

## **FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE**

*Dolores Araújo<sup>a</sup>*

*Maria Claudina Gomes de Miranda<sup>b</sup>*

*Sandra L. Brasil<sup>c</sup>*

### **Resumo**

Este artigo discute a integralidade como eixo norteador na formação de profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que é uma das diretrizes requeridas pela Constituição Federal para as ações e serviços de saúde pública. Destaca que a formação na perspectiva da integralidade tem sido pouco problematizada para a sua relevância. Aborda os diversos sentidos da integralidade e as conexões existentes entre tal conceito e as mudanças paradigmáticas que vêm ocorrendo na formação em saúde. Inclui uma revisão sobre as concepções de currículo e educação permanente, enfocando a questão da formação na perspectiva da integralidade. Utiliza a revisão bibliográfica e a discussão coletiva realizada por técnicos de uma escola de saúde pública do SUS e conclui que a formação na perspectiva da integralidade inclui como eixos norteadores para a sua construção: promoção, prevenção e reabilitação e tratamento, concepção integral do ser humano, abordagem multidisciplinar, atenção integral, inclusão do domínio afetivo da aprendizagem, desenvolvimento da capacidade de diálogo, visão generalista, saberes da assistência individual e da saúde coletiva, campos de prática encarados como espaços de ensino-aprendizagem, educação permanente, conhecimentos acerca do SUS e das políticas de saúde.

Palavras-chave: Integralidade. SUS. Formação de recursos humanos.

### FORMATION OF HEALTH PROFESSIONALS FROM A COMPREHENSIVE PERSPECTIVE

### **Abstract**

This paper discusses comprehensiveness as the guiding axis in the formation of health professionals of the National Health System (SUS), as it is one of the guidelines required by

---

<sup>a</sup> Médica, Mestre em Medicina e Saúde, técnica da EESP/SESAB.

<sup>b</sup> Assistente social, Mestre em Saúde Comunitária, técnica da EESP/SESAB.

<sup>c</sup> Odontóloga, Musicoterapeuta, Especialista em Gerontologia, técnica da EESP/SESAB.

**Endereço para Correspondência:** Rua Conselheiro Pedro Luis, nº 171. CEP 41.950.610, Rio Vermelho, SSA-Ba. E-mail: doloresaraujo@terra.com.br

the Federal Constitution for public health procedures and services. This study emphasizes that professional formation, from a comprehensive perspective, has been subject of little concern considering its relevance. The study approaches the diverse meanings of comprehensiveness and the existing connections between this concept and the paradigmatic changes that have been occurring in health formation. It includes a review about the conceptions of curriculum and permanent education, focusing on the issue of formation from a comprehensive perspective. The study uses bibliographical review and collective discussion, performed by professionals from a SUS public health school. The conclusion illustrates that formation within the perspective of comprehensiveness includes the following guiding axes for its creation: promotion, prevention, rehabilitation, and treatment, comprehensive conception of the human being, multidisciplinary approach, comprehensive care, inclusion of the affective domain in the learning process, development of a dialogue capacity, generalistic views, knowledge of individual assistance and collective health, fields of practical activity considered as space for the teaching-learning process, permanent education, knowledge about the SUS system, and health policies.

Key words: Comprehensiveness. SUS. Human Resources Formation.

## INTRODUÇÃO

Segundo a Constituição Federal<sup>1</sup>, as ações e serviços de saúde compõem uma rede organizada segundo três diretrizes, sendo uma delas a integralidade da atenção. Também se encontra estabelecido constitucionalmente que uma das tarefas do SUS consiste em ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.<sup>1</sup> A Lei Orgânica de Saúde, de 1990, especifica que isso deve incluir todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.<sup>2</sup> No entanto, na formulação de políticas do SUS, uma das áreas menos problematizadas até hoje é a da formação.<sup>2</sup>

De todos os princípios e diretrizes do SUS, possivelmente é o da integralidade o menos visível. As mudanças têm ocorrido, mas ainda não da forma generalizada que se espera.<sup>3</sup> Acredita-se que um dos fatores propulsores da integralidade esteja na busca de transformações no processo de formação de profissionais de saúde.

A Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto (EESP), órgão da Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, “[...] destina-se a formar profissionais de nível universitário, no âmbito do SUS, por meio de atividades de (in)formação, pesquisa e pós-graduação em saúde pública, sob a perspectiva da educação permanente. Um dos eixos norteadores do seu projeto político-pedagógico é o currículo”.<sup>4:2</sup> O princípio da integralidade tem se constituído como fonte de orientação para a

seleção de conteúdos e de concepções que fundamentam a elaboração de currículos na EESP.

O presente artigo traz como objetivo discutir a integralidade como eixo norteador na formação de profissionais de saúde. Para realizar este trabalho, procedemos a uma revisão bibliográfica, e também fizemos discussão coletiva em torno do tema, em duas sessões do Grupo de Estudos e Integração da EESP, realizadas no ano de 2006, com a participação de técnicos da instituição.

### **INTEGRALIDADE E SEUS DIVERSOS SENTIDOS**

A Lei Orgânica de Saúde estabeleceu os princípios do SUS, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Um deles é a integralidade, “[...] entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.<sup>5,3</sup> Desse modo, esse princípio busca assegurar ao usuário uma atenção que inclui ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.<sup>6</sup> Ou seja, o atendimento necessita se direcionar também para a saúde e não apenas para a doença. As ações preconizadas formam um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas. Do mesmo modo, as unidades prestadoras de serviço, em diferentes graus de complexidade, também constituem um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.<sup>7</sup>

A revisão da literatura mostra que outros significados têm sido adicionados a estes, ampliando a concepção de integralidade. Assim, Mattos<sup>3</sup> salienta três grandes grupos de sentido para a integralidade, relacionados com: 1) atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se define como uma boa prática, ocorra ou não no âmbito do SUS; 2) atributos da organização dos serviços; e 3) respostas governamentais aos problemas de saúde. Tal concepção é bastante abrangente, fazendo-nos refletir acerca do papel dos diversos atores envolvidos na prática do princípio da integralidade. A seguir, estaremos detalhando os significados acima propostos.

Quanto aos atributos das práticas, a integralidade tem sido relacionada com uma série de aspectos:<sup>2,3,6-8</sup>

- a) atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade, não em um recorte de ações ou doenças;
- b) visão integral do ser humano, que não deve ser focado como um conjunto de partes (coração, fígado, pulmões etc.);
- c) valorização dos aspectos cotidianos da vida do paciente, ao invés de se centrarem as práticas apenas na doença;
- d) compreensão da inserção de cada indivíduo num dado contexto familiar,

social, cultural etc., ou seja, não está “solto no mundo”;

- e) conexão com uma base de valores relacionada com um ideal de uma sociedade mais justa e solidária;
- f) reconhecimento da importância do diálogo, permitindo que as diversas vozes dos atores envolvidos se façam ouvir;
- g) práticas intersubjetivas — profissionais de saúde relacionando-se com sujeitos, não com objetos.

Em relação aos significados pertinentes à organização dos serviços e às respostas governamentais, podemos citar os seguintes sentidos:<sup>9</sup>

- a) forma de organizar o processo de trabalho em saúde, de modo a satisfazer as necessidades de saúde da população;
- b) acesso a técnicas de diagnóstico e tratamento que se fazem necessárias para uma maior resolutividade da atenção;
- c) construção de políticas especificamente programadas para dar respostas a problemas de saúde.

Mattos<sup>3</sup> considera a integralidade como uma “imagem objetivo”, ou seja, ela designa certa configuração desejável, possível de ser concretizada, representando uma forma de se distinguir o que se quer construir do que existe. Desse modo, refere-se àquilo que criticamos. Assim, podemos entendê-la como uma crítica a uma atitude médica fragmentária, baseada na especialização e que reduz o sofrimento do paciente apenas a aspectos biológicos, e limita as práticas dos profissionais de saúde à atenção individual curativa. Também representa uma não aceitação da organização das práticas — programas verticais, separação entre saúde pública e práticas assistenciais, ações de saúde coletiva e atenção individual.<sup>9</sup>

É preciso estar atento para certas limitações da compreensão acerca do que realmente significa integralidade. Ela não se reduz ao acesso da população a diversos níveis de serviços de saúde, pois, como vimos, depende de outros fatores para se realizar.<sup>10</sup> Também não pode ser confundida com totalidade, presumindo-se a formação de generalistas capazes de assumir todas as funções da clínica, sem levar em conta a complexidade do processo saúde-doença, e a necessidade de constituição de equipes multiprofissionais. Tal concepção privilegia a atenção médica.<sup>2</sup> Desse modo, Feuerwerker<sup>10</sup> expõe a necessidade de cada profissional de saúde compreender as limitações da sua possibilidade de atuação, assim como de mudar as relações de poder entre as diversas categorias profissionais e também entre estas e os usuários.

A integralidade se relaciona com o movimento da chamada medicina integral, que

teve início nos EUA com o questionamento da atitude fragmentária e reducionista dos médicos frente aos pacientes.<sup>3</sup> Na realidade, a integralidade baseia-se em uma nova concepção do ser humano e das suas relações, de modo que está relacionada com a mudança de paradigma no campo da saúde. Discutiremos a seguir esse aspecto, enfocando a situação da Medicina, uma vez que é reconhecida a sua influência sobre a formação das demais profissões de saúde.

### **MODELO HEGEMÔNICO DE FORMAÇÃO**

O modelo tradicional de formação, dito biomédico, baseia-se numa visão cartesiana de divisão corpo e mente, desqualificando assim aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no processo de adoecer. O conhecido relatório Flexner, de 1910, se relaciona com tal modelo, e até hoje influencia o ensino e a prática da medicina e, por extensão, de outras profissões de saúde. Entre outros aspectos, o paradigma flexneriano envolve enfoque na doença, conhecimento médico fragmentado em disciplinas, vinculação das escolas médicas à universidade, hospital como espaço de cura e de ensino, especialização intensiva, mercado de trabalho referido apenas ao consultório etc.<sup>11,12</sup>

Em função desse modelo, reduz-se o indivíduo a um organismo biológico,<sup>12</sup> e se gerou uma visão fragmentada e distanciada do ser humano. Além disso, também têm sido questionados o inadequado preparo dos médicos para o exercício das suas funções profissionais, o alto custo dos serviços de saúde fundamentados em especializações, e a incapacidade de se atender às reais necessidades da população. Dessa forma, vem se configurando uma nova abordagem, o chamado “paradigma da integralidade”.<sup>13</sup>

Baseando-se em Ferguson, Peixinho<sup>14</sup> faz contraposições entre as pressuposições do velho e do novo paradigma em medicina. Destacaremos a seguir duas delas, de maior interesse para a nossa discussão. Enquanto no modelo tradicional a medicina é especializada, no novo ela se mostra integrada, preocupada com o paciente. A ênfase na eficiência e a exigência de profissionais emocionalmente neutros dão lugar ao destaque nos valores humanos, compreendendo-se os cuidados profissionais como um dos componentes da cura.

O modelo biomédico tem influenciado a organização de currículos. Se, numa visão mecanicista, o corpo humano é visto como uma espécie de máquina composta de partes inter-relacionadas, e a doença representa um “desarranjo” em uma delas, o conhecimento necessário para lidar com ele se torna necessariamente fragmentado, apresentado sob a forma de disciplinas estanques.

Além disso, os conteúdos curriculares dão maior prioridade aos problemas de saúde individuais do que aos coletivos, e desconsideram fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecer humano. Nesse modelo, valorizam-se aspectos cognitivos em detrimento de

elementos de ordem psíquica e histórica dos estudantes, e se enfatizam recepção e memorização em detrimento de outras possibilidades, tal como o desenvolvimento da capacidade de análise, crítica e elaboração pessoal.<sup>15</sup>

A adequação da prática profissional ao que realmente acontece na realidade também fica dificultada, pelo fato de se trabalhar com o conhecimento do passado, com aquilo que foi legitimado pela ciência tradicional, e não com os desafios do presente ou com aquele conhecimento que vem dos dados da realidade atual, os quais nos podem conduzir ao futuro.<sup>16</sup> Desse modo, há pouco estímulo para se pensar criticamente a realidade, visando produzir respostas novas para as questões trazidas cotidianamente. Além disso, desconsidera-se freqüentemente todo o aprendizado advindo da própria experiência das situações vividas nos serviços.

As críticas ao modelo hegemônico de formação das profissões de saúde geraram movimentos organizados que culminaram na organização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), direcionadas para os cursos de graduação da área. Representam elas uma tentativa de se romper com um modelo tradicional de formação biologicista e introduzir o paradigma da integralidade. Por outro lado, as DCN têm exercido uma poderosa influência na elaboração de currículos na formação em saúde.

### **FORMAÇÃO EM SAÚDE: CURRÍCULOS E EDUCAÇÃO PERMANENTE**

De forma geral, um currículo representa um plano pedagógico e institucional que orienta a aprendizagem dos alunos de forma sistemática. O chamado currículo integrado articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade,<sup>17</sup> de modo que representa uma possibilidade adequada para a formação em saúde. Outro aspecto importante do currículo integrado é visar o preparo do aluno como sujeito ativo, reflexivo, criativo e solidário. Para isso, devem-se criar condições para que o estudante consiga construir ativamente o seu próprio conhecimento.<sup>16</sup>

Há uma influência das concepções acerca do ensino e aprendizado sobre os conceitos de currículo e a sua organização.<sup>16</sup> Também estamos, por meio de nossas escolhas conceituais e metodológicas, firmando uma determinada concepção de mundo, de modo que tal seleção não constitui um processo inocente, neutro ou técnico.<sup>15</sup> Se, por exemplo, almejamos elaborar currículos orientados pelo princípio da integralidade, é preciso refletir sobre as suas fundamentações, trabalho este que tem sido constante na EESP. Por fim, os currículos também estão implicados com uma determinada visão do conhecimento.

Observa-se que há uma cisão entre os problemas da realidade e a organização disciplinar do conhecimento que orienta a formação dos profissionais de saúde.<sup>18</sup> Ou seja, os currículos na graduação são tradicionalmente organizados de um modo tal que contribuem pouco

para a resolução das questões concretas e cotidianas. Assim há a necessidade de se aprimorar continuamente a formação dos profissionais de saúde.

Além disso, a transitoriedade do saber e as marcantes transformações no mundo do trabalho acentuam a importância da educação permanente na época atual. Embora seja, às vezes, confundida com educação continuada, por também ocorrer após o período de graduação, a educação permanente constitui uma estratégia metodologicamente diferente.<sup>18</sup>

Na área da saúde há um grande número de ações de educação continuada, de reconhecida legitimidade. No entanto, o impacto dessas iniciativas tem sido pequeno, além de terem um alto custo. Em função do reconhecimento de tal realidade, a Organização Pan-Americana de Saúde formulou e divulgou na década de 1960 uma proposta metodológica de Educação Permanente. Esta reconhece o potencial educativo dos espaços de trabalho e a indissociabilidade entre a gestão do trabalho e a gestão do conhecimento.<sup>18</sup>

Na educação permanente, portanto, o processo educativo põe em análise o cotidiano do trabalho — ou da formação em saúde.<sup>19</sup> Ela coloca o SUS como interlocutor nato das instituições formadoras na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional e não apenas como mero campo de estágio ou aprendizagem prática.<sup>20</sup> A educação permanente, portanto, constitui uma estratégia que possibilita uma formação realmente sintonizada com as necessidades da saúde pública brasileira.

No caso do SUS, a integralidade funciona como um dos marcos referenciais para se identificarem problemas, ou seja, aquilo que se distancia do pretendido, o que é fundamental para a formulação de iniciativas de educação permanente.<sup>18</sup>

### **FORMAÇÃO PARA O SUS/INTEGRALIDADE**

Embora haja consenso acerca de que a formação de profissionais de saúde deveria ser orientada para formar profissionais para o SUS, ela tem se mostrado alheia à necessidade de se promover uma educação baseada nos seus princípios e diretrizes,<sup>20</sup> perpetuando o modelo hegemônico de formação.

Cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, mas tal tarefa constitui ainda um desafio, dadas as características das instituições de ensino e o seu significativo distanciamento do sistema público de saúde.<sup>21</sup> Assim, como ressaltam Ceccim e Feuerwerker,<sup>20</sup> torna-se urgente uma reforma de educação que possibilite aproximação entre ensino e trabalho em saúde.

Observa-se uma inexistência formal ou restrita de espaços conjuntos entre instituições de ensino superior e unidades de saúde, onde se possam confrontar as formas de “saber” e “fazer” com o que a realidade requer. Nessa interação, há o risco de se considerar a

universidade como referência do saber legítimo, diminuindo o significado dos serviços de saúde como espaços de aprendizagem e produtores de conhecimento.<sup>15,21</sup>

Cada contexto traz a possibilidade de aprender, e ela tem um poder de transformação sobre as idéias.<sup>18</sup> Desse modo, a prática não deve ser entendida como um espaço apenas de verificação de idéias, mas também de construção de novas teorias.<sup>22</sup> Valorizar o conhecimento que é cotidianamente produzido nas unidades de saúde, articulando-o com o que é criado na universidade, é um passo fundamental para uma adequada formação de profissionais do SUS.

As experiências acompanhadas pelo grupo CNPQ-Lappis mostraram que as vivências práticas, possibilitadas pela interação entre os mundos do ensino e do trabalho, representam o grande elemento integralizador da formação, o que se aplica sobretudo aos estudantes da graduação.<sup>21</sup>

Profissionais formados com essas inserções na rede de atenção, e que conhecem o SUS e as políticas de saúde, freqüentemente adquirem uma postura na sua atuação de compromisso diante das necessidades do SUS,<sup>21</sup> o que é importante para o seu efetivo engajamento nas propostas de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Tais propostas constituem objetivos da formação de profissionais de saúde, a qual necessita se estruturar com base na problematização do processo de trabalho e da sua capacidade de atender adequadamente às necessidades de saúde das pessoas e das populações.<sup>20</sup>

A formação de um profissional de saúde não se esgota no mero aprendizado de competências e habilidades de ordem técnica, mas inclui também o manejo de situações de ordem intersubjetiva, em que assume importância todo um conjunto de valores éticos e morais. Tradicionalmente, entretanto, dá-se ênfase a objetivos educacionais<sup>23</sup> do domínio cognitivo e, se necessário, àqueles de ordem psicomotora, mas pouco se faz em relação aos aspectos afetivos.

Tal formação também requer que se estimule a reflexão crítica dos docentes, dos profissionais das redes de serviço e dos estudantes inseridos nos diversos cenários de aprendizagem. Conhecer a realidade e dela criar sínteses críticas constituem o pressuposto norteador dos processos formadores em saúde, particularmente daqueles profissionais que irão atuar na atenção integral.<sup>16</sup> No momento atual, tão rico em propostas de transformação, é preciso saber questionar, criar e agregar conhecimentos e experiências.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Formar profissionais de saúde sob a perspectiva da integralidade constitui uma proposta desafiadora, uma vez que significa a ruptura não só com um modelo tradicional de formação como também implica na reorganização dos serviços e na análise crítica dos



processos de trabalho.

Tomando como ponto de partida currículos integrados e direcionados para a formação de profissionais nas áreas de saúde, podemos incluir como eixos norteadores para a sua construção:

- a) abordagem de aspectos relacionados não apenas ao tratamento das doenças, como também à promoção, prevenção e reabilitação;
- b) fundamentação numa concepção integral do ser humano, visto além dos seus atributos biológicos, nas suas dimensões psicológicas, familiares, sociais, culturais etc.;
- c) entendimento acerca da complexidade do processo saúde-doença e da necessidade, para uma atuação profissional mais efetiva, de uma abordagem multidisciplinar;
- d) fornecimento de subsídios para a organização dos serviços, de modo a proporcionar uma atenção integral a indivíduos e populações;
- e) inclusão do domínio afetivo da aprendizagem, visando ao desenvolvimento de valores éticos e morais que sustentem a aplicação do princípio da integralidade na atenção à saúde;
- f) desenvolvimento da capacidade de ouvir e dialogar com pacientes e demais atores presentes no sistema de saúde;
- g) valorização de uma visão generalista na abordagem dos problemas de saúde, evitando-se assim uma desnecessária fragmentação do cuidado;
- h) abordagem de conteúdos relacionados com a assistência individual e com a saúde coletiva;
- i) estímulo à capacidade de análise crítica e elaboração pessoal do conhecimento por parte do aluno;
- j) valorização do conhecimento oriundo das atividades profissionais, entendendo os campos de prática como verdadeiros espaços de ensino-aprendizagem;
- k) adoção da perspectiva da educação permanente, centrada no cotidiano do trabalho;
- l) difusão de conhecimentos acerca do SUS e das políticas de saúde, visando adequar as práticas às necessidades da realidade brasileira;

Para a formação de profissionais do SUS na perspectiva da integralidade é preciso ousar e ser capaz de assumir uma nova visão de mundo, a qual se reflete no modo como se

encara o paciente, o seu sofrimento e as suas inserções na realidade que o rodeia. Implica também em propor novas soluções para os problemas que afetam pessoas e populações, assim como, também, com base nessa visão mais abrangente adotada, buscar soluções para as novas demandas, antes ocultas ou negligenciadas, que então se tornam explícitas.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
2. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública* 2004;20(5):1400-10.
3. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública* 2004;20(5):1411-16.
4. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Proposta político-pedagógica da Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto: uma construção coletiva. Salvador, Bahia, setembro de 2004.
5. Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Extraído de: [[http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei\\_8080\\_90.html](http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei_8080_90.html)], acesso em [23 de janeiro de 2007].
6. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z. Extraído de [<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>], acesso em [04 de novembro de 2006].
7. Brasil. Ministério da Saúde. SUS – Sistema Único de Saúde – Índice. Extraído de [<http://www.consaude.com.br/sus/indice.htm>], acesso em [04 de novembro de 2006].
8. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Extraído de [[http://www.lappis.org.br/media/artigo\\_ruben1.pdf](http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf)], acesso em [17 de dezembro de 2006].
9. Brasil. Ministério da Saúde. Integralidade da atenção à saúde. Texto adaptado por Maria do Carmo Gomes Kell. Extraído de [<http://www.opas.br/observatório/Arquivos/Destaque69.doc>], acesso em [04 de novembro de 2006].
10. Feuerwerker, LCM. Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.
11. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

12. Perez EP. A propósito da educação médica. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2004;4(1):9-13.
13. Araújo DGB. Contribuição para a humanização da educação médica: o diário de campo como instrumento de avaliação qualitativa [Dissertação]. Salvador, (BA): Universidade Federal da Bahia; 2005.
14. Peixinho AL. Educação médica: o desafio de sua transformação [Tese]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2001.
15. Saippa-Oliveira G, Koifman L, Pinheir R. Seleção de conteúdo, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2006. p.205-27.
16. Saippa-Oliveira G, Koifman L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; Associação Brasileira de Educação Médica; 2004. p. 143-85.
17. Davini MC. Currículo integrado. Extraído de [[http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/texto\\_apoio/pub04U278.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/texto_apoio/pub04U278.pdf)], acesso em [22 de dezembro de 2006].
18. Ribeiro ECO. Educação permanente em saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; Associação Brasileira de Educação Médica; 2004. p. 285-303.
19. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2004/2005;9(16):161-77.
20. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2004;14(1):41-65.
21. Guizardi FL, Stelet BP, Pinheiro R, Ceccim RB. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2006. p. 153-77.

22. Pinheiro R, Ferla AA, Silva Jr ACS. A integralidade na atenção à saúde da população. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Associação Brasileira de Educação Médica; 2004. p. 269-84.
23. Bloom BS, Kreathwohl DR, Masia BB. Taxionomia de objetivos educacionais. Compêndio segundo: domínio afetivo. Trad. Jurema Alcides Cunha. Globo: Porto Alegre; 1976.

Recebido em 30.01.2007 e aprovado em 23.04.2007.