e com os profissionais com outro projeto societário.

Outro professor do curso de Serviço Social afirmou que uma sociedade desenvolvida é uma sociedade que não deixa ninguém para trás, não esquece seus semelhantes, que é inclusiva em vários sentidos, tem respeito e consideração pelas minorias e o assistente social trabalha nesse sentido, buscando a inclusão, o exercício da cidadania e a autonomia de todos.

Os alunos da Liga de Serviço Social apontaram que os assistentes sociais escutam as demandas, fazem visita domiciliar, buscam compreender o ambiente que a pessoa mora, analisa a situação e encaminha para as redes. Para os alunos, o profissional precisa conhecer como estão organizadas as políticas sociais em cada local, para contribuir com o acesso, bem como, deve informar a população sobre os seus direitos e como consegui-los. Para os mesmos, o assistente social considera a subjetividade e a história das pessoas de modo a atuar com os indivíduos e não sobre os indivíduos.

A atuação em equipes multiprofissionais e em rede foi destacada pelos alunos como um desafio para o exercício profissional, devido a alguns profissionais demandarem ações que fogem da atribuição do assistente social, sobrecarregando o profissional e impedindo uma atuação ampliada na sociedade. Outro desafio destacado pelos alunos é a dificuldade de liberação dos recursos necessários para o atendimento à população.

Os alunos da Liga de Serviço Social, também ressaltaram que a profissão passou por uma transformação nas últimas décadas, mas ainda existem profissionais com uma prática conservadora e instituições que esperam que o profissional tenha uma prática com esse caráter conservador, dificultando uma atuação emancipadora.

6.5 COMPREENSÃO DO TERRITÓRIO E SUA RELEVÂNCIA

Os professores da Faculdade de Medicina abordaram o território como um elemento relevante para prática e para formação médica de modo diverso. Um professor apontou a relevância do território na constituição da vida, um espaço dinâmico, diverso, rico, em que as coisas acontecem, em que as pessoas consomem, onde se acessam coisas e serviços, tendo relação direta com a saúde e o desenvolvimento de doenças. Ressaltou que é a partir do território que deve se pensar a prática profissional, a atuação da equipe e o cuidado com as pessoas que fazem parte dele. Salientou a dificuldade de os profissionais pensarem a prática a partir do território, sendo o mais comum planejarem intervenções no território de fora para dentro, tendo dificuldade de aprender a transitar por ele, construindo possibilidades de atuação de modo conjunto. Continuando, um professor não aborda a questão do território diretamente, mas esclarece aos alunos que os mesmos precisam se familiarizar com as estruturas de família e sociedade onde serão inseridos; com as situações de pobreza, violência, vulnerabilidade e desinformação, bem como, precisam conhecer programas de prevenção, acompanhamento, tratamento e reabilitação oferecidos nos âmbitos municipal e estadual. Outro docente ressaltou que alguns locais de atuação favorecem mais ao médico conhecer e considerar o território que outros; Unidades de Saúde da Família de uma cidade pequena permitem que o médico leve em conta o modo de levar a vida da população, já uma UPA ou Pronto-socorro de uma grande cidade não permite esse mesmo tipo de atendimento.

Os alunos das Ligas de Pediatria e de Saúde da Família e Comunidade ressaltaram a importância de se conhecer a casa das pessoas, como elas moram, sua vida e suas necessidades, aproximando da realidade do paciente. Apontaram que o território está relacionado com o ambiente que a pessoa está inserida e suas dinâmicas, envolve a paisagem, o comércio, a infraestrutura, a rede da saúde, as relações entre as pessoas, as questões econômicas e a cultura, como os indivíduos interagem com a cidade, vai muito além do espaço, explica as relações entre as pessoas e como a cidade está organizada.

Para os alunos do curso de Medicina, as pessoas são influenciadas pelo meio, as condições de saúde são afetadas pela realidade que as pessoas vivem e por esse motivo

o tratamento não pode ser igual, deve ser adequado às situações de vida de cada um. É fundamental seguir o princípio da equidade, tratando de modo desigual os desiguais. Continuando, os mesmos disseram que em uma cidade existem diferentes realidades, com modos de vida e acesso à saúde de forma diferente. O sistema de saúde deve ser organizado de acordo com cada realidade, analisando as características de cada território, de cada população. Finalizando os alunos enfatizaram a importância da atenção primária, porque a equipe multiprofissional conhece a realidade, as pessoas e seu modo de vida, podendo compreender as causas do adoecimento.

Sobre o território e sua influência na organização dos serviços de saúde e na prática do enfermeiro, os professores da Faculdade de Enfermagem abordaram a questão por diferentes enfoques. Um professor afirmou que a compreensão do território é essencial na prática em saúde pública, porque permite entender o funcionamento da comunidade e as influências na vida das pessoas, para articulação de ações de saúde a partir das necessidades da população e a garantia de acesso aos serviços. Um outro professor disse que entende território como a região em que o profissional está inserido, com relações sociais e com uma determinada população. Ressaltou que o território tem influência em todas as ações que são prestadas à população e que a participação ativa da população modifica a realidade. Destacou a importância de as equipes de saúde envolverem os usuários na construção das soluções dos problemas existentes e de construir bom relacionamento com a comunidade, de forma empática e respeitosa.

Outro professor do curso de Enfermagem descreveu território como a área de abrangência da unidade, que muda de acordo com a inserção do profissional no sistema, se está em um distrito sanitário por exemplo, terá uma configuração diferente de uma Unidade de Saúde da Família. Salientou que o território influencia na prática devido às particularidades de cada microrregião e o conhecimento do território permite um melhor planejamento das ações de saúde em resposta às necessidades de saúde da população. Para o docente, o uso de recursos existentes no território amplia a capacidade de cuidado da equipe. O mesmo destacou que apesar da importância de se conhecer o território em que atua, o profissional não pode compreendê-lo como algo isolado, estático, ele é dinâmico e a população também é dinâmica e interage com outros territórios. Finalizando, afirmou que a Faculdade de Enfermagem ainda pode melhorar a formação dos alunos

para atuação nas políticas públicas, precisando desenvolver mais o compromisso de participação dos profissionais na sociedade.

Os professores da Faculdade de Serviço Social destacaram a importância de o assistente social atuar a partir dos territórios concretos com suas dinâmicas e potencialidades. Um professor afirmou que o território tem que ser um elemento essencial para construção da prática dos assistentes sociais. De acordo com o mesmo, o lugar onde as pessoas moram fala sobre as suas necessidades e as possibilidades de intervenção profissional, sobre a compreensão da comunidade das políticas sociais, da relação com as instituições, do acesso ao saneamento básico, das possibilidades de trabalho. O território diz sobre os indivíduos e a atuação profissional vai ser pautada pela realidade, sendo diferente fazer uma visita domiciliar no morro ou em um prédio em uma avenida central. O professor destacou que a reflexão crítica é inerente a prática do assistente social e o profissional deve sempre problematizar as questões que surgem nos territórios e as demandas da comunidade e da gestão, rompendo com a ação descontextualizada e burocrática. Apontou que os profissionais precisam brigar por condições adequadas de trabalho, não atuando apenas como se fosse uma ação militante. Para o docente, as condições socioeconômicas dos territórios interferem nas decisões políticas quanto a destinação de recursos e na garantia de condições adequadas de trabalho e que o plano de ações sociais do município é influenciado pelos elementos do território.

Um outro docente do curso de Serviço Social trouxe uma compreensão ampliada do território, como algo vivo e dinâmico, que vai muito além do mapeamento dos serviços. Ressaltou a importância das contribuições de autoras como Aldaiza Sposatti e Dirce Koga para essa discussão.

Outro professor apontou que o território é um elemento importante para organização da rede de serviços de modo descentralizado, devido às diferenças regionais, culturais, sociais, climáticas e de linguagem. Destacou o desafio de se efetivar a política social em cada local, respeitando as características e as particularidades de cada um e ao mesmo tempo manter uma coerência nos princípios. Para o docente, desde 2015, com a recessão há restrição nos recursos investidos nas políticas sociais que têm

impactado na efetivação dessas políticas. Apesar disso, o professor, disse que houve uma melhora nos indicadores e na qualidade de vida nos últimos 30 anos, sendo que de modo geral o Brasil hoje é um lugar melhor para se viver que no período anterior. Continuando, o docente salientou que de forma geral o SUAS tem conseguido desempenhar sua função, mas é um sucesso relativo, poderia ter avançado mais no período recente.

Os alunos da Liga de Serviço Social ressaltaram a importância da aproximação com os territórios, para que se possa conhecer a população com sua cultura, seus valores e seu modo de levar a vida, as vulnerabilidades presentes, os recursos existentes e os indicadores sociais. Destacaram que os serviços e os profissionais precisam adequar a sua prática a cada realidade.

6.6 METODOLOGIA DE ENSINO

Os professores do curso de Medicina abordaram a metodologia de ensino adotada a partir de sua prática pedagógica. Um professor apontou que hegemonicamente a metodologia adotada na Faculdade é tradicional, tendo alguns professores que buscam metodologias ativas. Ressaltou que a maioria dos alunos tem dificuldade com esse tipo de metodologia devido a sua formação pregressa no método tradicional. De acordo com o docente, em saúde coletiva são adotadas metodologias ativas, com uso de recursos diversos (vídeos, músicas, dramatização e discussão em grupos) com envolvimento dos alunos, na leitura prévia do material, na construção do conhecimento e com as suas experiências e vivências, porém nesse momento da pandemia houve um retrocesso para metodologias mais tradicionais, com o uso de slides. O mesmo docente disse que há um bom entrosamento entre os professores de saúde coletiva, com planejamento coletivo das aulas, mas que cada um executa do seu modo. Para o docente, ainda há a necessidade de se aprimorar o diálogo e a construção coletiva das propostas com as equipes dos serviços que recebem os alunos, pois apesar da presença constante, as práticas realizadas ainda são pontuais. Também ressaltou a necessidade de a universidade melhorar sua articulação com os municípios, com os campos de práticas,

muitas ações ainda acontecem de modo informal, a partir das relações pessoais dos professores com os profissionais da rede de saúde.

Outro professor salientou que a prática docente e o processo de ensino-aprendizagem vêm mudando muito. Apesar do acesso à informação estar fácil, muitas vezes o aluno não consegue processar toda informação, sendo um desafio para o professor ajudar na sistematização do conhecimento.

Os alunos das Ligas de Pediatria e de Saúde da Família e Comunidade ressaltaram que a Faculdade de Medicina de Taubaté é bem tradicional, a maioria dos professores trabalha com aulas expositivas e o que os alunos aprendem na teoria depois é visto na prática nos laboratórios e no hospital. Para esses alunos a formação é muito fragmentada nas especialidades, dificultando a compreensão e o cuidado da pessoa como um todo. Apesar das aulas serem teóricas e expositivas, os alunos disseram que vários professores compartilham suas experiências, ajudando-os a aprenderem mais e irem conhecendo a prática. Ressaltaram a importância de o professor instigar e envolver o aluno, cativar, fazer com que o aluno queira aprender, queira ser como ele.

Destacaram que alguns professores mais novos vêm introduzindo outras metodologias, mesclando com as aulas tradicionais. A disciplina de práticas integradoras usa do método Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), que parte de um caso clínico, em que os alunos estudam e pesquisam sobre o caso e depois discutem em grupo, fazem apresentação para a turma e respondem a questões. Para os alunos o PBL ajuda na integração dos conhecimentos e na construção do raciocínio clínico.

Os alunos apontaram que há uma tendência na mudança do método de ensino por causa do uso da tecnologia, que precisam ir em busca do conhecimento. Porém, apesar de os alunos terem mais autonomia, muitos buscam soluções mais fáceis para os problemas, não aprofundam no estudo. Salientam que a maioria foi formada no método tradicional e tem dificuldade na construção do conhecimento sozinhos.

Quanto à formação subjetiva e relacional, os alunos disseram que a formação médica tem sido mais humanizada, apesar de maior parte da carga-horária ainda ser para formação técnica, teórico-prático. Apesar de se abordar mais a humanização, os alunos disseram que isso ainda se dá de forma teórica e que sentem falta de isso ser

abordado de forma prática, concreta. Ressaltaram que esses conteúdos só são trabalhados na disciplina Humanidades Médicas no primeiro período e na disciplina de Medicina e Espiritualidade no quarto período. Apontaram que alguns projetos de extensão, em parceria com a Faculdade de Psicologia auxiliam nessa formação, mas ainda é algo muito pontual, não existe algo sistematizado na Faculdade com esse foco.

Uma aluna da Liga de Medicina de Saúde da Família e Comunidade ressaltou que a Faculdade de Medicina da UNITAU oferece um conjunto de disciplinas que trazem um caráter mais humanizado da Medicina, que em todos os semestres têm alguma disciplina com esse perfil. Porém, depende muito do interesse, envolvimento e sensibilidade do aluno. Outro aluno ressaltou que essa não é uma iniciativa da Faculdade, mas que está relacionada com a mudança nas diretrizes para o curso de Medicina, cumprindo as exigências mínimas do MEC.

Os professores da Faculdade de Enfermagem apresentaram diferenças e semelhanças quanto a sua prática pedagógica. Um professor disse que busca com os alunos a aprendizagem significativa, respeitando a suas vivências, construindo a aula a partir das experiências dos alunos, usando metodologias ativas, envolvendo os alunos na construção do conhecimento, atuando como facilitador na sistematização do saber. Outro professor relatou que usa muito aulas expositivas com slides, sempre correlacionando com a prática, trazendo exemplos de suas vivências e experiências e que busca articular os conhecimentos de outras disciplinas na construção do conhecimento, incentivando o aluno a fazer estas correlações e construir novos saberes vinculados com a prática do enfermeiro.

Um outro professor traz uma postura muito interessante sobre sua prática pedagógica e sua atuação como docente. Afirmou que não se considera um professor, mas sim um lavrador, que semeia as sementes, e a germinação dessas depende dos alunos. Apontou que o professor deve mostrar o caminho, contando um pouco das suas experiências, ajudando na busca do conhecimento e que o aluno é que irá construir a sua aprendizagem. Destacou que as aulas expositivas permitem que os alunos obtenham informações, mas não favorecem a construção do conhecimento. Quando eles pesquisam, fazem conexão daquelas informações com outras e o conhecimento vai

sendo construído e internalizado. O professor ressaltou que a prática pedagógica deve estimular a reflexão e que o aluno da Enfermagem é trabalhador, precisa ser mais apoiado e estimulado.

Os alunos da Liga de Enfermagem apontaram a existência de um relacionamento positivo com os professores, que estes buscam conectar a teoria com a prática favorecendo uma aproximação com a atuação do enfermeiro, porém devido a pandemia, houve mudança na dinâmica formativa.

Uma aluna relatou que iniciou na Faculdade no segundo semestre de 2020, já no período remoto. Disse que teve um pouco de dificuldade de adaptação no início, sentiu falta do contato com as pessoas e que ainda não se sente uma universitária. A aluna disse que apesar das dificuldades desse período a Faculdade garantiu condições para o aprendizado. Ressaltou que a disciplina de Indivíduo, Sociedade e Trabalho (IST) permitiu a aproximação com a realidade mesmo à distância. Outra aluna ressaltou que apesar das dificuldades, esse período de aulas remotas foi importante porque aprendeu a estudar, a buscar o conhecimento e não ficar esperando apenas do professor.

Para um professor da Faculdade de Serviço Social a formação em Serviço Social se dá por um processo de desconstrução e reconstrução contínua, no qual, o amadurecimento pessoal e profissional vai sendo gradativo, a partir do acesso a reflexões e discussões mais profundas que vão revelando para os alunos que as situações da vida e as relações sociais são mais complexas que a visão que eles trazem do senso comum. Relata ainda, que gradativamente os alunos vão compreendendo os elementos que interferem e compõem as questões sociais e o curso vai apresentando caminhos para a construção da prática e da competência profissional. O professor ressaltou a importância da proximidade com os alunos no processo de ensino-aprendizagem, sempre com uma atitude honesta e franca, um diálogo constante, ouvindo as opiniões dos alunos. Salientou que o que mais funciona é o presencial, estar junto, é a proximidade dos professores com os alunos. Destacou a necessidade de deixar claro para os alunos os limites institucionais e os parâmetros da formação.

Sobre o plano pedagógico do curso, o professor enfatizou que este é um documento vivo, que está sendo reformulado atualmente, com alteração na matriz

curricular, a partir das orientações dos visitantes do MEC e da experiência do corpo docente. Salientou que na Faculdade existem divergências conceituais entre os docentes, nem todos seguem a mesma teoria, porém todos tem como eixo estruturante a identidade da profissão. Para o mesmo docente, a reforma do ensino universitário em curso nos pais, com ampliação dos cursos à distância, sucateia o ensino e dificulta a formação de um profissional crítico, que faz uma análise da conjuntura, e desfavorece a construção de um processo de ensino que parte de uma relação horizontal entre professor e aluno, em que o conhecimento é construído conjuntamente. Segundo o docente, o modelo tradicional de sala de aula também não é adequado para formação do assistente social, sendo necessária uma estrutura física mais adequada e outras formas de organização da prática pedagógica que garantam uma relação mais próxima e com vínculo entre o educador e o educando.

O segundo professor do curso de Serviço Social disse que a teoria deve estar articulada com a prática e que os alunos precisam ser capazes de fazer uma análise de conjuntura consistente. Relatou algumas práticas de aproximação dos alunos com os usuários dos serviços de assistência social, que permitiram a eles ampliarem os olhares e desenvolverem empatia com os mesmos.

Outro professor afirmou que contribui com a formação auxiliando os alunos a compreenderem como a legislação estabelece a relação entre o cidadão e o serviço público de assistência social, a partir da compreensão que cidadania está associada à possibilidade de os cidadãos usufruírem dos seus direitos. Afirmou que a atuação do assistente social deve estar pautada nessa concepção de cidadania. O professor relatou que trabalha com aulas expositivas, exercícios, atividades para nota após a leitura de textos complementares e seminários e que os alunos do curso de Serviço Social são muito participativos e gostam das atividades que envolvem pesquisa e a sistematização do conhecimento, como os seminários e ressaltou que essas atividades favorecem a articulação entre teoria e prática.

Os alunos da Liga de Serviço Social apontaram que os professores utilizam de métodos diversificados, como aulas expositivas, seminários e simpósios. Destacaram a preocupação dos docentes com os alunos e a flexibilidade que tiveram neste período de

pandemia. De acordo com os alunos, os professores buscaram fazer a conexão da teoria com a prática por meio do relato de suas vivências, de profissionais convidados e projetos de extensão que favoreceram a aproximação com a realidade. Salientaram que os estágios favorecem a conexão entre a teoria e a prática.

6.7 INSERÇÃO DO ALUNO NA PRÁTICA

Os professores da Faculdade de Medicina abordaram diferentes aspectos da inserção dos alunos na prática. Um professor disse que a formação em Medicina ainda é centrada no hospital, sendo 90% da carga-horária de práticas realizadas dentro dos hospitais e que alguns professores ainda têm preconceito quanto à saúde pública e afirmam que não formam profissionais para atuarem no SUS. Um docente ao abordar a formação em pediatria, salientou que a inserção na prática é feita de modo gradativo. Desde os primeiros períodos os alunos desenvolvem atividades de aleitamento materno, com atenção à gestante e puérpera nas Unidades Básicas. Conforme o docente, durante o curso os alunos vão sendo inseridos nas atividades hospitalares, ambulatoriais, sala de parto, neonatologia, enfermarias, pronto-socorro e unidades de terapia intensiva (UTI). O mesmo ressaltou a importância do laboratório de simulação para o desenvolvimento de habilidades técnicas. Outro professor ressaltou que a Faculdade de Medicina busca inserir o aluno na prática desde o início do curso. Desde o quinto semestre o aluno tem aulas no Hospital Universitário (HU). Segundo o professor, as ligas auxiliam nesse contato dos alunos com a prática.

Os alunos das ligas de pediatria e de Medicina de Saúde da Família e Comunidade ressaltaram que a formação é dividida em três Ciclos: Básico, Clínico e Internato e que a inserção na prática se inicia de forma efetiva no Ciclo Clínico, a partir do quinto período. No Ciclo Básico tem algumas disciplinas que fazem essa aproximação com a prática, principalmente, nos laboratórios. Conforme os alunos, a disciplina optativa de Saúde Coletiva no segundo semestre, trabalha habilidade de comunicação com o paciente, empatia e realiza visitas domiciliares podendo ter contato com a parte prática já no início do curso. No Ciclo Clínico esse contato é constante, sendo muitas aulas realizadas no

hospital. O Internato é realizado principalmente no hospital, mas também, tem estágio em Unidades de Saúde da Família.

Os alunos enfatizaram que a prática é fundamental para a construção do conhecimento e ressaltaram a importância das Ligas na aproximação com a prática, no contato com os pacientes e na compreensão ampliada do cuidado. Disseram ainda que os participantes das Ligas podem acompanhar os atendimentos realizados no hospital e nos ambulatórios desde o começo do curso, possibilitando um contato constante e progressivo com a prática.

Os alunos da Liga de Medicina de Saúde da Família e Comunidade disseram que realizam diversas atividades nas Unidades de Saúde da Família, como: visitas domiciliares, educação em saúde, orientação sobre cuidados em saúde e acompanhamento dos atendimentos médicos. A Liga realiza também aulas sobre o SUS e Saúde da Família, cursos, simpósios abordando temas mais humanizados, relacionais e atividades na comunidade. De acordo com os alunos a Liga havia um projeto de inserção dos alunos no sistema prisional, uma população com a saúde muito negligenciada, que não foi realizada em 2020 devido a pandemia de COVID-19.

Os professores da Faculdade de Enfermagem destacaram o compartilhamento de suas experiências com os alunos e os estágios como elementos fundamentais de aproximação com a prática profissional. Um professor apontou que utiliza muito de suas vivências e experiências para aproximar o aluno da prática em Enfermagem. Para o docente, isso desperta a atenção deles para as aulas e favorece a aprendizagem da teoria e prática. Ressaltou que os estágios são o momento privilegiado para o aluno fazer a articulação da teoria com a prática e que a inserção nos serviços de saúde favorece a absorção de diversas informações que vão auxiliar na formação profissional. O docente afirmou que devido a quantidade de Faculdades de Enfermagem na região os campos de estágio estão ficando saturados, com dificuldade de absorver todos os alunos.

Outro professor destacou que o curso de Enfermagem da UNIVAP tem uma boa carga-horária de atividades práticas em laboratórios e nos estágios nos serviços. O aluno é inserido na prática a partir do quarto semestre e no sétimo e oitavo semestre ele realiza os estágios, com uma carga-horária superior a mil horas de estágio. O professor apontou

que essa formatação do curso é recente (menos de quatro anos), antes a carga-horária de estágio era mais diluída durante o curso e essa mudança se deu devido a orientações do MEC.

Os alunos da Liga de Enfermagem apontaram que o curso está estruturado de modo que o aluno veja o conteúdo na teoria e logo em seguida na prática. No período remoto houve um aprofundamento maior da teoria e uma perda da vivência prática.

Um professor do curso de Serviço Social relatou que o curso de Serviço Social já teve um momento com maior número de alunos, com bolsas de estudo do governo, campo de estágios remunerados e apoio para os estagiários. Hoje tem sido mais difícil conseguir bons campos de estágio com remuneração. Salientou que com a diminuição da carga-horária dos assistentes sociais, de quarenta para trinta horas, os profissionais têm menos tempo para realizar todas as atividades e, conseqüentemente, menos tempo para supervisão de estágio. Apontou que a inserção do aluno no campo se dá de forma gradativa a partir do meio do curso. Continuando, o professor disse os alunos têm uma formação básica e depois iniciam os estágios, sendo um semestre de observação e dois semestres de estágio prático. Além dos estágios, os alunos têm disciplinas de caráter extensionista em todos os semestres, eles vão para a comunidade, fazem visitas, recebem membros da comunidade na universidade.

Um outro professor salientou que a integração dos alunos com a prática se dá por meio de projetos de extensão e atividades práticas, que levam os alunos ao território para conhecer suas dinâmicas e características.

Outro docente do curso de Serviço Social destacou que são realizados diversos eventos com temas variados e que há uma preocupação do curso em trazer visões de mundo distintas, com abordagens diferentes, em temas sensíveis à sociedade e para o trabalho do assistente social. Segundo o professor, durante o curso, o aluno tem contato com muito conteúdo, material, profissionais e organizações que favorecerão a sua prática profissional. Ressaltou a importância dos estágios na formação e destacou a atuação da coordenação do curso para viabilização desses estágios. Salientou a seriedade como os estágios são encarados pelos docentes e pela coordenação do curso de Serviço Social.

As alunas da Liga de Serviço Social afirmaram que os estágios e os projetos de extensão são os momentos privilegiados para articulação entre a teoria e a prática.

6.8 INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE

Os docentes de Medicina entrevistados abordaram a importância da interdisciplinaridade na formação e o preparo dos alunos para a atuação em equipes multiprofissionais. Um professor ressaltou a importância da articulação entre as disciplinas, porém disse que isso ainda é um grande desafio, pois há pouco entrosamento entre as disciplinas do curso e dessas com disciplinas de outros cursos da Universidade. Para o docente as ações são pontuais, pois em geral a formação médica é isolada do resto. O professor enfatizou a necessidade da atuação em equipes multiprofissionais e disse que busca trabalhar dessa forma em sua prática docente, mas enxerga um certo preconceito dos alunos da Medicina com outros cursos, principalmente com a Enfermagem, como se fosse uma função subalterna. Para o mesmo, a gestão e a organização dos serviços reforçam a posição de superioridade dos médicos. Outro professor enfatizou a importância de a formação preparar os alunos para atuarem em equipes multiprofissionais, sendo desenvolvidos alguns projetos junto com os cursos de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia. Destacou que vem melhorando a integração entre algumas disciplinas como a Neonatologia e Obstetrícia.

Sobre a integração entre as disciplinas na Faculdade de Medicina, um dos professores apontou que a disciplina de Práticas Integradoras no Ciclo Básico favorece a integração dos conhecimentos e que alguns professores buscam articular os conteúdos de sua disciplina com os conteúdos de disciplinas de períodos anteriores. Ressaltou que a organização do currículo não favorece muito essa integração e que outras faculdades conseguem fazer uma integração maior.

Os alunos relataram que algumas disciplinas optativas são desenvolvidas conjuntamente com alunos de outros cursos, mas são ações muito pontuais. Destacaram que alguns projetos de extensão e campanhas de prevenção e promoção da saúde são desenvolvidos com alunos de vários cursos e afirmaram que algumas Ligas desenvolvem ações conjuntas com o curso de Psicologia, Enfermagem e Nutrição. Para os alunos

esses movimentos de aproximação são interessantes e a Universidade deveria ter mais ações que favorecessem essa articulação.

Os professores da Faculdade de Enfermagem enfatizaram a importância da interação entre as disciplinas e a atuação em equipes multiprofissionais. Um professor apontou que algumas disciplinas dos primeiros semestres são realizadas em conjunto com os alunos de outros cursos da Faculdade de Ciências e da Saúde da UNIVAP (FCS), favorecendo a integração dos alunos dos diversos cursos e uma atuação multiprofissional no futuro. Um professor disse que enxerga claramente as conexões das diversas disciplinas durante o curso, porém nem sempre os alunos conseguem ver essas conexões. Salientou que não existem mecanismos formais na Faculdade que façam essas conexões. Destacou que está ocorrendo uma reformulação do plano pedagógico dos cursos da FCS, com mudança nas grades curriculares, de modo a integrar disciplinas e conteúdos e trabalhar a formação do aluno de modo global. Outro professor afirmou que há uma busca por uma maior articulação entre as disciplinas através da construção de eixos que englobam disciplinas afins, porém ainda é um processo em construção, pois existem vários desafios a serem superados.

Sobre a articulação entre os alunos dos diferentes cursos da FCS, um professor apontou que há pouca interação com os outros cursos, que recentemente foram criadas quatro Ligas Acadêmicas que são multiprofissionais. Outro professor enfatizou a importância da atuação multiprofissional desde a graduação e relatou que acompanhou durante um período alunos de vários cursos em uma comunidade carente, desenvolvendo diversas atividades. O mesmo professor disse que o trabalho foi desenvolvido pela Faculdade sem o apoio da Prefeitura e que tentou aproximação com a unidade de saúde mais próxima, porém sem adesão da equipe ao trabalho. O docente salientou a importância da articulação da formação profissional com a rede de saúde, de modo que as ações não sejam soltas e descoladas da prática da equipe da unidade de saúde e apontou também, a importância dos alunos e dos profissionais das equipes terem um bom diálogo com as lideranças e instituições existentes na comunidade.

Os alunos da Liga de Enfermagem disseram que ocorre uma boa interação entre as disciplinas, e que tem matérias diferentes que conversam entre si. Ressaltaram que a

organização em eixos de disciplinas tem favorecido essa integração e que os conhecimentos estão bem interligados. Os alunos ressaltaram que as Ligas favorecem um olhar ampliado para o cuidado, vendo a pessoa de modo integral, porque participam alunos de diversos cursos da FCS. Ressaltaram que nas discussões são abordados temas relacionados à saúde coletiva e que no final do ano as Ligas desenvolveram um projeto social de caráter solidário, que favoreceu muito o desenvolvimento do olhar para o próximo.

Sobre a interação com os alunos dos diversos cursos da FCS os alunos do curso de Enfermagem entrevistados disseram que algumas disciplinas são ministradas para alunos de vários cursos, porém devido ao ensino remoto essa integração ficou bem prejudicada. Destacaram que a disciplina de IST é ministrada para os alunos de vários cursos da FCS, e como os trabalhos e as atividades são realizadas em grupos mistos, estimula a interação entre eles. Porém, apesar dessa dinâmica da disciplina favorecer a interação, os alunos apontaram que a falta do encontro presencial, devido a pandemia, dificultou este processo.

A interdisciplinaridade foi apontada pelos professores do curso de Serviço Social como um elemento norteador para a organização da formação. Um professor afirmou que há uma integração muito grande entre as disciplinas, os professores têm acesso aos planos de aula de todas as disciplinas, havendo discussões entre eles para construção dos planos, garantindo uma transversalidade no curso. Conforme o docente, como a formação é generalista e interdisciplinar, há uma necessidade de aproximar os professores que são de outras áreas para o exercício profissional do assistente social. Para o mesmo, o Núcleo Docente Estruturante tem o compromisso de garantir a interdisciplinaridade entre o corpo docente do curso, favorecendo que o aluno consiga fazer a articulação entre os conhecimentos ministrados em cada disciplina para a composição da sua prática profissional. Enfatizou que para que isso aconteça, são realizadas muitas reuniões e há um diálogo constante entre os docentes. O docente disse ainda, que a interação dos alunos do curso de Serviço Social com alunos de outros cursos se dá a partir da liga e na utilização conjunta do prédio com o curso de direito.

Um outro professor do Curso apontou que ao montar a disciplina que leciona no curso de Serviço Social busca identificar os conteúdos mais relevantes para formação do assistente social e dialogar com outras disciplinas do curso que trabalham temas afins. Saliou que há um bom diálogo entre as disciplinas, principalmente aquelas que abordam conteúdos próximos. Apontou que a interação com alunos de outros cursos se dá por meio dos eventos que a Faculdade promove. Para o mesmo professor, o período da pandemia prejudicou um pouco essa integração interdisciplinar. Sobre a mesma questão, outro professor se contrapôs a essa compreensão ao afirmar que a articulação interdisciplinar ainda é muito incipiente, ocorrendo apenas em atividades pontuais.

Os alunos da Liga de Serviço Social afirmaram que há uma ótima interação entre as disciplinas, que uma disciplina complementa a outra e a coordenação do curso favorece essa articulação. Sobre a interação com os alunos de outros cursos da Universidade, os alunos da Liga de Serviço Social apontaram que há uma boa interação com os alunos de outros cursos. Algumas disciplinas são realizadas com alunos de outros cursos. Destacaram a disciplina de IST que alunos dos diversos cursos da FCS e prepara os alunos para uma atuação multiprofissional.

7 COMPREENDENDO A PRÁTICA À LUZ DA TEORIA

A análise dos Projetos Pedagógicos dos cursos de Medicina da Universidade de Taubaté e Enfermagem de Serviço Social da Universidade do Vale do Paraíba, das entrevistas com os docentes e dos grupos focais com os discentes induziu a reflexão sobre os processos formativos desses cursos, a forma como articulam teoria com práticas concretas, a fim de se compreender os principais fatores que têm influenciado a formação profissional. Para essa análise foram utilizadas as seguintes questões norteadoras:

1. Como a reforma e ampliação do ensino superior implantada no País tem influenciado a organização dos cursos de Enfermagem, Medicina e Serviço Social?
2. As propostas de alteração das Diretrizes Curriculares Nacionais têm conseguido romper o modo hegemônico de formação em saúde?
3. A formação em Serviço Social tem sido pautada pelo projeto ético-político rompendo com a tradição assistencialista da profissão?
4. A atuação dos profissionais de Enfermagem, Medicina e Serviço Social tem sido direcionada a partir das políticas sociais de saúde e assistência social ou há uma atuação profissional pautada pela lógica de mercado?
5. Quais são os dispositivos de ruptura utilizados pelas Faculdades estudadas que tem conseguido romper com o modelo formativo hegemônico?
6. Quais práticas pedagógicas têm favorecido que o território se constitua como elemento norteador do processo formativo?

Tais questões são apresentadas a seguir tratadas individualmente em suas especificidades.

7.1 COMO A REFORMA E AMPLIAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR IMPLANTADA NO PAÍS TEM INFLUENCIADO NA ORGANIZAÇÃO DOS CURSOS DE ENFERMAGEM, MEDICINA E SERVIÇO SOCIAL?

A expansão e a reforma universitária implementada no País a partir da década de 1970 teve forte influência do processo de globalização de cunho neoliberal, que buscava a ampliação dos mercados consumidores e das atividades econômicas, maior fluidez de

capitais entre os países e a redução da ação do Estado na garantia de direitos sociais. Partia do princípio de que a educação é uma mercadoria a ser consumida no mercado, fato que favoreceu uma significativa ampliação das instituições de ensino superior privadas e o subfinanciamento e a estagnação das instituições de ensino superior públicas.

A política educacional do governo neoliberal da época estava em consonância com as orientações dos organismos internacionais como o Banco Mundial, o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Organização Internacional do Comércio ou Organização Mundial do Comércio (OMC) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) que buscavam financiar o desenvolvimento dos países subdesenvolvidos conforme os interesses do capital internacional. Neste sentido foi elaborado o documento “La Educación Superior en los Países en Desarrollo: peligros y promesas” que veio a influenciar as políticas educacionais de muitos países da América Latina. Este documento vinculava o financiamento dos sistemas educacionais ao cumprimento de um conjunto de condicionalidades articuladas às políticas neoliberais. Propunha a criação de um sistema diversificado de ensino superior, que contaria com universidades de pesquisa, em geral públicas, que buscam a excelência na formação de uma pequena parcela da população destinada a ocupar os postos de destaque na sociedade; as universidades regionais, que podem ser públicas ou privadas, e se destinam à formação de uma grande quantidade de profissionais para o mercado de trabalho; os institutos profissionais e institutos técnicos privados, com cursos de curta duração destinados à formação de técnicos afinados com as necessidades do mercado. Nessa proposta o ensino superior não é concebido como um direito universal e a formação universitária passa a ser organizada segundo as necessidades exclusivas do mercado.

Esse modelo de ensino superior além de incentivar a ampliação da rede privada afetou diretamente as instituições de ensino superior públicas levadas a introduzir modernas técnicas gerenciais que possibilitasse a redução dos custos e o cofinanciamento das universidades públicas por instituições privadas, por meio do desenvolvimento de projetos de pesquisa que respondessem às demandas do mercado.

A expansão e reforma universitária de caráter neoliberal implantada no Brasil teve diferentes estratégias para ampliação do mercado educacional. Por meio da constituição de grandes conglomerados educacionais e o aporte de capital internacional conseguiu ampliar significativamente a oferta de vagas em IES privadas nos últimos 20 anos, saltando de 2.091.529 alunos em 2001 para 6.523.678 em 2019. Essa expansão teve como foco a ampliação da oferta do ensino superior para alunos de baixa renda, com mensalidades mais baratas e com um aumento na oferta de cursos em modalidade à distância EAD que, segundo o Censo Universitário de 2019, saltaram de 844 cursos e 665.429 alunos em 2009 para 4.529 cursos e 2.292.607 alunos em 2019. Tal modalidade foi ainda apoiada nos programas governamentais do PROUNI e FIES fazendo com que em 2019 45,6% dos alunos da rede privada tivessem alguma forma de bolsa (BRASIL, 2010; INSTITUTO..., 2019).

Outra estratégia adotada foi a ampliação da oferta de vagas em cursos com maior reconhecimento social e procura de vagas. Segundo o Censo da Educação Superior de 2019, dez cursos concentravam 58,9% do total de matrículas do ensino presencial na rede privada, conforme apresentado na tabela 2 (INSTITUTO..., 2019).

Tabela 2 - Distribuição do número de matrículas nos dez maiores cursos de graduação na modalidade presencial na rede de ensino privada no Brasil em 2018

Curso	Número de matrículas	Frequência %	Frequência Acumulada %
Direito	744.030	16,6	17,6
Administração	309.643	7,3	24,9
Enfermagem	251.450	5,9	30,8
Psicologia	242.595	5,7	36,6
Engenharia Civil	204.069	4,8	41,4
Pedagogia	171.289	4,0	45,5
Contabilidade	162.835	3,8	49,3
Fisioterapia	155.696	3,7	53,0

Curso	Número de matrículas	Frequência %	Frequência Acumulada %
Medicina	125.712	3,0	56,0
Arquitetura e Urbanismo	124.085	2,9	58,9

Fonte: Instituto..., 2019.

A tabela 3 apresenta os dez cursos com maior número de matrículas na modalidade EAD.

Tabela 3 - Distribuição do número de matrículas nos dez maiores cursos de graduação na modalidade EAD na rede de ensino privada no Brasil em 2018

Curso	Número de matrículas	Frequência %	Frequência Acumulada %
Pedagogia	515.057	22,5	22,5
Administração	251.495	11,0	33,4
Contabilidade	151.110	6,6	40,0
Gestão de pessoas	117.913	5,1	45,2
Educação física	94.842	4,1	49,3
Serviço social	86.391	3,8	53,1
Educação física formação de professor	69.634	3,0	56,1
Gestão de negócios	62.547	2,7	58,8
Sistemas de informação	60.510	2,6	61,5
Logística	54.803	2,4	63,9

Fonte: Instituto..., 2019.

Esse processo de expansão teve impacto direto nos cursos estudados na pesquisa. Os cursos de Enfermagem e Medicina estão entre os dez cursos de graduação com maior quantidade de alunos na modalidade presencial e o curso de Serviço Social entre os cursos com maior quantidade de alunos na modalidade EAD.

O processo de expansão da formação em Medicina no País possui características específicas devido a enorme procura e aos valores das mensalidades, se constituindo como um investimento extremamente rentável. Segundo o Portal Desafios da Educação o faturamento das Faculdades de Medicina pode chegar a um milhão de reais por aluno. O faturamento das Faculdades de Medicina privadas cresceu 78% no período de 2012 a 2017, muito superior aos 30% de crescimento do setor privado de ensino superior no mesmo período. Com essa evolução a área de Medicina já é responsável por 14% de todas as receitas do setor no País (LIMA, 2019).

A expansão das Faculdades de Medicina, a partir de 2013 foi fortemente influenciada pela implantação do Programa Mais Médicos pelo Governo Federal, que tinha como finalidade “formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS)” e como objetivo primeiro “diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde”, buscava a redução do déficit de 55 mil médicos existentes em 2012 e a ampliação progressiva da proporção de médicos por habitantes de 1,8 médico/1.000 habitantes em 2012, para 2,7 médicos/1.000 habitantes em 2026 (BRASIL, 2013; 2015).

O Programa Mais Médicos previa a expansão de vagas no curso de Medicina e de vagas de residência médica em regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante. A autorização de novos cursos de Medicina e ampliação de vagas em instituições de ensino superior privada seria realizada por meio de edital de chamamento público realizado pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC), que consideraria as deficiências de médicos em cada uma das regiões e municípios do País. Segundo o MEC, foram autorizadas 11511 novas vagas em cursos de Medicina em instituições de ensino superior públicas e privadas até 2018. No entanto, com a mudança de governo e alterações da política pública na área da educação nesse ano, as pressões do Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira, que alegavam que a ampliação na formação em Medicina teria impacto no valor dos salários desses profissionais, conseguem após intensa pressão, que o governo suspenda o processo de ampliação de vagas na formação médica (BRASIL, 2018b; 2021b; LIMA, 2019).

A ampliação das vagas nos cursos de Medicina a partir do Programa Mais Médicos ocorreu nas IES públicas e privadas, porém de forma mais acentuada nas IES privadas, que em 2018 eram responsáveis por 65,8% das vagas de Medicina. Apesar de o programa ter como foco a redução das desigualdades regionais, incentivando a ampliação de vagas nas regiões com menor oferta de cursos e nas cidades de médio e pequeno porte, ainda se verificam desigualdades importantes entre os estados e regiões do País. Nota-se haver maior concentração nas regiões Sul e Sudeste, sendo São Paulo o estado com a maior quantidade de cursos de Medicina (60) 18,6% do total (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Além da ampliação de vagas no curso de Medicina, o Programa Mais Médicos reorientou a formação médica no País, por meio dos objetivos: a) aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; b) ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; c) fortalecer a Política de Educação Permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; d) aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS (BRASIL 2015). Esses objetivos nortearam as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina, publicadas pelo MEC em 2014.

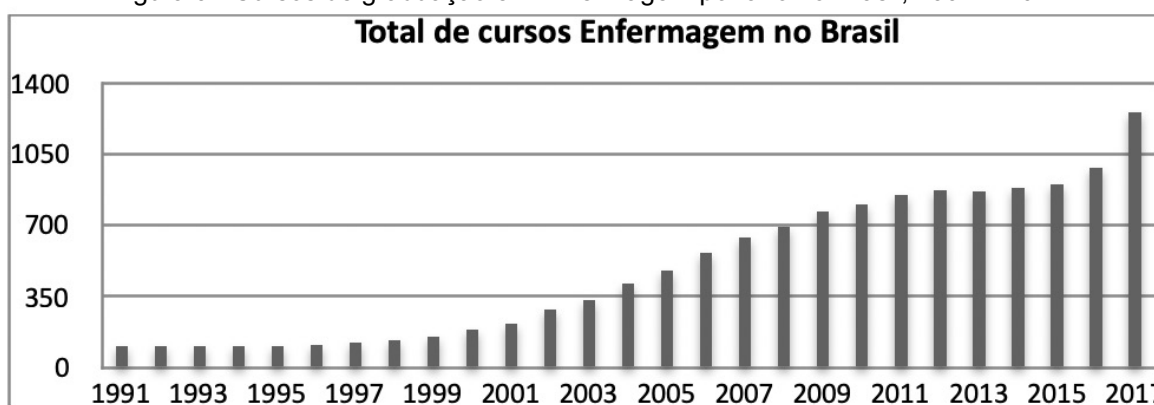
Os professores e alunos da Faculdade de Medicina de Taubaté ressaltam que esse movimento de transformação da formação médica vem ocorrendo de modo diferenciado em cada uma das IES, alguns cursos vêm reorganizando seu currículo a partir das orientações das DCNs, porém outros têm sido implantados segundo as demandas de mercado, direcionando a formação para as especialidades que tem maior status e possibilidades de maiores ganhos financeiros.

Até o lançamento do Programa Mais Médicos a RMVPLN só possuía a Faculdade de Medicina da Universidade de Taubaté com 60 vagas por ano, sendo implantadas duas novas Faculdades no município de São José dos Campos, a Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos do grupo Humanitas com 120 vagas por ano e a

Faculdade de Medicina do grupo Anhembi-Morumbi, associado ao grupo norte americano Laurearte, com 90 vagas por ano.

Os cursos de graduação em Enfermagem também tiveram uma expansão significativa no início do século XXI, em 2004 havia 415 Faculdades de Enfermagem no País, em 2017 já eram 1256, com um total de 295.126 alunos (Figura 9). Esse crescimento seguiu o padrão da expansão universitária no País nos últimos 30 anos, de caráter privado, em 2016, 82,6% cursos de Enfermagem eram privados (MARTINS *et al.*, 2020; INSTITUTO..., 2017).

Figura 9 - Cursos de graduação em Enfermagem por ano no Brasil, 1991 – 2017



Fonte: Martins *et al.*, 2020

A região Sudeste concentrava em 2016, 43,7% do total de cursos de graduação em Enfermagem e o Estado de São Paulo 22,28% (MARTINS *et al.*, 2020). Segundo o Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior do Ministério da Educação, existem 12 Faculdades de Enfermagem (todas privadas) com cursos presenciais na RMVPLN, estando localizados em sua maioria nos municípios de São José dos Campos e Taubaté (BRASIL, 2018a).

Frota *et al.* (2020) ressaltam que a expansão na formação em Enfermagem está relacionada com a ampliação da formação universitária para camadas mais carentes da população por meio do aumento do número de vagas em IES privadas, respondendo a exigência de formação superior para funções anteriormente desempenhadas por profissionais com nível técnico, fazendo que profissionais técnicos e auxiliares de Enfermagem buscassem formação universitária para manutenção de seus postos de

trabalho e/ou ampliação das possibilidades de inserção no mercado de trabalho, sendo que 31% dos graduados em Enfermagem já possuíam formação anterior como auxiliares ou técnicos de Enfermagem. Os estudos de Haddad *et al.* (2010) legitimam a hipótese de que a expansão nas vagas nos cursos de Enfermagem se deu pela ampliação do acesso de estudantes das camadas mais carentes, segundo os autores 48% dos alunos ingressantes no curso de Enfermagem no ano de 2007 tinha renda familiar de até 3 salários-mínimos, contra apenas 15% dos ingressantes no curso de Medicina no mesmo ano.

A expansão dos cursos de graduação em Serviço Social a partir da década de 1990 e de modo mais intenso nos anos da década de 2000, segue o caráter privado, buscando a ampliação do acesso aos alunos da camada mais pobre da população e com aumento gradativo da modalidade à distância em IES não universitárias. Vale destacar que a partir da década de 2010 o curso de graduação em Serviço Social passa a ocupar o 3º lugar entre os cursos na modalidade EAD, totalizando 94.595 matrículas e 8,2% do total nesta modalidade de ensino, perdendo apenas para os cursos de pedagogia e administração. No ano de 2013 iniciaram o curso de Serviço Social 25.453 alunos na modalidade presencial e 32.430 na modalidade EAD. Esses dados demonstram a tendência à privatização e precarização da formação em Serviço Social, sendo 75,9% dos alunos na modalidade presencial e 83,77% na modalidade EAD estão em IES privadas (MONTE *et al.*, 2015).

Além da expansão do número de vagas na rede privada, principalmente na modalidade a distância, a reforma universitária de caráter neoliberal em curso no País a partir da década de 1990 impactou nos rumos da formação em Serviço Social iniciado com o Projeto Ético-Político do Serviço Social e com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, que direcionavam a formação profissional segundo a concepção histórico-crítica, para um direcionamento neoconservador.

A pesquisadora e assistente social Éliidi Cristina Tinti em seu livro “Capitalismo, trabalho e formação profissional: dilemas do trabalho cotidiano dos assistentes sociais em Ribeirão Preto, São Paulo” traz uma análise consistente do movimento de reforma

universitária de caráter neoliberal, as particularidades da formação em Serviço Social e as correlações com a reforma do Estado Brasileiro e o desmantelamento da política de seguridade social criada a partir da Constituição de 1988. A autora aponta que a reforma universitária iniciada na década de 1990 tem como base a mercantilização do ensino, de modo especial do ensino superior e ampliação do mercado consumidor por meio da modalidade de EAD, que permite o barateamento dos cursos. Esse processo direciona a formação universitária às necessidades do mercado, distanciando a formação do assistente social do Projeto Ético-Político da profissão. Ressalta que a precarização da formação em Serviço Social está em consonância com o processo de redução da atuação do Estado nas políticas de cunho social. Salienta que a formação fragmentada e desqualificada impede aos profissionais de terem uma análise ampliada da questão social e direciona para uma atuação nas políticas sociais de modo focalizado, precarizado, assistencialista e descompromissada com a garantia dos direitos sociais universais. Essa atuação acrítica do Serviço Social acaba por favorecer a desestruturação da política de seguridade social.

7.2 AS PROPOSTAS DE ALTERAÇÕES DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS TÊM CONSEGUIDO ROMPER O MODO HEGEMÔNICO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE?

A Faculdade de Medicina de Taubaté não teve seu número de vagas ampliado após a implantação do Programa Mais Médicos, porém teve uma reformulação curricular após a publicação das DCNs para os cursos de Medicina em 2014, que seguiram as diretrizes do programa.

Conforme descrito anteriormente, as DCNs do curso de Medicina orientam que a formação deve ser ampla permitindo ao profissional atuar em diferentes níveis de atenção por meio de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, a partir de um olhar ampliado da saúde, contemplando suas dimensões biopsicossociais, permitindo a apreensão dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença presentes em cada um dos territórios. Esse modelo formativo se contrapõe ao modelo hegemônico de formação dos profissionais de saúde no Brasil, aquele baseado no

Relatório Flexner, de caráter biologicista, medicalizante e procedimento-centrada, com foco nos conteúdos organizados de modo isolado e fragmentado nas especialidades clínicas, separando áreas básicas e clínicas, tendo como lócus prioritário para aprendizagem o hospital.

As DCNs do curso de Medicina apontam que o projeto pedagógico deve ser construído coletivamente “centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo”, enfatizam a importância do protagonismo do aluno em seu processo de aprendizagem, inserindo estes desde o começo do curso nas redes de serviços de saúde, de modo que aprendam a considerar as necessidades da população da região em que está inserido. Afirmam o compromisso com a atenção básica em saúde, determinando que no mínimo, 30% da carga horária de estágio deve ser realizada neste nível de atenção, prioritariamente em Unidades de Saúde da Família e Comunidades (BRASIL, 2014).

O projeto pedagógico do curso de Medicina da UNITAU sofreu influência das DCNs para o curso, na definição do perfil do egresso, na concepção ampliada de saúde, na preocupação com a inserção do aluno na prática ao longo do curso e traz um compromisso claro com a formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde, ao afirmar que todos os estágios são realizados em unidades do SUS. Apesar desses avanços ainda existem alguns desafios importantes para superação do modelo hegemônico de formação. Mesmo havendo uma inserção precoce dos alunos na prática, esta acontece em grande medida nos laboratórios e no ambiente hospitalar, a atuação na atenção básica se dá apenas em algumas disciplinas específicas ou no Internato em Saúde Coletiva. A organização curricular ainda se dá de forma fragmentada, apesar das disciplinas de Práticas Integradoras favorecer a articulação dos conhecimentos nos quatro semestres iniciais do curso, essa estratégia de integração não prossegue nos semestres do Ciclo Clínico, havendo apenas iniciativas pontuais de alguns professores que acreditam na importância da articulação das disciplinas e seus saberes.

Professores e alunos entrevistados sinalizam pequenas rupturas no modelo hegemônico de formação, a partir da compreensão ampliada da saúde, incluindo as diversas dimensões do ser, biopsicossocial e um olhar mais humanizado. A reformulação

do currículo é destacada como uma iniciativa que favoreceu a ampliação do campo de práticas em Saúde Coletiva, permitindo a aproximação dos alunos com as unidades básicas. Outro elemento, ressaltado pelos alunos das Ligas entrevistados, foi a mudança gradativa da concepção de saúde, que vem sendo trabalhada de modo ampliado por alguns professores, porém este processo não é mais eficaz, devido a muitos docentes ainda se concentrarem nas questões físicas e nos sintomas, sem conseguir desenvolver nos alunos uma escuta efetiva para as necessidades dos usuários.

As entrevistas possibilitaram a identificação de fatores que dificultam os movimentos de transformação dos processos formativos da Faculdade de Medicina de Taubaté, entre esses, é destacado que os profissionais continuam sendo formados para uma atuação que desconsidera as singularidades dos usuários com uma prática prescritiva voltada para o diagnóstico e encaminhamento para as especialidades. Esse olhar fragmentado dificulta a compreensão e o cuidado da pessoa como um todo.

As DCNs do curso de Medicina não abordam diretamente as metodologias que devem ser utilizadas na formação, porém destacam que o aluno deve ser protagonista de seu processo ensino-aprendizagem. Os professores e os alunos das Ligas de Pediatria e de Saúde da Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da UNITAU ressaltaram que a maioria dos docentes utilizam métodos tradicionais de ensino, por meio de aulas expositivas, sendo incorporadas gradativamente por alguns docentes, metodologias ativas com o uso de recursos diversos (vídeos, músicas, dramatização e discussão em grupos) com envolvimento dos alunos, na leitura prévia do material, na construção do conhecimento e com as suas experiências e vivências, sendo que essa prática já está consolidada na disciplina de Saúde Coletiva.

A atuação em equipes multiprofissionais segundo um olhar interdisciplinar é fundamental para promoção do cuidado integral em saúde e ruptura do modelo assistencial com foco nos aspectos biológicos do processo saúde-doença e na valorização da prática médica em detrimento das demais profissões. O projeto pedagógico do curso de Medicina não aborda essa questão, reforçando assim a formação de médicos que se veem como superiores às demais categorias profissionais da área da saúde e aos usuários. Apesar dessa questão não ser abordada no projeto

político do curso, os alunos das ligas acadêmicas apontaram a necessidade de se retirar o médico desse lugar de superioridade, de detentor de todo saber e verdade e colocá-lo em uma posição mais humana, que troca informações com o paciente, que respeita as experiências e saberes de outras pessoas. Mostraram a necessidade de se comunicar com o paciente de forma simples, de modo que ele entenda sua situação. Salientaram que a percepção da sociedade, que ainda considera o médico como detentor do saber, coloca uma responsabilidade na sua atuação.

Os achados dessa pesquisa dialogam com os estudos de Feuerwerker e outros autores que ressaltam que apesar da existência de diversas iniciativas de transformação na formação médica implantadas no País nos últimos 20 anos, muito ainda se tem que avançar para a desconstrução do modelo hegemônico de formação em saúde.

As DCNs da graduação em Enfermagem estabelecem que os enfermeiros devem ter habilidades e competências vinculadas à atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, educação permanente, administração e gerenciamento. Enfatizam que a formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Ressaltam a importância da formação de profissionais que compreendam a saúde de forma ampliada, considerando os aspectos biopsicossociais, permitindo um olhar ampliado para o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Enfermagem.

Conforme abordado no capítulo 3, as DCNs do curso de Enfermagem apontam a importância da articulação teórico-prática e o uso de metodologias de ensino que tragam o aluno para o centro do processo formativo e favoreçam a análise crítica da realidade, práticas pedagógicas que articulem o aprendizado com a prática e o convívio e a utilização de estratégias que estimulem a discussão e a construção coletiva do conhecimento. Ressaltam que o curso de graduação em Enfermagem deve articular ensino, pesquisa, extensão e assistência, que as atividades teórico-práticas devem ser realizadas desde o início do curso de forma integrada e interdisciplinar, propiciando uma educação para cidadania.

O projeto pedagógico do curso de Enfermagem da UNIVAP é fortemente influenciado pelas DCNs para o curso. Propõe uma formação profissional abrangente, que prepare os futuros enfermeiros para atuar em diferentes serviços de saúde, nos três níveis de atenção, por meio de ações de prevenção, promoção, manutenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Aborda em diversos momentos a importância da atuação em equipes multiprofissionais de modo interdisciplinar e intersetorial. Reconhece a saúde como um direito de todos e propõe que o enfermeiro seja um profissional comprometido com a transformação da realidade social. Apresenta que deverão ser adotadas metodologias de ensino que sejam centradas no aluno, permitindo que o professor atue como facilitador do processo ensino-aprendizado. Ainda enfatiza a importância da articulação entre a teoria e a prática, destacando os estágios como momentos privilegiados para integração dos conhecimentos.

Os professores de Enfermagem abordaram o perfil do egresso por diferentes ângulos, porém há consenso quanto ao seu caráter generalista e a necessidade de articulação de conhecimentos técnicos e habilidades interpessoais que serão a base para produção do cuidado em saúde. Indicaram que a Faculdade tem formado profissionais com boa capacidade técnica, reconhecidos pelas instituições de saúde da região e com boa empregabilidade. Enfatizaram que direcionam a formação dos alunos a partir de um olhar ampliado de saúde, que considera os aspectos biopsicossociais do processo saúde-doença. Nesse sentido, o perfil do egresso e a compreensão ampliada de saúde trazida pelos professores estão em consonância com as DCNs para o curso de Enfermagem.

Apesar de os professores trabalharem com um perfil de aluno e uma compreensão de saúde compatível com as DCNs o processo formativo não consegue romper totalmente com o modelo hegemônico em saúde, tendo em vista os mesmos apontaram que a maioria dos professores ainda prepara os alunos para atuação no ambiente hospitalar, que segundo eles é o setor que mais emprega enfermeiros na região.

Professores e alunos da Faculdade de Enfermagem ressaltaram que um dos principais desafios para formação e atuação dos enfermeiros está relacionado com as relações de poder e reconhecimento social entre enfermeiros e médicos. Os alunos da

Liga de Enfermagem destacaram que houve uma mudança significativa na formação nos últimos anos, havendo uma alteração no perfil profissional, que rompe com o caráter benevolente da profissão. Apesar dessas mudanças ainda se mantém a tendência a colocar o enfermeiro submisso ao médico. Segundo esses alunos, a sociedade ainda vê o enfermeiro como alguém que não conseguiu ser médico estabelecendo-se como uma subcategoria. Afirmaram que ainda há muito desconhecimento sobre a essência da Enfermagem. Relataram que há uma desvalorização da Enfermagem devido a ser uma profissão eminentemente feminina, havendo muitas situações de assédio em locais de trabalho.

Os professores reforçaram a percepção dos alunos ao destacarem que na sociedade capitalista os médicos são os prescritores. Em uma sociedade consumista eles definem o que vai ser consumido, sendo mais valorizados, mantendo mais poder na área da saúde. Salientaram que em outros países o enfermeiro é mais valorizado e que não existem técnicos ou auxiliares, apenas enfermeiros. Por outro lado, no Brasil o enfermeiro ainda não é valorizado, se submete a uma carga de trabalho estressante, com dupla ou tripla jornada de trabalho. Esclareceram que modelo de atenção e organização das unidades de saúde influencia na possibilidade de relações mais horizontais entre os profissionais, sendo que o hospital se sobressai como o lócus de atuação mais hierarquizado enquanto as Unidades de Saúde da Família favorecem melhores trocas entre os profissionais e a construção de projetos coletivos de cuidado em saúde.

A ruptura da visão assistencialista, benevolente e caritativa da Enfermagem e a construção de relações mais horizontais entre as diferentes categorias de profissionais de saúde se apresenta como um grande desafio para formação em saúde por sofrer forte pressão do modelo de produção capitalista e estar relacionado com as representações sociais de cada profissão. Conforme abordado na conceituação teórica dessa tese, as representações são feitas de símbolos, em que os indivíduos utilizam de sua capacidade psíquica para dar às coisas uma nova forma, um novo significado (JOVCHELOVITCH, 1995).

As representações sociais se articulam simultaneamente com a vida coletiva de uma comunidade e com os sujeitos sociais que buscam dar sentido ao mundo e encontrar

seu lugar nele, por meio de uma identidade social. Nesse sentido, as representações sociais, como fenômenos psicossociais, ocorrem necessariamente nos espaços públicos. As representações sociais são efetivadas no espaço, por meio de uma esfera pública, que permite a construção de preocupações e projetos comuns.

A compreensão que as representações sociais são construídas na esfera pública, por meio das relações interpessoais, traz um norte para os processos formativos. É necessária a construção de processos formativos que articulem os diferentes cursos, em que os alunos compreendam e valorizem os saberes das demais profissões, de forma a construir possibilidades de ações interdisciplinares e transdisciplinares, rompendo assim com a hierarquização das profissões da saúde.

Esse é um elemento muito presente nas DCNs do curso de Enfermagem e no projeto pedagógico do curso, porém é praticamente desconsiderado nas DCNs do curso de Medicina e no projeto pedagógico do curso estudado. Demonstra que mesmo as DCNs tendo a preocupação com a ruptura com o modelo hegemônico de formação em saúde e com modelo assistencial biomédico, ainda são perpassadas pelo modo de produção capitalista e a valorização de determinadas profissões e práticas de acordo com os interesses de mercado, conforme apresentado por Feuerwerker em seus estudos sobre a formação em saúde (FEUERWERKER, 2002).

7.3 A FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL TEM SIDO PAUTADA PELO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL, ROMPENDO COM TRADIÇÃO ASSISTENCIALISTA DA PROFISSÃO?

As DCNs para o curso de Serviço Social publicadas em 2002, não seguem o mesmo padrão detalhado e de orientação para o modelo formativo das DCNs de Enfermagem e Medicina. Apontam apenas que os projetos pedagógicos dos cursos devem contemplar: o perfil dos formandos; as competências e habilidades gerais e específicas a serem desenvolvidas; a organização do curso; os conteúdos curriculares; o formato do estágio supervisionado e do Trabalho de Conclusão do Curso e as atividades complementares previstas (BRASIL, 2002).

Tendo em vista a discrepância entre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) publicadas pelo Ministério da Educação e as construídas coletivamente pela categoria, nessa análise optou-se pela utilização das DCNs da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), por traduzirem a essência da atuação dos assistentes sociais.

A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social foi um marco na profissão e norteou três documentos que constituíram a base para o novo modelo de atuação do profissional do Serviço Social, o Código de Ética do/a Assistente Social de 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão e as Diretrizes Curriculares Nacionais da ABEPSS. Esses documentos nortearam a prática profissional e a formação dos assistentes sociais a partir da década de 1990.

As DCNs elaboradas pela ABEPSS apontavam a necessidade da formação em Serviço Social ter um caráter crítico reflexivo sobre a história da profissão, sobre a atuação profissional e sobre a sociedade capitalista. Propunham um compromisso com a emancipação dos cidadãos e a garantia de direitos, a busca da ruptura das desigualdades e da exclusão social, promovendo um enfrentamento contundente ao neoliberalismo.

O projeto pedagógico do curso de Serviço Social da UNIVAP traz um alinhamento com as DCNs do MEC e da ABEPSS e o Projeto Ético-Político do Serviço Social, propõe a formação de profissionais com perfil generalista; com capacidade de análise da realidade regional; identificação das demandas presentes na sociedade; compreensão de como as políticas públicas e sociais tem se efetivado na região; atuação que visa a transformação da realidade, a justiça social, com desenvolvimento sustentável; a elaboração, execução e avaliação de projetos e programas sociais; orientação da população sobre os recursos existentes e a forma de acessá-los e fortalecimento da participação popular, mantém seu caráter crítico reflexivo e o compromisso com a ruptura do modelo assistencialista, benemerente e moralista presente na prática dos assistentes sociais e nas políticas sociais anteriores a constituição de 1988.

A postura emancipadora de ampliação da autonomia e da garantia de direitos sociais aparece de forma explícita no projeto pedagógico do curso de Serviço Social,

sendo um de seus princípios básicos. Em vários momentos do documento é reafirmado o compromisso ético-político do assistente social com a transformação da sociedade e o fortalecimento da cidadania, reafirmando a necessidade da efetivação de políticas públicas que busquem a redução das desigualdades sociais e da exclusão social.

O projeto pedagógico do curso de Serviço Social da UNIVAP traz um tópico específico sobre a metodologia de ensino, ressaltando a importância do uso de metodologias ativas, que permitam que o aluno seja protagonista de sua formação, sendo o professor um facilitador do processo de ensino-aprendizagem por meio da construção de situações desafiadoras, que favoreçam a articulação teórico-prática. Propõe que os alunos sejam inseridos na prática desde o início do curso, em serviços diversificados que permitam ao mesmo um repertório amplo de experiências que serão a base para atuação profissional. Prevê a realização de 550 horas de estágios curriculares em diferentes ambientes de práticas. Essa diversidade de locais para realização dos estágios favorece a formação de profissionais com um olhar ampliado para as práticas dos assistentes sociais e pode auxiliar na ruptura do modelo tradicional de atuação pautado em uma postura benevolente e assistencialista.

Os professores da Faculdade de Serviço Social da UNIVAP trouxeram uma compreensão ampliada sobre a questão social e um compromisso pessoal e profissional com a redução das desigualdades e da exclusão social e uma atuação pautada na busca da cidadania, por meio da garantia de direitos sociais. Demonstraram conhecimento do Projeto Ético-Político do Serviço Social e das DCNs da ABEPSS e ressaltaram que o projeto pedagógico foi construído de modo interdisciplinar. Apesar de abordarem a formação por enfoques diferentes, todos os docentes apontaram que a Faculdade deve formar profissionais capazes de realizar uma análise de conjuntura consistente que permita a compreensão dos sujeitos atendidos com sua história e inserção social, suas possibilidades objetivas e subjetivas e da rede de apoio existente, que busque sempre a ampliação do exercício da cidadania; que sejam capazes de operacionalizar as políticas sociais intervindo nas expressões da questão social para redução das desigualdades existentes na sociedade capitalista.

Essa compreensão é compartilhada pelos alunos da Liga de Serviço Social, ao apontarem que o assistente social deve compreender a pessoa como um todo, com sua história, sua família e seus amigos, levar em consideração o ambiente em que mora, buscar sempre a humanização, ser flexível, educado e humano, ter conhecimento e ser ético. Ressaltaram que a proteção social está diretamente relacionada com a garantia fundamental dos direitos, sendo um dever do Estado. Destacaram que o profissional precisa conhecer como estão organizadas as políticas sociais em cada local, para contribuir com o acesso e que devem informar a população sobre os seus direitos e como consegui-los.

Nas entrevistas foi identificado que apesar do processo de transformação da profissão em curso no País, ainda existem faculdades que formam profissionais com uma prática descolada da compreensão da sociedade e da concepção teórica do materialismo histórico. Esse processo vem sendo exacerbado, devido a terceirização dos serviços públicos e a contratação dos profissionais por meio de organizações sociais, vinculadas ao movimento neopentecostal, espírita ou a igrejas evangélicas que desenvolvem suas ações segundo concepções conservadoras, assistencialistas, caritativa e punitiva. Essa demanda por profissionais com esse perfil tem influenciado algumas instituições de ensino superior a mudarem o perfil de formação, segundo esses ideais.

Essa percepção está em consonância com os estudos de Paulo Netto (2001), Yamamoto (2014) e Tinti (2015) que analisaram as propostas conservadoras empreendidas na formação profissional em Serviço Social a partir do processo de reforma universitária de caráter neoliberal iniciado na década de 1990, ressaltando a interface entre essa mudança na formação profissional e o projeto neoliberal implantado no País no mesmo período, que propõe a redução do Estado e o enfraquecimento das políticas sociais.

A concepção ampliada da questão social e o compromisso dos professores com a formação de profissionais que atuem para garantia de direitos, exercício da cidadania, ampliação da participação popular e redução das desigualdades sociais e da exclusão social existentes na sociedade capitalista, demonstra que o curso de Serviço Social da UNIVAP está alinhado com o Projeto Ético-Político do Serviço Social e com as Diretrizes

Curriculares Nacionais da ABEPSS tendo sofrido poucas influências da reforma universitária de caráter conservador e neoliberal em curso no País a partir da década de 1990 e acentuado nos últimos cinco anos, devido a postura neoliberal do Governo Federal.

7.4 A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, MEDICINA E SERVIÇO SOCIAL TEM SIDO DIRECIONADA A PARTIR DAS POLÍTICAS SOCIAIS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL OU HÁ UMA ATUAÇÃO PROFISSIONAL PAUTADA PELA LÓGICA DE MERCADO?

Ao analisar os projetos pedagógicos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Serviço Social e as falas dos professores e alunos verifica-se movimentos de aproximação entre a formação e as políticas sociais de saúde e assistência social e movimentos de distanciamento. Constata-se que além das políticas sociais fatores relacionados as demandas do mercado, como status, reconhecimento social, capacidades de ganhos superiores e empregabilidade também interferem na formação profissional.

As políticas sociais de saúde e assistência social implantadas no país a partir da Constituição de 1988 são fruto de ampla mobilização social pela garantia de direitos universais e estavam em consonância com a busca de abertura democrática após vinte anos de ditadura militar.

A concepção de saúde que embasa a política de saúde na Constituição de 1988 é fruto de um amplo processo de participação e mobilização popular que envolveu diversos atores e segmentos da sociedade, como trabalhadores de saúde, usuários, médicos sanitaristas, pesquisadores da área, movimentos populares de saúde, sindicatos, universidades, setores progressistas da igreja católica, associações de classe e lideranças de esquerda, que foram se organizando ao longo da década de 1980, processo que culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que contou a participação de mais de quatro mil delegados de todo País e diversos segmentos da sociedade. Desta conferência saíram as diretrizes para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde parte de uma concepção ampliada de saúde

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.4).

Esse relatório aponta a necessidade de se intensificar a mobilização social em defesa do direito universal à saúde. Posicionando-se contra a mercantilização da Medicina, é a favor da melhoria dos serviços públicos e que a questão da saúde seja um tema central na nova constituição (BRASIL, 1986). Esse processo conseguiu influenciar a Assembleia Constituinte a definir “a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Apesar de toda mobilização popular para garantir que as diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde fossem incluídos de modo integral na Constituição de 1988, esse processo se deu em um amplo campo de disputas. Os deputados constituintes vinculados aos grandes hospitais privados, a indústria farmacêutica e de equipamentos ou aos grupos privados prestadores de assistência à saúde (planos de saúde) conseguiram incluir o artigo 199 que afirma que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988). Esse artigo irá influenciar na implantação do SUS, mantendo a existência paralela de um sistema privado de saúde no País. A existência concomitante de dois sistemas de saúde no País com lógicas, interesses e modelos assistenciais distintos irá promover disputas constantes por recursos, pela estrutura existente e pelos recursos humanos e uma influência significativa na atuação dos profissionais de saúde e na formação em saúde.

O SUS foi implantado a partir de 1990 segundo um conjunto de princípios e diretrizes, sendo os mais relevantes a **universalidade** do acesso, a **integralidade** da assistência à saúde, a **equidade** das ações conforme a necessidade de cada um, a **descentralização** técnico-administrativa e a **participação popular**. Parte de uma

compreensão ampliada de saúde, que considera os condicionantes e determinantes do processo saúde doença, segundo uma visão biopsicossocial. Considera a saúde como um direito universal associado ao exercício da cidadania (BRASIL, 1990).

O sistema privado de saúde está organizado segundo a lógica de mercado e os interesses capitalistas. Compreende a saúde como uma mercadoria e um serviço a ser consumido. Organiza a assistência à saúde a partir do saber e poder médico especializado, com uso excessivo de tecnologias duras (aquelas relacionadas às máquinas e aparelhos) para diagnóstico e tratamento, fragmentando o cuidado em diversas especialidades médicas. Em uma sociedade consumista, o papel do médico como definidor do diagnóstico e da prescrição, o coloca em uma situação de maior poder frente às demais categorias profissionais da área da saúde.

As bases para Política de Assistência Social também foram construídas ao longo da década 1980, a partir de ampla participação dos profissionais e das instituições vinculadas ao setor, consagrando a Constituição de 1988 como um marco para inclusão da seguridade social como um direito universal. Essa política foi regulamentada ao longo das décadas de 1990 e 2000, com a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS em 1993, a Política Nacional de Assistência Social – PNAS em 2004 e Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social – NOB/SUAS em 2005.

A LOAS estabelece em seu artigo primeiro que a assistência social é direito de todos os cidadãos e dever do Estado, sendo uma “Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (BRASIL, 2009, p. 6). A PNAS se constitui como uma política de proteção social, independente da contribuição prévia, assegurando a assistência a todos conforme sua necessidade. Trabalha com o compromisso ético de dar visibilidade e reduzir as desigualdades sociais, a partir do conhecimento dos riscos, das vulnerabilidades e dos recursos existentes, segundo uma visão que considera as fragilidades e potencialidades que a população está submetida, rompendo com o olhar culpabilizador ou vitimizador da pobreza, que estabelece a responsabilidade pela pobreza na figura do pobre (BRASIL, 2004b).

A Política Nacional de Assistência Social vem reafirmar os princípios da seguridade social presentes na Constituição de 1988 e enfrentar a política neoliberal de redução do Estado e das políticas sociais implantada no País a partir de 1995. Propõe a construção de uma rede de proteção social a partir dos territórios concretos de vida da população, com suas singularidades, dinâmicas, vulnerabilidades e potencialidades. Busca o desenvolvimento humano e social, por meio de políticas sociais que favoreçam o acesso a bens e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2004b).

Os professores da Faculdade de Medicina apontaram que a prática médica ainda é fortemente influenciada pela lógica de mercado. Ressaltaram que a maioria dos recém-formados deseja fazer residência médica para atuação nas especialidades, principalmente na esfera privada e apenas uma minoria se interessa pela residência em Medicina de Família e Comunidade. A falta de vagas de residência faz com que muitos recém-formados atuem por um tempo em serviços de urgência e emergência (Unidades de Pronto Atendimento e Pronto-socorro) ou na atenção básica (Unidades Básicas ou Unidades de Saúde da Família) até conseguirem entrar na residência. Essa percepção também é compartilhada pelos alunos, que afirmaram que essa atuação é temporária, porque há uma desvalorização do médico generalista, havendo inclusive certo preconceito com esse profissional. Ainda sobre esse tema, um professor relatou que o recém-formado vai atuar no SUS, pois é ali que ele adquire experiência no atendimento ao paciente e salientou que parte dos profissionais continua atuando no SUS, seja integralmente, seja de modo complementar. Esse professor enfatizou que tem percebido crescente valorização do SUS, reforçado ainda mais nesse atual momento de pandemia.

Nas entrevistas com os professores da Faculdade de Medicina da UNITAU foi verificado que muitos profissionais são fortemente influenciados pelo status e pelo ganho financeiro. Os professores relataram que alguns profissionais, assim que se formam, começam a dar plantões em diversos lugares na busca por ganhos financeiros imediatos e que alguns médicos, prosseguem por muitos anos nessa prática e outros fazem por um curto período, enquanto não concluem a residência médica.

As afirmações dos professores e alunos demonstraram que apesar de a Faculdade estar direcionando a formação para a atuação no SUS, por meio da realização

de todos os estágios em unidades de saúde do Sistema Único de Saúde, e de buscar o rompimento do modelo hegemônico de formação em saúde, a atuação profissional ainda está direcionada para atuação especializada, principalmente na rede privada, em serviços que proporcionem um ganho financeiro considerável e/ou em atividades que permitam maior status na sociedade, havendo uma desvalorização da atuação na atenção básica.

Os professores da Faculdade de Enfermagem apontaram que a atuação do enfermeiro é muito ampla, estando inseridos em todos os serviços de saúde. Apesar dessa amplitude, ressaltaram que os hospitais ainda são os maiores empregadores na região. Os alunos concordaram com os professores e destacaram que os hospitais e as Unidades de Saúde da Família são os maiores campos de atuação. Professores e alunos afirmaram que a maior dificuldade enfrentada pelos enfermeiros é a desvalorização da profissão e a baixa remuneração, que obriga que os profissionais tenham vários empregos para conseguirem um ganho mais satisfatório, porém com um impacto significativo na qualidade de vida e na saúde física e mental. Salientaram que a formação generalista tem sido insuficiente para inserção no mercado de trabalho, havendo uma necessidade crescente de especialização. As instituições têm buscado um profissional com especialização, mas essa qualificação extra não tem alterado a remuneração.

As falas dos professores trouxeram uma dicotomia quanto a atuação dos enfermeiros. Apontaram que o enfermeiro tem o cuidado em saúde como eixo central de sua prática profissional, pautada pelos princípios da integridade, honestidade, boa índole, empatia, capacidade de escuta e o trabalho em equipe. Destacam que o enfermeiro identifica as necessidades dos usuários e direcionam para o atendimento adequado, sendo o profissional que estrutura os serviços de saúde, sistematiza e organiza a assistência multiprofissional. Ressaltaram que na atenção básica o enfermeiro é o profissional que tem a visão da comunidade, conhece a realidade e direciona os pacientes para os programas de saúde existentes na unidade. Essas afirmações deixam claro que a atuação profissional dos enfermeiros está em consonância direta com a política de saúde. Porém, destacaram que apesar dessa compreensão ampliada sobre a prática do enfermeiro, as condições de trabalho desgastantes, as jornadas de trabalho exaustivas e os baixos salários têm feito pressão sobre a profissão, fazendo com que

muitos profissionais comecem a buscar especializações (ozonioterapia, laserterapia, cuidado com feridas e procedimentos estéticos) que permitam uma atuação como autônomo, com maiores possibilidades de ganho e flexibilidade na jornada de trabalho. Essa tendência demonstra um afastamento da profissão com a política de saúde e uma maior influência da lógica de mercado na prática profissional.

A atuação em equipes multiprofissionais foi apontada por professores e alunos como um elemento central da prática dos enfermeiros e como um dos maiores desafios da profissão. A existência de subcategorias dentro da Enfermagem gera diversos conflitos nas relações cotidianas, exigindo maturidade e capacidade de gestão por parte dos enfermeiros, dificultando a atuação dos profissionais recém-formados. A postura de superioridade dos médicos é ressaltada como um entrave para atuação em equipes multiprofissionais de forma horizontal, em que os saberes, experiências e práticas de todos são valorizados. Segundo os entrevistados, a horizontalidade nas relações de equipe é mais fácil de ser atingida em alguns serviços do que em outros. O modo de organização dos processos de trabalho nas Unidades de Saúde da Família favorece a atuação interdisciplinar, já os serviços hospitalares e de urgência potencializam o estabelecimento de relações verticais, em que os médicos têm maior poder e reconhecimento, sendo as demais profissões colocadas em posição inferior.

Quanto a prática dos assistentes sociais os professores e alunos ressaltaram que o campo de atuação é amplo e têm como objeto de sua prática as manifestações da questão social, atuando com os cidadãos a partir das políticas públicas, políticas sociais e legislações que garantam direitos. Apontaram que o locus prioritário de atuação são as políticas sociais de saúde e assistência social, mas vem ampliando para diversas áreas, no setor privado e em organizações sociais. Afirmaram que a prática do assistente social deve estar em consonância com o Projeto Ético-Político da profissão. Apesar de ressaltarem esse perfil emancipatório e de garantia de direitos do Serviço Social, apontam que ainda há muito desconhecimento quanto a prática profissional, vinculando apenas com a pobreza e um aliciamento para que o profissional atue segundo uma visão caritativa e assistencialista, vinculada ao controle social, de caráter higienista, burocratizante e legalista, desvinculada da concepção de direitos e cidadania, favorecendo apenas o apaziguamento das tensões sociais na sociedade capitalista atual.

Os professores e os alunos destacaram que com a implantação do SUAS há uma reorganização na assistência social, a implantação dos CRAS e CREAS direcionou os profissionais para uma prática mais contextualizada, que considera os modos e condições de vida da população, a partir dos territórios. Afirmaram ainda que os profissionais devem atuar na comunidade, no contato direto com as pessoas, buscando compreender as pluralidades existentes, reconhecer as necessidades das mesmas e construir coletivamente caminhos para a transformação da realidade, a partir do trabalho em equipes multiprofissionais.

Essas reflexões dialogam com o documento norteador do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome sobre as delimitações de território da proteção social básica, que aponta a necessidade de reformulação do trabalho social nas políticas sociais brasileiras. Historicamente o trabalho social esteve direcionado para uma lógica privatista/individual necessitando ser redirecionado para uma lógica pública/coletiva, rompendo com a atuação de caráter educativo e profissionalizante, por meio de reuniões, oficinas e grupo socioeducativos, com uma característica de integração social pela via do disciplinamento dos comportamentos. Para efetivação dos serviços socioassistenciais previstos na PNAS é necessário que o trabalho social seja pautado em intervenções sociais, territoriais e societárias que favoreçam a rede de proteção social (BRASIL, 2015b).

O documento norteador aponta ainda a necessidade de se repensar o sentido atribuído ao trabalho social, que de modo geral esteve vinculado com ações como “conscientizar”, “ensinar”, “empoderar, que se forem efetivados de modo descontextualizado e focado apenas no indivíduo/família carente, perdem a capacidade de compreensão das estratégias adotadas por eles para sobrevivência e o desenvolvimento de ações na comunidade de caráter coletivo, prevalecendo o caráter assistencialista e focalizado na pobreza. Ressalta que apesar de suas particularidades o trabalho social tem semelhança nas políticas sociais de habitação, saúde, educação e assistência social, sendo necessário em todas elas a construção de um novo arcabouço teórico-metodológico, ético-político, e técnico-operativo que direcione as ações a partir dos territórios concretos, com suas dinâmicas, características vulnerabilidades e potencialidades, buscando a articulação das diferentes políticas sociais no mesmo

território e o fortalecimento da atuação comunitária e a ampliação da autonomia e do protagonismo dos sujeitos. Nesse sentido, conceber a proteção social básica na perspectiva territorial, implica em compreender o trabalho na mesma lógica, direcionando as práticas para um caráter mais coletivo e participativo (BRASIL, 2015b).

As entrevistas com os professores e o grupo focal com os alunos da Liga Acadêmica do Curso de Serviço Social permitiram perceber que os processos formativos do curso de Serviço Social da UNIVAP, têm direcionado os formandos para práticas profissionais alinhadas com a Política Nacional de Assistência Social - PNAS em implantação a partir de 2004. Demonstram que as mudanças nas políticas sociais a partir dos governos neoliberais, que propõe a redução do estado e uma atuação da assistência social focalizada na pobreza, sem um compromisso com a ruptura da desigualdade social e da exclusão social teve pouca influência nos processos formativos na IES estudada, mantendo como eixo norteador o Projeto Ético-Político do Serviço Social e a PNAS.

Apesar dessa constatação, professores e alunos salientaram que a partir da década de 1990 existem dois projetos societários em disputa no âmbito da formação e da prática do Serviço Social, um alinhado com o Projeto Ético-Político da profissão e com a PNAS, que se baseia no compromisso com a redução das desigualdades sociais e da exclusão social e na busca pela cidadania, por meio das políticas sociais. Em outra postura se apresenta o de caráter neoliberal, que propõe a atuação profissional de modo focalizado nas situações de extrema pobreza e/ou em grupos prioritários, de modo a reduzir as tensões sociais geradas pelo próprio modo de produção capitalista. De certa forma este modelo não faz senão, atualizar o modelo inicial de atuação da profissão, benevolente, caritativo e assistencialista com uma roupagem pós-moderna.

7.5 QUAIS SÃO OS DISPOSITIVOS DE RUPTURA UTILIZADOS PELAS FACULDADES ESTUDADAS QUE TEM CONSEGUIDO ROMPER COM O MODELO FORMATIVO HEGEMÔNICO?

A formação de profissionais para atuação nas políticas sociais de saúde e assistência social é um dos grandes desafios a serem enfrentados para implementação dessas políticas no cotidiano dos serviços públicos. A Organização Panamericana de

Saúde (OPAS), organismo internacional vinculado a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu “Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?”, ressalta que a formação e alocação de recursos é um dos desafios a serem superados para que o SUS atinja seu potencial até o final da década de 2020. O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em seu documento norteador para delimitação do território de Proteção Social Básica/PSB do SUAS (BRASIL, 2015b), destaca a necessidade de mudanças na formação dos profissionais que irão atuar no SUAS, rompendo com o olhar privatista/individual do trabalho social para uma lógica pública/coletiva, preparando os profissionais para atuarem nas redes sociais, territoriais e societárias, fortalecendo as redes de proteção social.

Feuerwerker e Sena (2002) apontam que as mudanças na formação de profissionais de saúde estão conectadas com as transformações sociais em curso no mundo. A globalização e a conformação atual do modo de produção capitalista têm produzido alterações nas relações capital-trabalho, nas relações interpessoais e nos padrões de produção e consumo de bens e serviços. Essas transformações têm impactado no papel do Estado na sociedade e no perfil das políticas públicas. A lógica neoliberal tem pressionado os governos para redução do Estado por meio da desregulação da economia, flexibilização das leis trabalhistas e privatização do setor público inclusive da saúde e da educação. Na área social tais mudanças têm gerado um desmonte dos Estados de Bem-Estar Social e na redução dos investimentos nas políticas sociais. Esse processo tem gerado crises e contradições nos diversos campos da atuação do Estado. Na saúde passa a coexistir a contradição entre o paradigma dominante que compreende a saúde segundo um olhar biologicista, centrado na doença, com ênfase na prática médica, com atuação predominante no indivíduo e com uso maciço de tecnologia, que se contrapõe ao paradigma da construção social da doença, que parte de uma compreensão ampliada sobre o processo saúde-doença, a ampliação do cuidado, busca de ganho da autonomia do usuário e atuação intersetorial nos determinantes e condicionantes da saúde. Nesse contexto, o novo paradigma não tem conseguido influenciar de forma ampla a atuação e a formação dos profissionais de saúde.

As autoras supracitadas apontam que na educação a contradição se expressa entre a concepção educacional hegemônica que se estrutura a partir da pedagogia da transmissão, com processos pedagógicos centrados no professor como transmissor dos conteúdos e os conhecimentos são desconectados da realidade de vida dos alunos. Em contraposição a esse modelo vem se constituindo uma pedagogia crítico-reflexiva em que os conhecimentos são construídos a partir da problematização da realidade, da articulação entre teoria e prática e tendo o aluno como protagonista do processo ensino-aprendizagem.

Essa pedagogia crítico-reflexiva está em consonância a pedagogia crítica e emancipatória de Freire (1996), em que ensinar não é apenas transmitir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua construção, rompendo com a educação bancária, pautada na transmissão do conhecimento, para uma educação libertadora, focada no indivíduo que aprende. A educação se efetiva em um processo dialético entre educadores e educandos, no qual ambos trazem seus conhecimentos, experiências e vivências em uma relação dialética em que ambos aprendem e ensinam. Essa visão coloca o educando no centro do processo educativo, como coautor de sua formação. Ocorre sempre de forma processual por meio de relação afetiva e efetiva entre educadores e educandos, sendo o educador um facilitador da aprendizagem do aluno, que vai se transformando enquanto aprende. Esta concepção de educação não só valoriza os saberes dos educandos, mas propõe que o educador promova o diálogo destes com os conteúdos a serem ensinados, provocando uma mudança de postura dos educadores, tendo que sair do espaço protegido do saber estruturado e pré-formatado, para um espaço de incertezas e infinitas possibilidades. O processo ensino-aprendizagem toma uma dinâmica única, construída a partir das relações entre educadores e educandos, cada um com seus saberes, vivências, experiências e valores, que se entrelaçam e se complementam em um processo contínuo de construção do conhecimento

Ceccim e Feuerwerker (2004) ressaltam ainda, que desde a Constituição Federal de 1988 cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Essa atribuição é compartilhada com o MEC que norteia, regula, fiscaliza e avalia o sistema de ensino superior no País. A articulação entre os setores de saúde e educação para direcionamento da formação dos profissionais é um desafio a ser superado para que os

processos formativos direcionem a formação segundo os princípios e diretrizes do SUS. Estabelecer que a formação dos profissionais de saúde deve ser orientada para os princípios e diretrizes do SUS, implica na construção de estratégias didático-pedagógicas que busquem um perfil de egresso comprometido com a integralidade do cuidado, a universalização do acesso, a equidade da assistência prestada e a permeabilidade ao controle social. Para que isso se efetive é necessária a mudança na lógica formativa rompendo-se com o paradigma dominante de formação em saúde.

Desde 2003 com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), o Ministério da Saúde vem se propondo a “formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil” (BRASIL, 2021b). Cabendo a SGTES a articulação entre os setores de saúde e educação buscando o aperfeiçoamento da formação dos profissionais de saúde para o SUS. O SGTES vem coordenando ações importantes para formação dos profissionais de saúde como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE, o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS, e o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS - ProgeSUS. E articulando com o Ministério da Educação a publicação da Diretrizes Nacionais Curriculares para os cursos da área da saúde.

Apesar das diversas iniciativas da SGTES para melhoria e direcionamento da formação em saúde, segundo os princípios e diretrizes do SUS, inúmeros desafios ainda precisam ser superados, sendo um deles a concepção de educação na saúde que embasa as práticas formativas. Segundo o documento “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?” publicado pelo Ministério da Saúde em 2018, existem duas modalidades de educação na saúde: a educação continuada e a Educação Permanente em Saúde - EPS. A educação continuada utiliza da metodologia de ensino tradicional para transmissão de informações técnico-científicas por meio de práticas de escolarização de caráter formal. A EPS tem como foco a aprendizagem no trabalho, no qual o aprendizado se dá no cotidiano das práticas dos profissionais e das equipes, se baseia na aprendizagem significativa, em

que os conhecimentos novos dialogam com os conhecimentos prévios, as vivências e experiências dos trabalhadores. Neste processo de aprendizagem os conhecimentos são construídos de modo contextualizado, a partir da análise crítica das práticas cotidianas e da produção do cuidado em saúde. Tem o aluno como protagonista do processo de aprendizagem e se utiliza de metodologias ativas e crítico reflexivas para construção coletiva do conhecimento, favorecendo o desenvolvimento individual e em equipe (BRASIL, 2018b).

A Educação Permanente em Saúde traz como eixos norteadores a aprendizagem significativa, a construção coletiva do conhecimento, a aprendizagem no cotidiano de trabalho, o protagonismo do estudante, a reflexão crítica sobre as práticas vigentes e o uso de metodologias ativas. Esses eixos norteadores podem ser utilizados para análise dos processos formativos dos cursos estudados. Apesar dessa direcionalidade geral, é necessário verificar como essas se materializam nos cursos de Medicina, Enfermagem e Serviço Social. Feuerwerker (2002) mostra que desde a década de 1980 a Associação Brasileira de Ensino Médico vem ressaltando a necessidade de reformulação na formação médica, percepção reforçada pelos processos avaliativos da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM e do MEC que destacam que vários cursos de Medicina contam com corpo docente despreparado, produzem pouco conhecimento, tem currículos desatualizados, dissociação entre teoria e prática, desarticulação entre o Ciclo Básico e o Ciclo Clínico, formação que incentiva o uso indiscriminado de tecnologias e a prática profissional impessoal e descontextualizada. Apesar de diversas iniciativas para reformulação do ensino médico, a autora salienta que os resultados não foram efetivos devido à influência das forças conservadoras para manutenção das estruturas rígidas das faculdades, os acordos baseados no corporativismo, a dificuldade de influenciar os docentes a mudarem sua prática pautada em relações de poder sobre os alunos e no status decorrente desse lugar e a impossibilidade de ruptura da influência do mercado sobre a formação profissional. Mesmo com todas as dificuldades e desafios apontados, a autora destaca a pressão da sociedade para formação de médicos com capacidade de atuação técnica e humanista, que compreendam os indivíduos de forma integral nos seus contextos de vida, que saibam atuar em equipe e a necessidade de suprimento de profissionais para

consolidação das redes pública e privada de saúde, principalmente por meio de programas estratégicos como a Saúde da Família.

A autora afirma que a educação médica

está intimamente relacionada às macroestruturas e tendências econômicas e políticas ao conceito de saúde e de necessidades de saúde (ambos historicamente definidos), à organização dos serviços e políticas de saúde e, particularmente, à prática médica (FEUERWERKER, 2002, p. 20).

Ressalta que as Faculdades de Medicina possuem um grau relativo de liberdade para sua organização e funcionamento, estando condicionadas pelos confrontos dos projetos político-ideológicos dos grupos sociais que as influenciam. O resultado dessas disputas poderá imprimir um caráter transformador das práticas formativas ou reprodutor do modelo hegemônico (FEUERWERKER, 2002).

Ao analisar as propostas de mudanças na formação médica a partir de 1980 no País, a autora salienta alguns movimentos que demonstram maiores possibilidades de transformação nos processos formativos. A articulação entre ensino e serviço de saúde se constitui como um dos eixos norteadores para esses processos de mudança, pois possibilita ao estudante se aproximar das práticas concretas desenvolvidas nos serviços e compreender o processo saúde-doença a partir da realidade de vida das pessoas. Outro ponto destacado é que as propostas de mudança na formação médica não podem ser construídas apenas pela universidade, devem ser pactuadas com a gestão local do sistema de saúde, com os serviços, a comunidade e os usuários, ampliando assim sua capilaridade às necessidades do sistema e da população. Também é recomendado que a formação médica favoreça a atuação em equipes interdisciplinares de forma horizontal, valorizando os diversos saberes e práticas profissionais, ampliando a compreensão sobre as questões de saúde trazidas pelos usuários para os serviços (FEUERWERKER, 1998).

Em outro estudo Feuerwerker e Sena (2002) ao analisarem os Programas UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade), projetos de reorganização da formação de profissionais de saúde na América Latina, apoiados pela Fundação Kellogg, ressaltaram a importância da construção de currículos que valorizem a atuação interdisciplinar, a corresponsabilização

das unidades de saúde com a formação profissional, construção de parcerias entre a universidade, os serviços de saúde e as comunidades assistidas, introdução de metodologias ativas, aprendizagem centrada no aluno e desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva dos estudantes. As autoras apontam a ocorrência de “mudanças radicais” na formação em Enfermagem e Medicina nas universidades estudadas no Brasil e na América Latina: Londrina (PR), Marília (SP), Barranquilla (Colômbia), Colima (México) e apenas no curso de Enfermagem nas universidades de Salvador (BA), Mérida (México) e Natal (RN). Nessas universidades foi constatada a adoção de currículos integrados, com módulos interdisciplinares, uso de metodologias ativas, atuação multidisciplinar dos estudantes nos serviços e comunidades, inserção dos alunos na prática durante todo curso, atuação em problemas concretos e complexos identificados coletivamente, avaliação formativa, aprendizagem centrada no aluno e docentes atuando como facilitadores do processo de aprendizagem e reorganização administrativa das universidades com flexibilização da divisão departamental rígida.

Ximenes Neto *et al.* (2020) ao analisarem a formação em Enfermagem a partir da implantação do SUS, apontam que vem ocorrendo mudanças no processo formativo, que buscam a organização de currículos por competências, com foco na aprendizagem significativa, centrada no aluno, no qual os docentes atuam como facilitadores da aprendizagem, visando preparar os profissionais para atuação nas políticas públicas de saúde, o acesso universal à saúde e a produção do cuidado em saúde. Aposta no empoderamento dos enfermeiros para assumirem a liderança nos processos de implementação do SUS. Apesar das transformações na formação em Enfermagem em curso, diversos desafios ainda devem ser enfrentados. Boa parte dos currículos dos cursos de Enfermagem ainda são organizados segundo a lógica flexneriana, com predominância da transmissão do conhecimento dos docentes para os alunos que são colocados em uma postura passiva, os conteúdos são descontextualizados dificultando aos alunos compreensão ampliada de saúde e favorecendo uma prática clínica que desconsidera os fatores socioeconômicos do processo saúde-doença, há um predomínio dos conteúdos teóricos em detrimento de vivências práticas a partir dos territórios, pouca interação da formação em Enfermagem com outros cursos da área da saúde e fragmentação entre ensino teórico, extensão e pesquisa.

Esses estudos apontam elementos importantes para análise da formação nos cursos de Medicina e Enfermagem: a) articulação ensino-serviço; b) aproximação da formação da comunidade por meio da inserção dos alunos na atenção básica; c) construção de oportunidades para atuação interdisciplinar; d) aprendizagem centrada no aluno, docente como facilitador da aprendizagem; f) uso de metodologias ativas; g) currículos que favoreçam a integração dos saberes rompendo com a fragmentação da formação em especialidades clínicas e h) aproximação da saúde coletiva com o desenvolvimento do olhar clínico.

No curso de Medicina pesquisado vem ocorrendo alguns movimentos de ruptura com o modelo formativo hegemônico em saúde em consonância com os estudos analisados na literatura.

Nos anos iniciais do curso existem movimentos de aproximação entre a área de Saúde Coletiva e a Medicina de Família e Comunidade, buscando a ampliação do olhar e conexões entre as disciplinas. A reformulação curricular favoreceu a ampliação do campo de práticas em Saúde Coletiva, rompendo com a visão relacionada com a realização de atividades educativas em escolas, possibilitando a entrada efetiva e diária dos alunos nas unidades de saúde, acompanhando as atividades desenvolvidas, visitas domiciliares com os agentes comunitários, orientação aos usuários, discussão dos projetos terapêuticos singulares e a compreensão do território. Apesar dessa maior aproximação dos alunos com a atenção básica, as práticas realizadas ainda são pontuais. As iniciativas não são mais potentes por serem restritas a algumas disciplinas, não favorecendo a inserção dos alunos durante todo o curso. Outro ponto a ser destacado é a necessidade de se aprimorar o diálogo e a construção coletiva das propostas com as equipes dos serviços que recebem os alunos. Também é necessário a Universidade melhorar sua articulação com os municípios, para efetivação das atividades práticas nas unidades de saúde, por que muitas ações ainda acontecem de modo informal, a partir das relações pessoais dos professores da rede de saúde

Os professores da disciplina de Saúde Coletiva têm um bom entrosamento que favorece o planejamento coletivo das aulas. Eles têm adotado metodologias ativas, com uso de recursos diversos (vídeos, músicas, dramatização e discussão em grupos) com

envolvimento dos alunos, na leitura prévia do material, na construção do conhecimento, favorecendo a aprendizagem significativa, em que os conhecimentos novos dialogam com as experiências e vivências dos alunos. A disciplina de Saúde Coletiva no segundo semestre, trabalha habilidade de comunicação com o paciente, empatia e realiza visitas domiciliares, que permitem o contato com a parte prática já no início do curso.

A formação em Pediatria é desenvolvida de modo gradativo, sendo a inserção na prática feita desde os primeiros períodos, em que os alunos desenvolvem atividades de aleitamento materno, com atenção à gestante e puérpera nas unidades básicas. Durante o curso os alunos vão sendo inseridos nas atividades hospitalares, ambulatoriais, sala de parto, neonatologia, enfermarias, pronto-socorro e UTIs.

A disciplina de Práticas Integradoras usa do método Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), que parte de um caso clínico em que os alunos estudam e pesquisam sobre o caso e depois discutem em grupo quando fazem apresentação para a turma e respondem as questões elaboradas pelos docentes. Essa disciplina tem favorecido a integração dos conhecimentos e a construção do raciocínio clínico. Esse processo de articulação só não é mais efetivo na transformação do modelo formativo por se restringir apenas aos dois primeiros anos do curso (ciclo básico).

A formação é dividida em três Ciclos, Básico, Clínico e Internato e a inserção na prática se inicia de forma efetiva no Ciclo Clínico, a partir do quinto período. No Ciclo Básico tem algumas disciplinas que fazem essa aproximação com a prática, principalmente nos laboratórios. No Ciclo Clínico esse contato é constante, sendo muitas aulas realizadas no hospital. O Internato é realizado principalmente no hospital, mas também tem estágio em Unidades de Saúde da Família

A formação de profissionais que compreendem a saúde de forma ampliada, incluindo as dimensões biopsicossociais vem sendo buscada pela Faculdade, por meio da inclusão desse olhar mais humanizado em algumas disciplinas durante o curso. Alguns professores vêm buscando o desenvolvimento de um olhar ampliado de cuidado, que considera o paciente, sua vida e sua subjetividade. Apesar da introdução do aspecto subjetivo e relacional na formação médica, esse movimento ainda é incipiente, restringindo-se a alguns docentes em algumas disciplinas e projetos de extensão em

parceria com o curso de psicologia. De modo geral a formação ainda possui um perfil teórico e com preocupação com o desenvolvimento de habilidades técnicas. Quanto a formação de profissionais com maior capacidade para o estabelecimento de relações empáticas com os usuários, os alunos destacaram que não basta a Faculdade incluir esse olhar no currículo, é necessário o interesse, envolvimento e sensibilidade do aluno, rompendo com a postura de distanciamento e superioridade em relação às pessoas atendidas.

A atuação em equipes interdisciplinares é enfatizada pelos professores como um elemento importante na formação médica, sendo desenvolvidos alguns projetos de extensão junto com os cursos de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia. Apesar desta ênfase na atuação multiprofissional, essas ações são desenvolvidas de forma pontual, não tendo potência para romper com a prática médica tradicional e a posição de superioridade dos médicos em relação às demais profissões da saúde. Essa posição de status, poder e reconhecimento da Medicina na sociedade é construída socialmente e o estabelecimento de relações horizontais entre os profissionais e a valorização dos diversos olhares e saberes para produção do cuidado em saúde só será conseguido com transformações drásticas na formação dos profissionais de saúde e na reorganização dos processos de trabalho das equipes de saúde.

O Internato é o momento privilegiado de integração dos conteúdos teóricos com a prática. Nos estágios desenvolvidos nessa fase da formação médica que são desenvolvidas as habilidades práticas e o olhar clínico. Os alunos realizam a maior parte dos estágios em ambiente hospitalar, divididos nas diferentes especialidades médicas, sendo uma parte pequena dos mesmos realizados na atenção básica. Esse distanciamento do território, devido ao foco da formação se dar no ambiente hospitalar favorece a formação segundo o modelo hegemônico de práticas médicas, de caráter biologicista, centrado na doença, na realização de procedimentos, no uso excessivo de tecnologias de diagnóstico e medicalização excessiva, desconsiderando os aspectos psicossociais do processo saúde-doença.

Conforme apontado anteriormente, a Faculdade de Medicina da UNITAU possui trinta e duas Ligas acadêmicas implantadas e atuantes. Algumas desenvolvem ações em

parcerias com alunos de outros cursos da área da saúde da universidade. As Ligas se constituem como um fator importante para ruptura do modelo hegemônico de formação em saúde. Favorecem a ampliação do processo formativo possibilitando os alunos aprofundarem a discussão de temas e conteúdos que são trabalhados de modo superficial nas disciplinas. Possibilita a inserção dos alunos na prática desde os primeiros semestres, facilitando a articulação entre a teoria e a prática. Permite aos alunos acompanhar os atendimentos realizados no hospital e nos ambulatórios desde o começo do curso, possibilitando um contato constante e progressivo com a prática. Auxiliam os alunos a articular os conhecimentos adquiridos nas diferentes disciplinas clínicas e no desenvolvimento do olhar clínico. A Liga de Medicina de Saúde da Família e Comunidade realiza diversas atividades nas Unidades de Saúde da Família, visitas domiciliares, educação em saúde, orientação sobre cuidados em saúde e acompanhamento dos atendimentos médicos. Desenvolve atividades na comunidade e organiza aulas, cursos e simpósios sobre o SUS, a Estratégia de Saúde da Família, abordando temas mais humanizados e relacionais.

No curso de Enfermagem também vem sendo implantados dispositivos e estratégias que favorecem a ruptura com o modelo hegemônico de formação em saúde. A alteração curricular tem favorecido a formação de enfermeiros generalistas, com possibilidade de atuação nos diversos níveis de atenção à saúde.

A atuação em equipes multidisciplinares é um elemento estruturante da formação do enfermeiro. A articulação das disciplinas em eixos, a execução das disciplinas do Eixo Social com os alunos dos cursos da área da saúde em turmas mistas e a realização de atividades de extensão com alunos dos diversos cursos da FCS são ações que favorecem o desenvolvimento dos alunos para atuação em equipe. Apesar dessas ações ainda persiste a fragmentação entre os eixos teórico/clínico e social.

Alguns professores vêm construindo práticas pedagógicas com foco no aluno, incentivando o protagonismo dos mesmos com a sua formação, favorecendo a pesquisa, utilizando de metodologias ativas, envolvendo os alunos no processo de ensino aprendizagem por meio da conexão dos conhecimentos com as suas vivências e experiências, favorecendo a aprendizagem significativa. Um professor traz uma postura

muito interessante sobre sua prática pedagógica e sua atuação como docente. Afirma que não se considera um professor, mas sim um lavrador, que semeia as sementes, e a germinação dessas sementes depende dos alunos, se eles são um campo fértil para germinação do conhecimento.

Alguns docentes têm buscado a articulação dos conhecimentos de diversas disciplinas, incentivando o aluno a fazer estas correlações e construir novos saberes vinculados com a prática do enfermeiro. Outra estratégia adotada pelos professores é a utilização de sua experiência profissional para ilustrar os conhecimentos transmitidos para os alunos. Apesar desses movimentos, esse modelo educativo ainda não é hegemônico, havendo muitos docentes que tem como foco a transmissão de conhecimentos por meio de aulas expositivas.

O relacionamento positivo com os professores é destacado pelos alunos como um fator positivo no curso de Enfermagem da UNIVAP, permitindo aos mesmos fazerem questionamentos, expressarem suas opiniões e relatarem suas experiências, estabelecendo uma relação horizontal que favorece a aprendizagem.

A inserção do aluno na prática se dá a partir do quarto semestre, sendo os estágios desenvolvidos no sétimo e oitavo semestre. Os estágios são o momento privilegiado para articulação teoria e prática na formação do enfermeiro. São desenvolvidos em diversos tipos de serviços de saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade, tendo uma carga horária superior a mil horas.

O compromisso com a transformação social por meio da prática profissional do enfermeiro na relação cotidiana com os usuários e a comunidade é buscada por alguns docentes durante o processo de formação profissional. A construção de um olhar ampliado sobre o processo saúde e a produção do cuidado em saúde é apontada como uma estratégia para formação de profissionais com compromisso social.

O desenvolvimento da capacidade gerencial dos alunos foi verificado nas entrevistas como um dos desafios a ser superado na formação em Enfermagem. O profissional sai da Faculdade tendo que ser capaz de gerenciar equipes de Enfermagem e serviços de saúde. Para capacitação dos alunos para atuação gerencial a Faculdade

introduziu algumas disciplinas durante o curso, com uma carga horária significativa, que abordam as competências necessárias para o desenvolvimento desse papel.

O ensino remoto devido a pandemia pelo COVID 19, implantado desde março de 2020, tem dificultado a formação integral dos alunos, por reduzir o contato entre eles e deles com os professores, restringir as atividades extracurriculares e impor limites para inserção dos alunos na prática. Apesar disso algumas iniciativas têm minimizado esse impacto, como descrito por uma aluna aponta que teve que aprender a buscar o conhecimento por conta própria, ficando menos dependente do professor, sendo protagonista de seu processo de aprendizagem e a disciplina de Indivíduo Sociedade e Trabalho permitiu a aproximação virtual com o território ampliando a compreensão sobre o processo saúde-doença.

No curso de Serviço Social da UNIVAP também vem sendo implantados dispositivos e estratégias que favorecem a ruptura com o modelo hegemônico de formação, caracterizado por uma atuação caritativa, assistencialista, que intervém nas situações de extrema pobreza e/ou em grupos prioritários, de modo a reduzir as tensões sociais geradas pelo próprio modo de produção capitalista.

A partir da década de 1990 a formação em Serviço Social passa a conviver com duas direcionalidades, as Diretrizes Curriculares Nacionais da ABEPSS, que estabelecem um compromisso claro com a transformação social, com a implantação de políticas sociais de caráter universal que buscam a redução das desigualdades e da exclusão social, e o projeto neoliberal que direciona para as demandas do mercado e a atuação social de modo focalizado na extrema pobreza e em determinados grupos vulneráveis.

O projeto pedagógico e o currículo do curso de Serviço Social estudado estão alinhados com as Diretrizes Curriculares Nacionais da ABEPSS, favorecendo uma formação crítico reflexiva, contextualizada e comprometida com as transformações sociais, a ampliação dos direitos universais e a redução das desigualdades e exclusão social. Segundo os professores, o projeto pedagógico do curso é um documento vivo, que vai sendo revisto periodicamente. Destacaram que apesar de os docentes terem

divergências conceituais, não seguindo necessariamente a mesma teoria, todos tem como eixo estruturante a identidade da profissão.

Os professores entrevistados demonstraram profundo conhecimento sobre o Projeto Ético Político do Serviço Social, as diretrizes da ABEPSS e o código de ética da profissão, e compromisso com sua efetivação. A coerência entre os conhecimentos transmitidos para os alunos e as práticas profissionais dos docentes, comprometidas com as transformações sociais e a garantia de direitos e uma militância nas questões sociais, favorece aos alunos a valorização dos docentes e dos conhecimentos transmitidos, possibilitando que eles sejam vistos como modelos a serem seguidos.

O curso de Serviço Social parte do pressuposto que o processo formativo tem que ocorrer de forma gradual em um movimento de desconstrução e reconstrução contínua, no qual, o amadurecimento pessoal e profissional vai sendo construído gradativamente. Os alunos vão compreendendo os elementos que interferem e compõem as questões sociais, na medida em que o curso apresenta caminhos para a construção da prática e da competência profissional. A intersetorialidade é um dos eixos norteadores da formação, sendo buscado por meio de disciplinas realizadas conjuntamente com outros cursos da FCS, eventos interdisciplinares e atividades de extensão.

A coerência entre prática pedagógica e prática profissional é potencializada pela abertura dos professores ao diálogo, a escuta da opinião dos alunos, a construção coletiva do conhecimento e a criação de momentos de reflexão de temas atuais de interesse da profissão, como fóruns, seminários e palestras com profissionais de referência nas políticas sociais na região. Outro fator que é apontado pelos alunos como facilitador da articulação entre teoria e prática são os relatos de experiência dos professores, que favorecem a compreensão de como a prática profissional acontece no cotidiano dos serviços.

Além dos seminários, palestras, atividades práticas e os projetos de extensão, os estágios são os momentos mais significativos para a articulação entre teoria e prática e a construção do papel profissional dos assistentes sociais. Os alunos têm uma ampla carga horária de estágio em diferentes ambientes de práticas, que permite a ampliação

da formação profissional. As atividades práticas, os projetos de extensão e os estágios permitem a aproximação com os serviços de assistência social e com a comunidade.

7.6 QUAIS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS TÊM FAVORECIDO QUE O TERRITÓRIO SE CONSTITUA COMO ELEMENTO NORTEADOR DO PROCESSO FORMATIVO?

As políticas sociais são fundamentais para redução das desigualdades e da exclusão social produzidas na sociedade capitalista, porém sua capacidade de interferir na realidade está relacionada com as concepções teóricas subjacentes e os modos de implantação, podendo assumir um caráter emancipatório e de garantia de direitos ou um olhar compensatório e focalizado em situações de extrema pobreza. Nesse contexto, o território passa a se constituir como um elemento estruturante para sua efetivação. A partir da Constituição Federal de 1988 as políticas sociais de saúde e assistência social passam a ser consideradas como políticas de base territorial. Em um País com dimensões continentais e significativa diversidade espacial, cultural, política, econômica e social é necessário que as políticas considerem os territórios concretos com suas características espaciais, relacionais e socioeconômicos, buscando compreender como se materializam as vulnerabilidades e potencialidades em cada um dos territórios.

Para efetivação das políticas sociais de saúde e assistência social a partir dos territórios é necessário a superação de alguns desafios relacionados à concepção e aplicação do conceito de território subjacente às mesmas. Constatase que muitas vezes se adota uma compreensão reduzida e fragmentada sobre o território, enfocando apenas nas dimensões espaciais e na divisão administrativa, segundo a lógica de definição da área de abrangência dos serviços de saúde e assistência. Outro fator que se faz necessário pontuar, é o olhar homogeneizante, a partir de estudos epidemiológicos na área da saúde e socioassistenciais na assistência social, que tendem a estabelecer análises macro sobre as condições de saúde e a pobreza, que impedem a aproximação dos territórios concretos e a compreensão de como as questões de saúde e sociais se materializam em cada um dos territórios.

Nesse processo é necessário se apoiar em uma compreensão ampliada de território, como trabalhado por Milton Santos, que traz a conceituação de território usado

como o espaço humano habitado, que favorece as relações horizontais de vizinhança e proximidade e sofre influência de relações verticais, globalizadas, que trazem forte conteúdo ideológico e uma visão racionalizadora e normatizadora das relações interpessoais segundo a lógica e os interesses capitalistas. O conceito de território usado dialoga diretamente com o conceito de lugar, o espaço compartilhado por pessoas, firmas e instituições, por meio de relações de cooperação e conflito, no qual a vida social se individualiza, em movimentos de organização e espontaneidade, que ao mesmo tempo que regula as relações sociais, permite a construção de novos projetos comunitários (SANTOS, 2005; 2006).

A aproximação dos territórios concretos durante a formação favorece a compreensão do território como um elemento central para efetivação das políticas sociais ao materializar as questões espaciais e simbólicas a serem abordadas nas políticas de ativação de direitos e de construção de cidadania. Permitindo a compreensão dos movimentos de solidariedade e construção social e simbólica existentes no território, fundamentais para o compartilhamento de vivências e construção de uma história em comum, que favorece o sentimento de pertencimento do indivíduo a uma coletividade, fator essencial para a coesão social. Nesse sentido, a valorização do território como elemento estruturante das políticas sociais está pautada na crença no Estado como ativador nas comunidades locais de identidades e projetos coletivos.

É fundamental que durante a formação os alunos sejam inseridos em atividades teórico-práticas que favoreçam a compreensão dos territórios concretos, com suas dinâmicas, disputas e conflitos, rompendo com o olhar homogeneizante que impede a compreensão das singularidades dos modos de vida em cada território. Que possam perceber que na sociedade capitalista atual a cidade tem materializado a desigualdade e a exclusão social, a partir da espacialização e construção simbólica destes fenômenos

Para que os profissionais em formação aprendam a atuar junto às comunidades, fortalecendo a participação popular, por meio da constituição de espaços coletivos de reflexão sobre as vulnerabilidades e potencialidades de cada território, é necessário que a formação problematize as representações sociais que os alunos têm de si, de seu papel profissional, das políticas sociais e da população atendida, rompendo assim com visões

pré-concebidas e estereotipadas sobre a população, e amplie a compreensão sobre as representações sociais dos diversos atores que atuam no território.

A formação dos profissionais de saúde e assistência social deve ser capaz de desenvolver com os estudantes um conjunto de saberes, práticas e habilidades que permitam identificar e compreender as peculiaridades, singularidades e dinâmicas próprias de cada território, acionadas e articuladas pelos diferentes atores sociais, e captar as rugosidades socioterritoriais existentes, que irão possibilitar a construção de projetos coletivos a partir da comunidade.

A partir dessas reflexões é necessário avaliar: Quais práticas pedagógicas adotadas pelas IES estudadas têm favorecido que o território se constitua como elemento norteador do processo formativo?

O projeto pedagógico do curso de Medicina da UNITAU não aborda o conceito de território de forma explícita, porém ressalta que os alunos devem conhecer os indivíduos e as comunidades que estão inseridos de modo a poder intervir nas necessidades de saúde e resolver grande parte dos problemas de saúde da população, trazendo a necessidade de se considerar o indivíduo em sua dimensão socioeconômica, espacial e cultural, na solução dos problemas de saúde da população, rompendo assim com a visão estritamente biológica do processo saúde-doença.

Os professores da Faculdade de Medicina apresentaram compreensões diversas sobre o conceito de território, porém de forma geral ressaltaram a importância dele no processo saúde-doença e na organização das práticas em saúde. Enfatizaram a importância de os alunos compreenderem a relevância do território na constituição da vida, um espaço dinâmico, diverso, rico, em que as coisas acontecem, em que as pessoas consomem, onde se acessam coisas e serviços, tendo relação direta com a saúde e o desenvolvimento de doenças. Também destacaram a necessidade de aproximação dos territórios de forma concreta, reconhecendo as estruturas de família e sociedade onde serão inseridos; com as situações de pobreza, violência e vulnerabilidade e desinformação e identificando os programas de prevenção, acompanhamento, tratamento e reabilitação oferecidos no âmbito municipal e estadual. Essa compreensão ampliada sobre o território trazida pelos professores é fundamental

para o direcionamento dos processos de ensino-aprendizagem que favoreçam o desenvolvimento desse olhar nos profissionais em formação.

Apesar de os professores trazerem uma compreensão ampliada sobre o território, eles destacaram a dificuldade de os profissionais pensarem a prática a partir do território, sendo o mais comum planejarem intervenções no território de fora para dentro, não conseguindo transitar por ele, construindo possibilidades de atuação de modo conjunto. Apontaram que, de forma geral, os profissionais ainda são formados para prescrever, sem considerar as pessoas concretas em sua singularidade, considerando pouco as condições de vida e as necessidades e desejos dos usuários. Em parte, essa dificuldade dos profissionais de saúde de atuarem nos territórios, se dá pelo direcionamento da formação para o ambiente hospitalar, com uma carga horária muito reduzida de práticas na atenção básica. Essa percepção foi reforçada por um dos docentes ao afirmar que alguns locais de atuação favorecem mais ao médico conhecer e considerar o território que outros; Unidades de Saúde da Família de uma cidade pequena permite que o médico leve em conta o modo de levar a vida da população, já uma UPA ou Pronto-socorro de uma grande cidade não permite esse mesmo tipo de atendimento.

É interessante perceber que esse olhar dos professores sobre a importância do território na prática médica tem influenciado o olhar dos alunos das Ligas de Pediatria e Saúde de Família e Comunidade, que ressaltaram a importância de se conhecer a casa das pessoas, como elas moram, sua vida e suas necessidades, aproximando da realidade do paciente, rompendo com a postura biologicista, que tem como foco nos sintomas, sem um exame detalhado, sem a coleta da história do paciente, distanciando o médico do paciente, dificultando muito na produção do cuidado. Apontaram que o território está relacionado com o ambiente que a pessoa está inserida e suas dinâmicas, envolve a paisagem, o comércio, a infraestrutura, a rede da saúde, as relações entre as pessoas, as questões econômicas e a cultura, como os indivíduos interagem com a cidade, vai muito além do espaço, explica as relações entre as pessoas e como a cidade está organizada. Enfatizaram que as práticas em saúde devem ser pautadas pelo princípio da equidade, em que o tratamento não pode ser igual, deve ser adequado às situações de vida de cada população. Destacaram que em uma cidade existem diferentes realidades, com modos de vida e acesso à saúde de forma diferente e o sistema de saúde

deve ser organizado de acordo com cada realidade, analisando as características de cada território, de cada população. Enfatizaram a importância da atenção primária, porque a equipe multiprofissional conhece a realidade, as pessoas e seu modo de vida, podendo compreender as causas do adoecimento.

É necessário se considerar que os alunos das Ligas de Pediatria e Saúde de Família e Comunidade são aqueles que têm maior interesse e conexão com a atenção básica, favorecendo esse olhar ampliado sobre o processo saúde-doença e a valorização do território na organização do processo de trabalho das equipes de saúde, provavelmente essa percepção não fosse a mesma em alunos de Ligas vinculadas a especialidades que atuam mais na atenção secundária e terciária, como ambulatórios de especialidades e hospitais, como a neurologia, nefrologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, endocrinologia e cirurgia, ou fortemente marcados pelas questões estéticas como a dermatologia, porém mesmo com essa ressalva, é um indicativo importante que estão ocorrendo transformações na formação em Medicina, rompendo-se com o modelo hegemônico de formação médica.

A reformulação curricular favoreceu a ampliação do campo de práticas em saúde coletiva, rompendo com a visão que saúde coletiva estava relacionada apenas com a realização de atividades educativas em escolas, possibilitando a entrada efetiva e diária dos alunos nas unidades de saúde, acompanhando as atividades desenvolvidas, visitas domiciliares com os agentes comunitários, orientação aos usuários, discussão dos projetos terapêuticos singulares e a compreensão do território. Essa é uma iniciativa importante da Faculdade para inclusão do território como um elemento norteador da formação, ao favorecer a inserção dos alunos na atenção básica, acompanhando diferentes práticas junto à comunidade.

O uso de metodologias ativas, que envolvem o aluno na construção do conhecimento, por meio de pesquisas, discussões em grupo e estudos de caso, são apontadas como estratégias que favorecem a correlação com os territórios, pois permitem a compreensão do processo saúde-doença de forma contextualizada, a inclusão das dimensões subjetivas, sociais e territoriais. As atividades de extensão

realizadas na comunidade também favorecem a compreensão sobre o adoecimento e o cuidado em saúde.

As Ligas têm se configurado com uma estratégia fundamental para ampliação da formação médica, pois favorecem a construção de uma visão ampliada do paciente e da prática médica integral, no olhar humanizado, rompendo com o modelo fragmentado de formação. Permite a ruptura do olhar pautado nas diferentes especialidades médicas, possibilitando a visão do paciente como um todo. A Liga de Saúde da Família e Comunidade é a que mais promove uma aproximação efetiva com a atenção básica, as demais têm sua atuação restrita ao Hospital Universitário.

O conceito de território e sua importância na formação e atuação dos profissionais de Enfermagem são abordados de forma indireta no projeto pedagógico do Curso de Enfermagem da UNIVAP ao considerar os alunos a partir de sua inserção no contexto social, político e econômico, devendo ser preparados para atuar na realidade, promovendo transformações na sociedade e na região que está inserido e no atendimento das necessidades básicas do indivíduo, da família e da comunidade. Essa compreensão traz uma responsabilização clara com o contexto que o profissional está inserido, ou seja, o território usado, conforme citado em estudo por Milton Santos.

O projeto pedagógico do Curso de Enfermagem ao analisar a integração entre o curso e o sistema local e regional de saúde, aponta a necessidade de mudança do modelo assistencial da atenção básica no município de São José dos Campos, pautado em unidades tradicionais, para a Estratégia de Saúde da Família com apoio matricial das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Apresenta uma valorização clara da Estratégia de Saúde da Família como modelo assistencial prioritário para reorganização da atenção básica em saúde e prevê a inserção dos alunos em diversas atividades educativas, assistenciais e sociais. Ao adotar o modelo de Saúde da Família como central na formação do enfermeiro, o projeto pedagógico do curso parece adotar uma compreensão de política pública de saúde como política de base territorial, destacando a relevância do território na sua efetivação.

O projeto pedagógico aponta que os alunos de Enfermagem são inseridos na rede municipal de saúde de São José dos Campos durante todo o curso. Essa inserção é

iniciada no primeiro semestre com a disciplina de Cidadania e Responsabilidade Social, na qual os alunos estabelecem o primeiro contato com o território de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. Dando prosseguimento nos semestres seguintes nas disciplinas de Saúde Coletiva, Práticas Assistenciais em Enfermagem I e II e Práticas de Ensino e nos estágios curriculares supervisionados.

Para que o território seja considerado na formação dos profissionais de saúde, é necessário que os docentes rompam com a visão biomédica restrita sobre o processo saúde-doença, incluindo os fatores psicossociais do adoecimento e do cuidado. Os professores trouxeram uma visão ampliada de saúde, como um conceito abrangente, holístico, relacionado ao bem-estar físico, psíquico, mental, associado à qualidade de vida e à felicidade. Essa concepção de saúde favorece a formação de profissionais de saúde que compreendam as relações entre o território, as condições de vida, o modo de levar a vida, as relações interpessoais, o acesso às políticas sociais, a saúde e a produção do cuidado em saúde.

Os professores da Faculdade de Enfermagem da UNIVAP abordaram o território por diferentes enfoques, porém ressaltaram sua relevância para organização das práticas em saúde, permitindo entender o funcionamento da comunidade e as influências na vida das pessoas, o reconhecimento dos recursos existentes, favorecendo um melhor planejamento das ações de saúde em resposta às necessidades de saúde da população e o acesso aos serviços de saúde.

Os estágios supervisionados são o momento mais significativo para o movimento de inclusão do território como um elemento relevante para o processo formativo. A carga horária expressiva de estágios, realizados em diferentes unidades de saúde (atenção básica, secundária e terciária) permite aos alunos a vivência da prática profissional em ambiente real e ao mesmo tempo protegido devido a supervisão *in loco*.

Como desafios para inclusão do território como elemento estruturante para formação em Enfermagem, os professores ressaltaram que grande número de Cursos de Enfermagem na região tem dificultado o acesso dos alunos aos diferentes cenários de práticas. Outro ponto abordado por um dos professores é o direcionamento da formação para serviços hospitalares e/ou de pronto atendimento, que devido ao modo de

organização dos processos de trabalho, dificultam a aproximação com os territórios usados.

O projeto pedagógico do Curso de Serviço Social traz uma análise da rede de serviços sociais do município de São José dos Campos, ressaltando “a necessidade de avanços nos setores da vida, da cidade e dos cidadãos” buscando o desenvolvimento sustentável, a efetivação de políticas inclusivas e de afirmação de direitos e a ampliação da participação popular (UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 2017, p.16). Apesar de não explicitar o conceito de território, apresenta em vários pontos do texto o compromisso com a formação de profissionais capacitados para a análise de conjuntura, com desenvolvimento uma visão histórica, ética e política sobre a sociedade e a intervenção na questão social, visando a transformação social e a garantia de direitos sociais.

Os professores da Faculdade de Serviço Social da UNIVAP trouxeram uma compreensão sobre o Serviço Social que dialoga diretamente com os territórios, ao ressaltar que a prática profissional está relacionada com a compreensão da comunidade, da sociedade, que a contribuição na construção das políticas públicas e na efetivação das políticas sociais se dá no mundo real, a partir da escuta das pessoas e conhecendo a realidade. Destacaram a importância de o assistente social atuar a partir dos territórios concretos com suas dinâmicas e potencialidades.

Continuando, os professores apontaram que os profissionais devem fazer uma análise crítica da realidade, problematizando as questões que surgem nos territórios e as demandas da comunidade e da gestão, rompendo com a ação descontextualizada e burocrática. Destacaram que devido as significativas diferenças regionais existentes em nosso País, as políticas sociais e os serviços devem ser organizados a partir das características e particularidades de cada lugar, mantendo ao mesmo tempo uma coerência com os princípios da PNAS.

Essa concepção ampliada dos professores sobre o território e a sua consideração na efetivação das políticas sociais parece estar conseguindo influenciar o olhar e a compreensão dos alunos, pois na entrevista, eles ressaltaram a importância da aproximação dos territórios, para que se possa conhecer a população com sua cultura,

seus valores e seu modo de levar a vida, as vulnerabilidades presentes, os recursos existentes e os indicadores sociais. Disseram que o profissional precisa conhecer como estão organizadas as políticas sociais em cada local, para contribuir com o acesso. Enfatizaram que o profissional precisa atuar em equipes multiprofissionais e em rede.

Como nos outros cursos analisados, os estágios curriculares são descritos pelos professores e alunos como momentos privilegiados para a aproximação e o contato dos alunos com os territórios.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo partiu de a conceituação de território usado como complementar ao conceito de lugar, como o espaço de intermediação entre o mundo e o indivíduo, palco de disputas, de simultânea cooperação e conflito, de individualização da vida social. Nesse contexto, as transformações sociais, a redução da desigualdade social e da exclusão social passa obrigatoriamente pela aproximação dos territórios, porque a proximidade favorece a comunhão e as políticas sociais ganham materialidade. Sendo no lugar que a vida acontece por meio das relações sociais e comunitárias, que ocorre a interrelação entre as normas, organizações e restrições de ordem política, econômica e social com as possibilidades de construção de novos arranjos, da expressão da espontaneidade e criatividade por meio de projetos comunitários a partir da solidariedade.

Na perspectiva apresentada, o território se constitui como um elemento vivo, estruturante para a implantação de políticas sociais de saúde e assistência social e seus respectivos sistemas. A implantação do SUS e do SUAS demandou profissionais com um outro perfil, que tivessem competências, habilidades, saberes e práticas que permitissem a atuação profissional a partir dos territórios concretos, com suas características, dinâmicas, conflitos, vulnerabilidades e potencialidades. Essa necessidade pressionou as instituições formadoras para implantarem mudanças em seus projetos e práticas pedagógicas. Verifica-se que o Governo Federal teve um papel importante nesta reorientação da formação de profissionais de saúde e serviço social, direcionando a formação, por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação, para as políticas públicas. Esse processo não se deu de forma linear, sendo permeado a todo momento por pressões e influências do modelo neoliberal e as demandas do capital.

As DCNs dos cursos de Medicina e Enfermagem propõe a ruptura do modo hegemônico de formação em saúde de caráter biologicista, medicalizante e procedimento-centrada, com foco nos conteúdos organizados de modo isolado e fragmentado nas especialidades clínicas, separando áreas básicas e clínicas, tendo como locus prioritário para aprendizagem o hospital. As DCNs para o curso de Serviço Social ressaltam que a formação deve ter um caráter crítico reflexivo sobre a história da

profissão, da atuação profissional e da sociedade capitalista. Com o compromisso com a emancipação dos cidadãos e a garantia de direitos, buscando a ruptura das desigualdades sociais da exclusão social, promovendo um enfrentamento contundente ao neoliberalismo.

No contexto brasileiro atual, a construção de cidades mais justas que garantam ao cidadão o cumprimento de seus direitos básicos, só é alcançada com a integração e articulação das políticas sociais nos territórios. Nesse sentido, o território se constitui como um elemento material e simbólico da esfera pública e construir cidadania é reconstruir cidades. Para efetivação das políticas sociais a partir dos territórios é fundamental que os profissionais que operam essas políticas em suas práticas cotidianas não se apropriem apenas dos conceitos técnicos e teóricos de seus campos específicos, mas de conceitos e práticas que os permitam materializar as políticas nos espaços de vida, de forma articulada, respeitando as singularidades dos territórios e as necessidades de quem os habita.

A prática profissional é fortemente influenciada pela formação universitária, que vem passando por significativas transformações nos últimos trinta anos. A expansão e reforma universitária em curso desde a década de 1990 foi marcada pelo modelo neoliberal e teve forte influência dos organismos internacionais. O processo de expansão universitária segundo o projeto neoliberal, parte da compreensão da educação como uma mercadoria a ser consumida no mercado, favorecendo a ampliação das instituições de ensino superior privadas, e o subfinanciamento e a estagnação das instituições de ensino superior públicas.

Outro ponto a ser ressaltado na recente expansão universitária privada no País é a tendência crescente de constituição de oligopólios educacionais. Essa é uma tendência articulada com o capitalismo mundial, em que as grandes empresas vêm adquirindo cada vez mais as pequenas e médias empresas constituindo grandes oligopólios, muitas vezes com atuação em diversos setores da economia. A constituição de oligopólios educacionais no País está associada ao processo de globalização, em que o capital transita de modo fluido por diversas partes do mundo em busca da ampliação dos mercados consumidores, da aplicação financeira e de melhores margens de lucro. Nesse

sentido, a oligopolização do ensino superior tem como uma das suas características a entrada de capital internacional no setor mediante a aquisição de IES privadas nacionais por redes internacionais e/ou a aquisição de ativos na bolsa de valores de grupos nacionais por grupos internacionais, sendo estes em grande parte adquiridos por instituições financeiras.

A expansão do ensino superior e a reforma universitária ocorrida neste período teve influência significativa na formação profissional, direcionando os investimentos públicos e privados em educação e conformando processos formativos voltados para as demandas do mercado. Essas mudanças assumem características singulares na formação dos profissionais que irão efetivar as políticas sociais de saúde e assistência social, sendo os médicos, enfermeiros e assistentes sociais os profissionais centrais na operacionalização das mesmas.

Essa pesquisa teve como um de seus objetivos compreender os elementos que têm influenciado a organização dos cursos e a formação em Enfermagem, Medicina e Serviço Social, no plano político na Região do Vale do Paraíba e Litoral Norte. Em resposta a essa questão, constata-se que o modelo de expansão e reforma universitária adotado no País nos últimos trinta anos, se constitui como um dos elementos que têm influenciado na formação profissional.

O primeiro elemento referente à ampliação e à reforma universitária de caráter neoliberal identificado na presente pesquisa está relacionado com a amplitude das instituições de ensino superior pesquisadas. Inicialmente o projeto de pesquisa previa a realização da pesquisa em IES de diversas características, públicas, privadas lucrativas, comunitárias e autárquicas, porém essa amplitude não foi possível devido à inexistência de cursos de Enfermagem, Medicina e Serviço Social em universidades públicas na RMVPLN. A região não conta com nenhuma grande universidade pública, apenas com alguns cursos isolados da UNESP e UNIFESP em São José dos Campos e da USP em Lorena. Outra limitação se deu pela dificuldade de acesso às instituições de ensino superior privadas lucrativas com os referidos cursos na região, que não autorizaram a realização da pesquisa em suas unidades, sem uma justificativa formal. Tendo em vista a não justificativa para a negativa para realização desta pesquisa, pode-se inferir que as

disputas de mercado entre os grandes conglomerados educacionais fizeram com que as IES privadas lucrativas da região não desejassem que seus processos formativos fossem avaliados por um ator externo às mesmas. Devido à inexistência de universidades públicas com os cursos pesquisados e a negativa das universidades privadas lucrativas, a presente pesquisa teve que ser realizada em uma universidade comunitária de São José dos Campos e uma universidade constituída como uma autarquia municipal de Taubaté. A restrição do espectro de instituições pesquisadas impediu a análise comparativa entre os processos formativos desenvolvidos em IES de diferentes características e como cada instituição tem preparado os profissionais para efetivação das políticas sociais de saúde e assistência social a partir dos territórios.

Outro ponto a ser destacado são as estratégias adotadas pelos grandes conglomerados educacionais para ampliação do mercado educacional superior. Essa ampliação de mercado teve dois focos: a ampliação da oferta do ensino superior para alunos de baixa renda, com mensalidades mais baratas e com um aumento na oferta de cursos em EAD, apoiados nos programas governamentais do PROUNI e FIES e a ampliação da oferta de vagas em cursos com maior reconhecimento social e maior procura. Esse processo de expansão teve impacto direto nos cursos estudados nessa pesquisa. Os cursos de Enfermagem e Medicina estão entre os dez cursos de graduação com maior quantidade de alunos na modalidade presencial e o curso de Serviço Social entre os cursos com maior quantidade de alunos na modalidade EAD.

Esse estudo reforça a ideia que a efetivação das políticas sociais a partir dos territórios concretos, dos territórios usados, exige uma mudança na prática dos profissionais de saúde e assistência social, quebrando com o olhar focalizado e individualista, apostando no desvelamento das situações de vida nos territórios, dando visibilidade às desigualdades sociais e apostando na construção da cidadania, pressupondo um modelo de integração e de sociabilidade, que transcenda os interesses egoístas do indivíduo em direção a uma atitude solidária. Aponta que a aproximação dos territórios, com suas singularidades e particularidades, permite a ruptura do olhar homogeneizante e a apreensão das rugosidades existentes, que servirão para o desenvolvimento de projetos comunitários de transformação social a partir dos lugares.

A mudança das práticas profissionais depende em grande medida do processo formativo. Essa pesquisa evidencia que para formação de profissionais de saúde e assistência social comprometidos com a efetivação das políticas sociais a partir dos territórios é necessário que a graduação tenha as referidas políticas como eixo estruturante e que currículo e as práticas pedagógicas sejam estruturadas de modo a favorecer a articulação ensino-serviço, a aproximação da comunidade por meio da inserção dos alunos em serviços de base comunitária, a construção de oportunidades para atuação interdisciplinar, organização da aprendizagem centrada no aluno tendo o docente como facilitador, uso de metodologias ativas e integração dos saberes rompendo com a fragmentação do conhecimento em disciplinas.

Nesse contexto, essa pesquisa constata que para efetivação das políticas sociais a partir dos múltiplos territórios é preciso se trabalhar com uma compreensão de território que vá além da delimitação espacial segundo critérios administrativos, devendo se apropriar da concepção de território usado e lugar, como adotado pelo geógrafo Milton Santos. Nesse sentido, o território usado se constitui como o espaço habitado, em que interagem as relações de verticalidade, influenciadas pelas questões globais, e horizontalidade, estabelecidas por meio das interações cotidianas de vizinhança, em um espaço concreto, vivo e dinâmico que as políticas universais se singularizam.

A pesquisa demonstra que para haver ruptura ou minimização das demandas de mercado e da lógica neoliberal na formação profissional em Enfermagem, Medicina e Serviço Social é fundamental que as políticas sociais de saúde e assistência social sejam elementos centrais no processo formativo. Para efetivação da formação a partir das políticas sociais de saúde e assistência social não basta que os projetos pedagógicos apontem essa direcionalidade, é necessário que sejam construídas práticas pedagógicas que favoreçam a inserção dos alunos nos serviços, vinculados a territórios concretos, a territórios usados. Portanto, o território passa a ser um elemento central do processo formativo.

REFERÊNCIAS

ALBERTO, T. P. L. **A Expansão e interiorização do ensino superior: uma experiência de democratização na universidade federal de Uberlândia.** Disponível em: <https://even3.azureedge.net/anais/50467.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

AMBROSIO, E. P. C.; FANTINI, L. T. KARWOSKI, A. M. O REUNI e as dimensões da expansão da graduação na UFTM. **Dialogia**, São Paulo, n. 14, p. 121-137, 2011

ARAUJO, Y. M. R.; MARINHO, C. M. Pensamento pós-moderno e formação profissional em Serviço Social. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 16, n. 31, jan/jun., 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO DE SERVIÇO SOCIAL - ABEPSS. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social.** Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf. Acesso em: 17 nov. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, A. S. X. Expansão da educação superior no Brasil: limites e possibilidades. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 36, n. 131, p. 361-390, abr./jun., 2015.

BATISTA, C. B. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 97-125, jan./jun., 2013.

BOROWSKY, M. M.; SILVA, R. M. **“Filhos do REUNI”: Avanços e Limites do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais na Formação Acadêmica dos Estudantes.** 2017. Disponível em: <http://www.essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/CONPG/article/view/11478/8979> Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasil: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. **Constituição, 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm. Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Decreto nº 2036, de 19 de agosto de 1997. Regulamenta o Sistema Federal de Ensino. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1997 Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/Decreto%202306.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2018.

BRASIL. Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001. Dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao estudante do Ensino Superior e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001a Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10260.htm. Acesso em: 13 jun. 2019.

BRASIL. Ministério de Educação Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2018.

BRASIL. Ministério de Educação Resolução CNE/CES nº 15, 15 de março de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Serviço Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES152002.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS Caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf. Acesso em: 17 nov. 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 19 jun. 2018.

BRASIL. **LOAS anotada**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/LoasAnotada.pdf. Acesso em: 26 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em 12 jun. 2018.

BRASIL. Ministério de Educação, Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 17 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 128 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Subsídios para delimitação do território de Proteção Social Básica/PSB do SUAS nos diferentes portes municipais, com enfoque nos territórios intraurbanos, a partir do estudo da concepção de território para a Política Nacional de Assistência Social**. Projeto PNUD BRA/12/006. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2015b. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmeps/ferramentas/docs/produto%20%20-%20Dirce%20-territorios.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação/Gabinete do Ministro. Portaria nº 328, de 5 de abril de 2018. Dispõe sobre a suspensão do protocolo de pedidos de aumento de vagas e de novos editais de chamamento público para autorização de cursos de graduação em Medicina e institui o Grupo de Trabalho para análise e proposição acerca da reorientação da formação médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2018a. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/9362390/do1-2018-04-06-portaria-n-328-de-5-de-abril-de-2018-9362386. Acesso em: 09 abr. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 17 maio 2021.

BRASIL. **Informação e gestão da atenção básica.** 2021a Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 23 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Rede SUAS.** Acesso a informação 2021b. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/gestao-do-suas/sistemas-de-informacao-da-rede-suas>. Acesso em: 30 mar. 2021.

BREHMER, L. C. F. **A integração ensino-serviço em experiências do pró-saúde na enfermagem/SC: estratégia para a consolidação da atenção básica à saúde.** 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

CAMPOS, F. E. *et al.* Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, maio/ago., 2001.

CAÔN, G. F.; FRIZZO, H. C. F. **Acesso, equidade e permanência no ensino superior: desafios para o processo de democratização da educação no Brasil.** Uberaba, 2010. Disponível em: https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/vertentes/v.%2019%20n.%202/Giovana_e_Heloisa.pdf. Acesso em: 15 jun. 2018.

CASTRO, A. C. S. **A democratização do acesso ao ensino superior pelo Reuni no estado de Goiás.** Goiânia, 2013. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

CATANI, A. M.; HEY, A. P.; GILIOLI, R. de S. P. PROUNI: Democratização do acesso às Instituições de Ensino Superior? **Educar**, Curitiba, n. 28, p. 125-140, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1400-1410, set./out., 2004.

CORBUCCI, P. R. Financiamento e democratização do acesso à educação superior no Brasil: da deserção do estado ao projeto de reforma. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 88, p. 677-701, 2004.

DIAS SOBRINHO, J. Democratização, qualidade e crise da educação superior: faces da exclusão e limites da inclusão. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 31, n. 113, p. 1223-1245, 2010.

EMPLASA. Governo do Estado de São Paulo. **Sistema de Informações Metropolitanas**. Disponível em: <https://geo.emplasa.sp.gov.br/Mapa?contexto=emplasageo>. Acesso em: 18 jun. 2018.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 2, n.3, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudança na educação médica**: os casos de Londrina e Marília. São Paulo, 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 37-50, 2002.

FLEURY, S. Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos. *In*: CONGRESSO LUSO-AGRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 8., 2004, Coimbra, Portugal. **Anais...**, Universidade de Coimbra, 2004. Disponível em: <http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/ACFD527.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e terra, 1996.

FROTA, M. A. *et al.* **Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil**: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n1/1413-8123-csc-25-01-0025.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2021.

FUNDAÇÃO SEADE. Portal de estatísticas do Estado de São Paulo. **Perfil dos municípios paulistas**. Disponível em: <https://perfil.seade.gov.br/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

GASPAR, R. F.; FERNANDES, T. C. Mercantilização e oligopolização no ensino superior privado. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 945-966, jul./set. 2014.

GOMES, G.; RESCHILIAN, P.R. UEHARA, A.Y. Perspectivas do planejamento regional do Vale do Paraíba e litoral norte: marcos históricos e a institucionalização da região metropolitana no Plano de Ação da Macrometrópole Paulista. **Urbe - Revista Brasileira de Gestão Urbana**, Curitiba, v.10, n.1, p. 154-171, 2018.

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

GUADAGNIN, E. **O território como elemento constituinte do processo de trabalho das equipes de saúde da família: relevância e desafios**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) –Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

HADDAD, A. E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010.

HAESBAERT, R. Território e multiterritorialidade: um debate. **GEOgraphia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, 2007. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/geographia/article/view/13531/8731>. Acesso em: 17 nov. 2018.

IAMAMOTO, M. V. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 120, p. 609-639, out./dez. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA - INEP. Ministério da Educação. **Censo da educação superior: 2010**. 2012. Disponível em: https://download.inep.gov.br/download/superior/censo/2010/resumo_tecnico_censo_educacao_superior_2010.pdf. Acesso em: 15 jun. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA - INEP. Ministério da Educação. Diretoria de Estatísticas Educacionais (DEED). **Censo da educação superior: notas estatísticas 2017**. Disponível em: http://download.INEP.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2018/censo_da_educacao_superior_2017-notas_estatisticas2.pdf. Acesso em: 17 nov. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA - INEP. Ministério da Educação. **Censo da educação superior 2019: Divulgação dos resultados**. Disponível em: https://download.INEP.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2020/Apresentacao_Censo_da_Educacao_Superior_2019.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

JOVCHELOVITCH, S. **Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e Representações Sociais**. In: GUARESCHI, Pedrinho Arcides; JOVCHELOVITCH, Sandra (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: ed. Vozes, 1995.

KOGA, D.; NAKANO, K. Perspectivas territoriais e regionais para as políticas públicas brasileiras. **Revista Serviço Social e Sociedade**, p. 98-108, 2005.

KOGA, D. Aproximações sobre o conceito de território e sua relação com a universalidade das políticas sociais. **Serviço Social & Sociedade**, Londrina, v. 16, n.1, p. 30-42, jul./dez., 2013.

LEAL, J. A. L. *et al.* Novos espaços de reorientação para formação em saúde: vivências de estudantes. **Interface. Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 361-371, 2015.

LIMA, L. Por que o Brasil triplicou o número de faculdades de Medicina. **Desafios da Educação**, 2019. Disponível em: <https://desafiosdaeducacao.grupoa.com.br/cursos-de-Medicina-triplicou/>. Acesso em: 09 abr. 2021.

LIMA, E. E.; MACHADO, L. R. S. Reuni e Expansão Universitária na UFMG de 2008 a 2012. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 41, n. 2, p. 383-406, abr./jun. 2016.

LIMA, K. R. S. O Banco Mundial e a educação superior brasileira na primeira década do novo século. **Ensaio**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 86-94, jan./jun. 2011.

LIMA, L. C. G.; SILVA, H. M. G. A formação do assistente social no Brasil: contextualização histórica. **Caminhos da Educação**, Franca, v. 8, n. 2, 2016.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**. Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez., 2013.

MANCIBO, D. Reforma universitária: reflexões sobre a privatização e a mercantilização do conhecimento. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 88, p. 845-866, 2004.

MANCIBO, D.; VALE, A. A. do; MARTINS, T. B. Políticas de expansão da educação superior no Brasil 1995-2010. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 60, 2015.

MARTINS, L. K. *et al.* Expansão dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil entre 2004 e 2017. **Enfermagem in Foco**, Cascavel, n. 10, v. 6, p. 63-69, 2020.

MICHELOTTO, R. M.; COELHO, R. H.; ZAINKO, M.A.S. A política de expansão da educação superior e a proposta de reforma universitária do governo Lula. **Educar**, Curitiba, n. 28, p. 179-198, 2006.

MONTE, A. M. F. *et al.* Ensino superior no Brasil e a expansão dos cursos de Serviço Social nos anos 2010 a 2013. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, Ano XVIII, n. 34, 2015.

OLIVEIRA, R. P. de. A transformação da educação em mercadoria no Brasil. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 30, n. 108, p. 739-760, out. 2009.

OLIVEIRA, B. L. C. A. *et al.* Evolução, distribuição e expansão dos cursos de Medicina no Brasil (1808-2018). **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?** Síntese. Brasília: Organização Mundial da Saúde no Brasil, 2018.

OTRANTO, C. R. **A reforma da educação superior do governo lula: da inspiração à implantação.** 2006. Disponível em: <http://www.anped.org.br/biblioteca/item/reforma-da-educacao-superior-do-governo-lula-da-inspiracao-implantacao>. Acesso em: 13 jun. 2019.

PAULO NETTO, J. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social pós 1964.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

PAULO NETTO, J. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social.** Disponível em: http://www.ssrede.pro.br/wp-content/uploads/2017/07/projeto_etico_politico-j-p-netto_.pdf. Acesso em: 17 nov. 2018.

PEREIRA, T. I.; SILVA, L. As políticas públicas do ensino superior no governo lula: expansão ou democratização? **Revista Debates**, Porto Alegre, v.4, n.2, p. 10-31, jul./dez. 2010.

SAMPAIO, H. O setor privado de ensino superior no Brasil: continuidades e transformações. **Revista Ensino Superior Unicamp**. Campinas, 2011. Disponível em: https://www.revistaensinosuperior.gr.unicamp.br/edicoes/ed04_outubro2011/05_ARTIGO_PRINCIPAL.pdf. Acesso em: 17 nov. 2018.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teórico e metodológico da geografia.** São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, M. **Pensando o espaço do homem.** São Paulo: Hucitec, 1997.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão.** 5. ed. São Paulo: Nobel, 2000.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica.** ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção.** 4. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006.

SANTOS, M. **O retorno do território.** OSAL: Observatório Social da América Latina. Buenos Aires, ano 6, n. 16, jun. 2005. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2017.

SÃO PAULO. Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. Lei complementar nº 1.166, de 09 de janeiro de 2012a. **Cria a região metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, e dá providências correlatas.** Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/2012/lei.complementar-1166->

09.01.2012.html#:~:text=Cria%20a%20regi%C3%A3o%20metropolitana%20do,Norte%2C%20e%20d%C3%A1%20provid%C3%AAs%20correlatas. Acesso em: 08 abr. 2021.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Diretoria Regional de Saúde – DRS 17. **Mapa da saúde da RRAS 17**. 2012b.

SAVIANI, D. A expansão do ensino superior no Brasil: mudanças e continuidades. **Póiesis Pedagógica**, Catalão, v. 8, n. 2, p. 4-17, ago./dez. 2010.

SEMESP. **Mapa do ensino superior no Brasil 2016**. Disponível em: http://convergenciacom.net/pdf/mapa_ensino_superior_2016.pdf. Acesso em: 17 nov. 2018.

SOUSA JUNIOR, L. **A expansão da universidade pública: uma experiência de democratização do ensino superior**. 2011. Disponível em: <http://www.anpae.org.br/simposio2011/cdrom2011/PDFs/trabalhosCompletos/comunicacoesRelatos/0310.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

TINTI, É. C. **Capitalismo, trabalho e formação profissional: dilemas do trabalho cotidiano dos assistentes sociais em Ribeirão Preto**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/qzyh6/pdf/tinti-9788579836558.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2018.

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ - UNITAU. **Projeto pedagógico do curso de Medicina**. Taubaté, 2016.

UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAIBA - UNIVAP. **Projeto pedagógico do curso de Enfermagem**. São José dos Campos, 2016.

UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAIBA -UNIVAP. **Projeto pedagógico do Curso de Serviço Social**. São José dos Campos, 2017.

VIANA, B. B.; CARNEIRO, K. K. C.; GONÇALVES, C. F. O movimento de reconceituação do Serviço Social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL, 2015, Florianópolis. **Anais...**, Florianópolis: UFSC, 2015. Disponível em: http://seminarioservicosocial2017.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_139.pdf. Acesso em: 17 nov. 2018.

XIMENES NETO, F. R. G. *et al.* Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n.1, p.37-46, 2020.

WEILER, R. M. E. *et al.* Contribuição do Pró-Saúde para a reorientação da formação em Odontologia e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais: estudo de casos. **Revista da ABENO**, Porto Alegre, v. 17, n.2, p. 39-50, 2017.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: Agentes da mudança: desafio da formação profissional para implantação de políticas sociais nos territórios

Pesquisador Responsável: Eduardo Guadagnin

Orientadores: prof. Dr. Pedro Ribeiro Moreira Neto e profa. Dra. Paula Vilhena Carnevale Vianna

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP

Telefones / E-mails para contato: (12) 99110-4548 (12) 3947-1000 eduguadsjc@gmail.com

Nome do participante: _____

Idade: ____ R.G. _____ Código de identificação: _____

O (A) Sr. (ª) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa que tem como tema/título “Agentes da mudança: desafio da formação profissional para implantação de políticas sociais nos territórios”, de responsabilidade do pesquisador Eduardo Guadagnin e orientação dos professores doutores Pedro Ribeiro Moreira Neto e Paula Vilhena Carnevale Vianna. Este estudo tem por objetivo avaliar como os cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Serviço Social tem preparado os profissionais para operacionalização das políticas sociais de saúde e assistência social a partir dos territórios.

Você está sendo convidado a participar de uma entrevista com o pesquisador sobre o tema, que será gravada em áudio para melhor captação das informações prestadas, que você pode não autorizar este registro e pode, a qualquer momento, retirar a autorização dada. O uso deste áudio em nenhum momento permitirá a sua identificação.

O pesquisador irá utilizar um roteiro norteador para as entrevistas que poderá ser ampliado ou ter questões suprimidas de acordo com andamento da entrevista.

Durante a entrevista, há possibilidade de desconforto por parte dos sujeitos participantes desse estudo devida a: utilização do tempo do sujeito para responder ao questionário/entrevista; constrangimento em responder alguma pergunta a ele direcionado no momento da coleta dos dados; os participantes poderão apresentar estados negativos ou comportamento alterado, incluindo ansiedade, raiva ou medo em participar do estudo solicitando seu desligamento a qualquer fase do estudo. Contudo será garantido ao participante o direito às informações e esclarecimentos sobre o estudo em qualquer fase que se encontre; o direito de recusar a participar do estudo em qualquer etapa. Será explicado e garantido sua participação de forma espontânea, sendo isento de prejuízos ou danos físicos ou psíquicos. Será explicado e garantido sua participação de forma espontânea, sendo isento de prejuízos ou danos físicos ou psíquicos, em relação ao estudo ou pesquisador.

A presente pesquisa traz como benefícios a ampliação da compreensão sobre os fatores que interferem na formação em Enfermagem, Medicina e Serviço Social e o fornecimento de devolutiva para as instituições pesquisadas referente aos elementos que estão interferindo no cumprimento das diretrizes do Ministério da Educação para os cursos de Enfermagem, Medicina e Serviço Social.

Esperamos, com essa pesquisa analisar a formação em Enfermagem, Medicina e Serviço Social, buscando captar os elementos norteadores, os projetos societários em disputa, como as políticas sociais de saúde e assistência social norteiam este processo formativo e o modelo pedagógico e as estratégias pedagógicas utilizadas e sua adequação para formação de profissionais capazes de operar as políticas sociais de saúde e assistência social a partir dos territórios.

Garantimos o sigilo e a confidencialidade das informações que você fornecer e a privacidade do participante da pesquisa. A qualquer momento, você pode se recusar a participar e se retirar da pesquisa, sem constrangimentos, penalidades ou qualquer prejuízo. As informações e materiais obtidos nessa pesquisa não poderão ser utilizados para outras finalidades que não sejam a dessa pesquisa.

No caso de gastos decorrentes da participação nessa pesquisa (por exemplo, transporte e alimentação), você será imediatamente e integralmente ressarcido de todos os gastos. No caso de algum dano, imediato ou tardio, decorrente dessa pesquisa, você também tem direito de ser indenizado pelo pesquisador e/ou patrocinador dessa pesquisa, bem como a ter assistência gratuita, integral e imediata.

Sempre que desejar, você poderá entrar em contato para obter informações sobre este projeto de pesquisa, sobre sua participação ou outros assuntos relacionados à pesquisa, com o pesquisador responsável pelos telefones (12) 99110-4548 e (12) 3947-1000. Você também pode entrar em contato com o CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), corresponsável por garantir e zelar pelos direitos do participante da pesquisa, pelo telefone (12) 3947-1111, pelo e-mail cep@UNIVAP.br ou pessoalmente na Av. Shishima Hifumi, 2911, Urbanova – Bloco 11 – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento II, sala 19, de segunda a sexta-feira, das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 17:00h

Este termo está elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, sendo uma das vias entregue ao participante.

Eu, _____, fui informado e concordo em participar, voluntariamente, do projeto de pesquisa acima descrito.

São José dos Campos, ____ de _____ de _____

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do pesquisador

Testemunha

Testemunha

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevistador:	Data e hora:	Código*:
----------------	--------------	----------

I DADOS PESSOAIS				
NOME:				
Idade :		Sexo:		
INSTITUIÇÃO /Departamento/Curso				
2. Formação e experiência acadêmica				
() Formação: _____ Instituição: _____ Ano: _____				
() Especialização: _____ Instituição: _____ Ano: _____				
Pós Graduação: _____ Instituição: _____ Ano: _____				
	Sem experiência	Menos de um ano	Entre um e três anos	Mais de três anos
Experiência assistencial				
Experiência administrativa				
Experiência em pesquisa/ensino				
Perfil do egresso e campo de prática				
<i>Na sua opinião, quais as competências e habilidades essenciais do egresso do curso de (Medicina/Enfermagem/ Serviço Social) desta instituição?</i>				
<i>Como você caracterizaria o campo de atuação dos egressos do curso? (proxys: público/privado; especialista x generalista; prática focada x prática abrangente e integrada etc.)</i>				
3. Concepções				
Como você define saúde? Como você define proteção social?				

Prática profissional
<p>Vamos agora pensar na prática/atuação profissional.</p> <p>O que a estrutura, qual seu eixo?</p> <p>Considerando essa resposta, quais os obstáculos e desafios para o exercício profissional dos formandos?</p>
<p>Como você pensa a relação entre a prática profissional e a sociedade? (<i>proxy: pense em permanências ou mudanças; influenciada por/influenciadora; estruturante ou estruturada</i>)</p>
<p>Como essas questões se materializam na prática profissional cotidiana ?</p>

Território
<p>A prática profissional acontece, concretamente, nos territórios. Você já pensou sobre essa questão? O que é território para você? Como ele influencia a prática profissional?</p>
Metodologia de ensino, curriculum, cenários de prática
<p>Fale um pouco sobre sua prática pedagógica. (<i>proxys: concepções, métodos, como gosta de ensinar, o que acha efetivo. Atenção para metodologias ativas x práticas tradicionais</i>)</p> <p>Como se dá a inserção dos alunos na prática? Em que momento do curso ocorre? Como avalia esse processo de inserção, considerando o perfil de egresso? (<i>proxy: oportuno, gradativo, diversificado, orientado/ supervisionado</i>)</p> <p>Como se dá a articulação das diferentes disciplinas do processo formativo?</p> <p>Há interação entre os alunos de diferentes cursos? Como ela se dá?</p> <p>Obs: Este formulário será preenchido pelo pesquisador e utilizado como um roteiro norteador da entrevista, podendo ser ampliado ou ter parte das questões suprimidas.</p>

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DO VALE DO
PARAÍBA - UNIVAP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Agentes da mudança: desafio da formação profissional para implantação de políticas sociais nos territórios

Pesquisador: Eduardo Guadagnin

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30186320.0.0000.5503

Instituição Proponente: FUNDACAO VALEPARAIBANA DE ENSINO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.967.728

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa se caracteriza como uma pesquisa social, qualitativa, de caráter exploratório, que investiga a inclusão e apropriação da perspectiva territorial da política e ação profissional na formação de médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Tem como procedimento metodológico a pesquisa documental e a aplicação de entrevista semi-estruturada a docentes e discentes de quatro universidades na região do Vale do Paraíba Paulista, do Estado de São Paulo

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa, tanto primário como secundário, estão estruturados de forma a dialogar com o projeto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios relacionados corretamente ao projeto, conforme solicitados. Ver texto abaixo:

Riscos:

Há possibilidade de desconforto por parte dos participantes desse estudo devido a: utilização do tempo do sujeito para responder ao questionário/entrevista, constrangimento em responder alguma pergunta a ele direcionado, ansiedade, e medo de exposição ao participar do estudo solicitando seu desligamento a qualquer fase do estudo. Contudo será garantido ao participante o

Endereço: Av. Shishima Hitomi, 2911
 Bairro: Urbanova CEP: 12.244-000
 UF: SP Município: SAO JOSE DOS CAMPOS
 Telefone: (12)3547-1111 Fax: (12)3547-1149 E-mail: cep@univap.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
PARAÍBA - UNIVAP



Continuação do Parecer: 3.987.728

direito às informações e esclarecimentos sobre o estudo em qualquer fase que se encontre; o direito de recusar a participar do estudo em qualquer etapa. Para amenizar estes riscos, as entrevistas serão realizadas em local reservado, que garanta o sigilo das informações prestadas.

Benefícios:

Ampliação da compreensão sobre os fatores que interferem na formação em Enfermagem, Medicina e Serviço Social, e dos elementos que estão

interferindo no cumprimento das diretrizes do Ministério da Educação para os cursos de Enfermagem, Medicina e Serviço Social.

O projeto auxilia a compreensão e melhor estruturação do Projeto pedagógico e da prática didática nos cursos de Enfermagem, Medicina e Serviço

Social, em relação às diretrizes do Ministério da Educação para estes cursos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto auxilia a compreensão e melhor estruturação do Projeto pedagógico e da prática didática no curso de Enfermagem, Medicina e Serviço Social, em relação às diretrizes do Ministério da Educação para estes cursos.

Em parecer anterior, este CEP requereu ajustes, agora acatados.

Em função de férias coletivas na Univap (devido ao COVID-19), a reunião do CEP-Univap foi adiada do dia primeiro para o dia 21 de abril, o que afetou o cronograma. Este CEP está consciente do compromisso ético assumido pelo pesquisador de não iniciar a pesquisa sem a aprovação ética, ainda assim, este CEP requer que este compromisso seja expresso formalmente com o ajuste do cronograma indicando início do contato com os participantes para data futura (e, se for o caso, considerar o isolamento social em vigor).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE e as autorizações das duas instituições participantes foram inseridas, conforme solicitação realizada na versão anterior.

Recomendações:

Em função de férias coletivas na Univap, a reunião do CEP-Univap foi adiada do dia primeiro pra o dia 21 de abril, o que afetou o cronograma. Considerando que o único ajuste a ser feito está na

Endereço: Av. Shishima Hitomi, 2911
 Bairro: Urbanova CEP: 12.244-000
 UF: SP Município: SAO JOSE DOS CAMPOS
 Telefone: (12)3947-1111 Fax: (12)3947-1149 E-mail: cep@univap.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
PARAÍBA - UNIVAP



Continuação do Parecer: 3.987.728

adequação do cronograma, este CEP informa que, quanto antes o ajuste for feito, quanto antes o novo parecer poderá ser elaborado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A única pendência está no cronograma: este CEP requer indicar início do contato com os participantes para data futura.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3901256.pdf	23/03/2020 20:41:13	Maurício Martins Alves	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1523584.pdf	11/03/2020 19:47:25		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	11/03/2020 19:47:05	Eduardo Guadagnin	Acelto
Outros	QUESTIONARIO_DOCENTES.docx	09/03/2020 22:08:51	Eduardo Guadagnin	Acelto
Outros	Questionario_discentes.docx	09/03/2020 22:07:07	Eduardo Guadagnin	Acelto
Outros	Termo_de_compromisso.docx	09/03/2020 22:05:41	Eduardo Guadagnin	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/03/2020 21:55:34	Eduardo Guadagnin	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_infraestrutura.pdf	09/03/2020 21:51:49	Eduardo Guadagnin	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.pdf	09/03/2020 21:51:32	Eduardo Guadagnin	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/03/2020 21:50:19	Eduardo Guadagnin	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Shishima Hifumi, 2911
 Bairro: Urbanova CEP: 12.244-000
 UF: SP Município: SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
 Telefone: (12)3947-1111 Fax: (12)3947-1149 E-mail: cep@univap.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
PARAÍBA - UNIVAP



Continuação do Parecer: 3.987.728

SAO JOSE DOS CAMPOS, 23 de Abril de 2020

Assinado por:
Mauricio Martins Alves
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Shishima Hitomi, 2911
Bairro: Urbanova CEP: 12.244-000
UF: SP Município: SAO JOSE DOS CAMPOS
Telefone: (12)3947-1111 Fax: (12)3947-1149 E-mail: cep@univap.br