

MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA
FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE – PRÓ-SAÚDE**
Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial

1.^a edição
1.^a reimpressão

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Brasília – DF
2009

©2007 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 1.ª edição – 1.ª reimpressão – 2009 – 700 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão da Educação em Saúde

Espanada dos Ministérios, Edifício-Sede, Bloco G,

7.º andar, sala 725

CEP: 70058-900 – Brasília, DF.

Tel.: (61) 3315-2858

Fax: (61) 3226-2862

E-mail: deges@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/sgtes

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Secretaria de Educação Superior

Espanada dos Ministérios, Bloco L, 2.º e 3.º andar

Cep: 70047-900 – Brasília, DF

Tel.: (61) 2104 8600

Fax: (61) 2104 9222

E-mail: mies-sapiens@mec.gov.br

Home page: www.mec.gov.br/sesu

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas

Educacionais Anísio Teixeira - Inep

Espanada dos Ministérios, Bloco L, Anexo I e II,

4.º andar

Cep: 70047-900 – Brasília, DF

Tel.: (61) 2104-9509

Fax: (61) 2104-9429

E-mail: faleconosco@inep.gov.br

Home page: <http://www.inep.gov.br>

Editores:

Ana Estela Haddad

Francisco Eduardo de Campos

Geraldo Cunha Cury

José Roberto de Araújo Ferreira

Comissão Assessora:

Benedictus Philadelpho Siqueira

Bertoldo Kruse Grande Arruda

Camillo Anauate Neto

Célia Regina Pierantoni

Clarice Aparecida Ferraz

Eliana Cláudia de Otero Ribeiro

Eliane Dias Gontijo

Elza Machado de Melo

Gustavo Diniz Ferreira Gusso

José Paranaguá de Santana

Luzia da Silva

Marco Aurélio de Anselmo Peres

Maria Alice Clasen Roschke

Maria Auxiliadora Córdova Christóforo

Maria Celeste Morita

Maria Inês Barreiros Senna

Maria Rita Bertolozzi

Mónica Abramzón

Regina Celles da Rosa Stella

Rubens de Oliveira Martins

Sigisfredo Luís Brenelli

Urquiza Helena Meira Paulino

Equipe Técnica:

Alexandre André dos Santos

Antônio Sérgio de Freitas Ferreira

Luzia Cláudia Dias Couto

Márcia Cristina Marques Pinheiro

Mauro Maciel de Arruda

Patrícia Pol Costa

Teresa Maria Passarella

Thais Campos Valadares Ribeiro

Participação:

Ávila Teixeira Vidal (DAB/SAS/MS)

Armando Martinho Bardou Raggio (CONASS)

Elizabeth Vieira Matheus da Silva (CONASEMS)

Marilda Siriani (CONASEMS)

Apoio Administrativo:

Izabela de Castro

Jaira de Medeiros Belizário

Leonardo Leite Macêdo

Márcio Batista de Souza

Wandrei Sanches Braga

Revisão Linguística:

Vânia Amâncio Abdulmassih

Criação e editoração eletrônica:

Dino Vinícius Ferreira de Araújo

Julieta Andréa Esmeraldo Carneiro

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação.

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde,

Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

88 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN 978-85-334-1353-5

1. Educação Superior. 2. Educação Continuada. 3. Saúde pública. I. Título. II. Série.

NLM LB 2300-2430

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora IMS – OS 2009/0283

Títulos para indexação:

Em inglês: Reorientation National Program in Health Professional Formation – Pró Saúde: objectives, implementation and potential development

Em espanhol: Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en Salud – Pró Saúde: objetivos, implementación y desarrollo del potencial

SUMÁRIO

Apresentação.....	05
Introdução.....	07
Parte I – Proposta do Pró-Saúde.....	11
Contextualização.....	12
Objetivos do Pró-Saúde.....	13
Imagem objetivo.....	14
Antecedentes a serem considerados.....	15
Estratégia proposta.....	16
Eixo A – Orientação teórica.....	18
Eixo B – Cenários de práticas.....	20
Eixo C – Orientação pedagógica.....	23
Parte II – Seleção de Projetos e Implantação do Programa	27
O processo de seleção do Pró-Saúde.....	28
Discussão dos orçamentos dos projetos selecionados.....	33
Instituições integrantes do Pró-Saúde.....	34
Acompanhamento dos projetos em implementação.....	36
Parte III – Desenvolvimento Potencial do Pró-Saúde.....	39
Orientação geral.....	40
Desenvolvimento potencial 1: ênfase nos determinantes de saúde.....	43
Desenvolvimento potencial 2: integração básico-clínica no âmbito ambulatorial.....	45
Desenvolvimento potencial 3: orientação clínica baseada em evidências.....	49
Desenvolvimento potencial 4: a investigação como instrumento pedagógico....	51
Desenvolvimento potencial 5: a inversão do modelo assistencial do SUS.....	52
Desenvolvimento potencial 6: acompanhamento interno e auto-avaliação.....	55
Glossário.....	57
Referências.....	59
Anexos.....	65
Anexo A – Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001.....	66
Anexo B – Resolução CNE/CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001.....	74
Anexo C – Resolução CNE/CES n.º 3, de 19 de fevereiro de 2002.....	81

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e o Ministério da Educação, por intermédio da Secretaria de Educação Superior (SESu) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), lançaram, em novembro de 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).

A centralidade dos trabalhadores de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde e produção dos cuidados, gera como corolário a necessidade de transformações no processo de formação profissional. O Ministério da Saúde está convencido de que o investimento em adequação da rede física, de tecnologia, de medicamentos e de insumos é em vão, se os profissionais de saúde não apostarem no SUS.

Constitui desafio permanente, portanto, o reforço de uma robusta articulação entre as instituições formadoras e o serviço. Há que se corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS. Desta forma, o Pró-Saúde visa incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença. Tem como eixo central a integração ensino-serviço, com a conseqüente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é a Rede SUS, com ênfase na atenção básica, desde o início de sua formação.

A preponderância da rede básica não elimina os níveis mais complexos, sendo que as linhas de cuidado (da promoção à recuperação) representam a estratégia do SUS para enfrentar o enorme desafio de otimizar os recursos disponíveis nesta proposta ousada que é um sistema universal e equânime.

Desse modo, os processos formativos devem considerar o acelerado ritmo de evolução do conhecimento, as mudanças do processo de trabalho em saúde, as transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, tendo em perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. Espera-se formar cidadãos-profissionais críticos e reflexivos, com conhecimentos, habilidades e atitudes que os tornem aptos a atuarem em um sistema de saúde qualificado e integrado.

Com o objetivo de contribuir para o processo de implementação do programa em âmbito nacional, os Ministérios da Saúde e da Educação, valendo-se da cooperação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), assumiram o compromisso de apoiar técnica e financeiramente os cursos que decidissem por enfrentar os processos de mudanças. Colateralmente há grande interesse por

parte do governo brasileiro e da OPAS, em aproveitar as potencialidades desse programa nacional para promover e estimular o intercâmbio de experiências a partir de iniciativas similares em outros países ou, ainda, para motivar decisões políticas e encaminhamentos que apontem para as necessárias mudanças do processo de formação de profissionais de saúde nesses diferentes contextos.

Assim, apresentamos esta publicação que contempla os três eixos do Pró-Saúde – Orientação Teórica, Cenários de Prática e Orientação Pedagógica - incluindo, nesta fase, aspectos referentes ao desenvolvimento e à avaliação dos projetos financiados. O Pró-Saúde entra, assim, em uma etapa que permitirá aceleração e redirecionamento, por meio de subsídios para seus processos de auto-avaliação e troca de experiências em seminários regionais, nacionais e internacionais.

Esta é a maior e mais consistente iniciativa de mudança de ensino em curso no mundo, mas estamos fazendo isso movidos pela convicção de que o SUS precisa de profissionais conscientes e motivados para seguirem adiante.

José Gomes Temporão

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o governo brasileiro vem implementando políticas de inclusão social que têm expressões concretas nas áreas sociais do Governo, especialmente nas de Saúde e de Educação. Na Saúde, há um consistente esforço para reorganizar e incentivar a atenção básica¹, como estratégia privilegiada para a substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar. Estabelecer uma atenção básica resolutive e de qualidade, significa reafirmar os princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade das ações estabelecidas para o Sistema Único de Saúde (SUS).

No contexto da Reforma Sanitária, a gestão da educação na saúde para a organização dos serviços sempre foi um tema considerado importante, tendo sido, inclusive, objeto de conferência específica, a Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos, realizada no mesmo ano da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco para a constituição do SUS, em 1986. De acordo com seu relatório, o Sistema Nacional de Saúde orientado pelos princípios anunciados da Reforma Sanitária passou a exigir a reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, nos aspectos relativos à força de trabalho e à preparação do pessoal de saúde, demandando, além da definição explícita das políticas para o setor, a integração ensino-serviço, por meio de modelos assistenciais localizados em espaços-populações concretos, como o proposto, por exemplo, na Estratégia Saúde da Família.

A Constituição Federal de 1988 estabelece que ao SUS compete “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988, art. 200, inciso III). A Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990 define que uma política para os trabalhadores da saúde deverá ter como objetivo organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 1990). O artigo 27 da LOS coloca os serviços de saúde como campos para o ensino e a pesquisa, ou seja, como locais de ensino-aprendizagem que expressam a indissociabilidade entre a assistência, a gestão e a formação em saúde.

Os princípios constitucionais, os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde, exigem novos perfis profissionais e o comprometimento das instituições de ensino por meio do cumprimento de diretrizes curriculares que contemplam as prioridades expressas nos perfis epidemiológico e demográfico de cada região do país.

¹ A atenção básica ou atenção primária em saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual ou coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território em que vivem essas populações.



A NOB/RH-SUS, de 2005, aponta como atribuição e responsabilidade dos gestores de saúde nas três esferas:

“estabelecer mecanismos de negociação intersetorial - saúde/educação - com os respectivos gestores da educação ou dirigentes de escolas, para um progressivo entendimento com vistas a uma ação integrada e cooperativa que busque ajustar, qualitativa e quantitativamente, a instituição formadora às demandas e necessidades do SUS... com o estabelecimento e a definição de responsabilidades conjuntas” (BRASIL, 2005a).

As Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde², instituídas pela Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, alteram as várias dimensões do funcionamento do SUS. Na sua regulamentação explicitam-se três dimensões (Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão) que expressam mudanças significativas para o fortalecimento do SUS e possibilitam a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão para a reforma de aspectos institucionais vigentes. Uma das responsabilidades da União com a Educação na Saúde, apontada no documento que estabelece as diretrizes do Pacto pela Saúde, ratificado pela Política Nacional da Atenção Básica, é articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde, o que reafirma o preceito constitucional.

Reconhecer a conexão entre a esfera do trabalho e da educação implica na ampliação do conceito de saúde, reconhecendo suas interfaces com outros temas e com a riqueza de valores e processos, somados à diversidade de olhares e subjetividades deste complexo sistema, na busca da transição de um modelo de atenção pautado na Promoção da Saúde.

No entanto, a orientação predominante na formação ainda é alheia à organização setorial e ao debate crítico sobre o cuidado na saúde, apresentando pouca ou nenhuma relação com a realidade social e epidemiológica da população. Além disso, defronta-se com modelos curriculares fragmentados, não inseridos nos serviços públicos de saúde, divididos em ciclos básicos e profissionais, em geral pouco integrados e dependentes de alta tecnologia. Quanto ao enfoque pedagógico, freqüentemente limita-se às metodologias tradicionais baseadas na transmissão de conhecimentos, que não privilegiam a formação crítica do estudante, inserindo-o tardiamente no mundo do trabalho.

A abordagem interdisciplinar e o trabalho em equipes multiprofissionais, raramente são explorados pelas instituições formadoras na graduação, o que se reproduz nas equipes de saúde, resultando na ação isolada de cada profissional e na sobreposição das ações de cuidado e sua fragmentação.

Para superar esse obstáculo, os gestores do SUS e as instituições de educação superior vêm empreendendo esforços para resolver os urgentes problemas da incorporação de profissionais à Estratégia de Saúde da Família, a qual inclui especificamente as profissões de Enfermagem, Medicina e Odontologia. Estas três profissões fazem parte do momento inicial do Pró-Saúde.

² A Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 apresenta o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as suas diretrizes operacionais.



No contexto da educação superior, a flexibilização preconizada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996), confere às Instituições de Ensino Superior novos graus de liberdade que possibilitam o desenho de currículos inovadores, adequados às realidades regionais e às respectivas vocações das escolas. A substituição do currículo mínimo pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) representa um avanço, pelo fato de induzir maior articulação das Instituições de Ensino Superior (IES) com a sociedade, e concretizar a relevância social da ação acadêmica. Na área da Saúde, as DCNs reforçam a necessidade de orientar a formação profissional em seu trabalho no Sistema Único de Saúde.

No que se refere à avaliação da educação superior, também foram definidas mudanças importantes com a Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, que institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). Entre seus objetivos estão a melhoria da qualidade da educação e, especialmente, a promoção do aprofundamento dos compromissos e responsabilidades sociais das IES, o respeito à diferença e à diversidade, além da afirmação da autonomia e da identidade institucional.

O SINAES compõe-se de três processos de avaliação: avaliação institucional, avaliação de cursos de graduação e avaliação do desempenho dos estudantes dos cursos de graduação (realizada mediante aplicação do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes - ENADE), e torna obrigatório que toda Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, constitua uma “Comissão Própria de Avaliação” (CPA), para conduzir os processos avaliativos internos da instituição.

No caso da formação na área de Saúde, as avaliações do SINAES devem contribuir para o atendimento aos princípios já definidos nas DCNs dos cursos desta área, vinculando os critérios de avaliação do MEC para os processos de autorização de novos cursos, de reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos às metas das políticas públicas de saúde.

É nesse ponto que se encontra a interface entre as políticas do MEC para a educação superior e projetos como o Pró-Saúde, uma vez que ambos preocupam-se com a formação de nível superior em atendimento às políticas de responsabilidade social.

A integração das políticas ministeriais entre o MEC e MS denota a articulação entre ações e procedimentos que levem em consideração os objetivos comuns capazes de induzir mudanças previstas nestas políticas, prestigiando ações e indicando caminhos a serem seguidos pelas Instituições de Ensino Superior.

É importante ressaltar que o INEP/MEC vem trabalhando de forma integrada ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES/SGTES, promovendo oficinas de capacitação dos avaliadores e coordenadores de curso de graduação na área da saúde.

No que se refere aos instrumentos de avaliação, o Ministério da Educação está desenvolvendo para os cursos de medicina um conjunto individualizado de critérios para avaliação. Estes critérios, além das considerações acadêmicas relativas ao projeto pedagógico, infra-estrutura e corpo docente, também incorporam dimensões específicas vinculadas à concepção de formação na área da Saúde, de acordo com as políticas do SUS e, conseqüentemente, com o Pró-Saúde.



Vale destacar novamente que o Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou, em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde³. A proposta formulada levou em conta as Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação para as profissões de saúde, bem como o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES).

No último semestre de 2006, o Pró-Saúde foi aprovado no Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁴ e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Nota de rodapé⁵.

O Pró-Saúde tem o papel indutor na transformação do ensino de saúde no Brasil, tanto para os três cursos contemplados inicialmente por serem aqueles que integram profissionais no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (Enfermagem, Medicina e Odontologia), como para outros da área da Saúde, pois, a partir da criação de modelos de reorientação, pode-se construir um novo panorama na formação profissional em Saúde. Algumas instituições, a partir do modelo Pró-Saúde, têm iniciado projetos de reorientação de forma integrada com seus outros cursos da saúde.

³ O lançamento do Pró-Saúde ocorreu em 03 de novembro de 2005, com a assinatura de uma Portaria Interministerial (nº 2.101) do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação.

⁴ O Pró-Saúde foi analisado pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido aprovado na 168ª reunião ordinária do Conselho. Foi recomendada, entre outras, a ampliação do Pró-Saúde para as demais profissões da saúde, de acordo com o perfil socioepidemiológico da população e as necessidades do SUS.

⁵ Composta pelo Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).



PARTE I

PROPOSTA DO PRÓ-SAÚDE



Contextualização

A excessiva especialização observada na área da Saúde tem sido apontada, entre outros fatores, como um dos responsáveis pela elevação dos custos assistenciais e pela má distribuição geográfica de profissionais nessa área. Não se pretende negar a importância da especialização, porém, é essencial procurar um equilíbrio na relação especialistas/generalistas, sem prejuízo da qualidade da atenção dispensada. Em geral, a especialização é reforçada pelo desenvolvimento da pesquisa científica que se dirige predominantemente a aspectos vinculados à alta tecnologia.

É possível notar, ainda, que em número expressivo de Instituições de Ensino Superior, a determinação da oferta de cursos de especialização ocorre segundo lógica interna – pressão de grupos de poder, influências das corporações – e não pelas necessidades epidemiológicas e sociais. O corolário dessa situação é a baixa oferta de educação pós-graduada e de processos de educação permanente em áreas como a da atenção básica. O mesmo ocorre em relação à pesquisa, que em geral deixa de aprofundar estudos no campo da atenção básica que permitam analisar aspectos relevantes como efetividade, qualidade e resolubilidade. Igualmente, muitos serviços próprios das IES seguem as demandas de pesquisa e especialização sem atender às necessidades de oferecer referência e contra-referência à rede do SUS. Perpetua-se, assim, uma lógica de uma clientela cativa, cujos problemas poderiam ser resolvidos na rede de atenção básica, restringindo o acesso dos que têm indicação para utilizar recursos de atenção da média e alta complexidade.

Nesse sentido, cabe assumir que não se pode depender de uma transformação espontânea das instituições acadêmicas na direção assinalada pelo SUS, priorizando a atenção básica. Por isso, o desempenho do papel indutor do Pró-Saúde é extremamente importante, de modo a conferir direcionalidade ao processo de mudança e facilitar a consecução dos objetivos propostos, em busca de atenção à saúde mais equânime e de qualidade.

O componente público do Sistema Único de Saúde constitui, efetivamente, um importante campo de trabalho para os profissionais de saúde. Segundo pesquisa realizada pelo IBGE, na década de 80, os serviços públicos de saúde empregavam, aproximadamente, 265.956 trabalhadores de nível superior. Em 2005, com o SUS já implementado, esse número passou para 1.448.749, demonstrando o vigor em sua implementação e a relevância do setor público. Este campo de trabalho, representado principalmente pela Estratégia Saúde da Família, hoje em franca expansão, em todo o território nacional, busca ampliar a cobertura da população, assegurando um padrão de serviços compatível com a melhoria da qualidade de vida, com maior resolubilidade da atenção e garantia de acesso aos demais níveis do Sistema.

Com esta Estratégia introduz-se uma série de desafios estruturais, entre os quais o de constituir-se efetivamente como o primeiro nível de atenção do SUS; o de romper com o modelo hospitalocêntrico e privatista; o de caracterizar-se como principal “porta de entrada” do Sistema, articulada com os outros níveis de atenção por meio da referência e contra-referência; a atenção da equipe ao cidadão, por meio do vínculo e a co-responsabilização do processo saúde-



doença com a comunidade; e a construção de lugar valorizado socialmente para os profissionais que fizerem opção pela Saúde da Família.

Nesse contexto, há que se ter presente o postulado de Daniel Callahan (1990), que estabelece que o objetivo da atenção em saúde “não pode ser a superação ao extremo e em caráter permanente de todos os problemas de saúde e sim deve estar referido à melhoria da qualidade de vida”. A idéia de preservar a qualidade de vida deve nortear a orientação de todos os profissionais da saúde e, ainda numa maior amplitude, a responsabilidade do Sistema de Saúde como um todo. Para assegurar a melhor qualidade da atenção proporcionada por suas equipes é necessário capacitá-las desenvolvendo as competências e habilidades necessárias para atuarem na realidade local. Ainda, em áreas mais remotas, desprovidas de recursos, espera-se que os profissionais da saúde possam resolver cerca de 80% a 85% dos problemas encontrados e, para isto, é necessário capacitá-los com clara visão do cuidado necessário para a melhoria das condições de saúde. Isto implica em amplo conhecimento do processo saúde-doença, para assegurar a qualidade no cuidado da saúde.

Na prática, as orientações mais conservadoras tendem a enfatizar a excelência técnica e a formação especializada, enquanto as mais inovadoras buscam instituir competências para saber, saber fazer, saber ser, saber agir na perspectiva de maior equidade no sistema e reconhecem a relevância social (acesso equitativo, abordagem integral, orientação ética, humanística e qualidade de vida) em equilíbrio com a excelência técnica (especialização, alta tecnologia, instalações sofisticadas e supervalorização do saber técnico).

Objetivos do Pró-Saúde

O objetivo geral do programa é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população.

Entre os objetivos específicos do programa destacam-se:

- reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS;
- estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas, visando à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão, à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente;
- incorporar, no processo de formação da área da Saúde, a abordagem in-



tegral do processo saúde-doença, da promoção da saúde e dos sistemas de referência e contra-referência;

- ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde, inclusive com a integração de serviços clínicos da academia no contexto do SUS.

Nesta perspectiva, a essência do Pró-Saúde é a aproximação da academia com os serviços públicos de saúde, mecanismo fundamental para transformar o aprendizado, com base na realidade socioeconômica e sanitária da população brasileira.

Imagem objetivo

Com a implementação do Pró-Saúde, busca-se intervir no processo formativo para que a graduação desloque o atual eixo da formação, centrado na assistência individual, prestada em unidades especializadas, por um processo sintonizado com as necessidades sociais, levando em conta as dimensões históricas, econômicas e culturais da população. Desta forma, pretende-se instrumentalizar os profissionais para a abordagem dos determinantes do processo saúde-doença na comunidade e em todos os níveis do Sistema, conforme as diretrizes de universalização, equidade e integralidade.

A educação dos profissionais de saúde deve ser entendida como processo permanente na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as instituições de educação, a gestão e os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil.

A formação do profissional em saúde, respeitando as diretrizes nacionais aprovadas pelo MEC, deve estar atenta ao acelerado ritmo de evolução do conhecimento, à mudança do processo de trabalho em saúde, às transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, tendo como perspectiva o equilíbrio, antes referido, entre a excelência técnica e a relevância social.

É necessária também a reorientação das pesquisas desenvolvidas na área da Saúde, com ênfase na investigação das necessidades da comunidade, organização e financiamento dos serviços de saúde, experimentação de novos modelos de intervenção, incorporação de novas tecnologias e desenvolvimento de indicadores que possibilitem o monitoramento da resolubilidade da atenção, bem como dos mecanismos de valoração e reconhecimento da área de regulação da pós-graduação.

Todos estes encaminhamentos pressupõem a construção efetiva da integração ensino-serviço, que envolve tanto a atenção básica quanto os outros níveis de atenção, aproveitando amplamente a capacidade instalada da rede de serviços, complementada pela utilização dos serviços próprios das IES - hospitais universitários, ambulatorios especializados, clínicas odontológicas e outros - funcionalmente integrados ao SUS. Estes devem estar inseridos em um adequado



sistema de referência e contra-referência, essencial para a atenção à saúde com qualidade e resolubilidade. A interação recíproca entre os gestores dos sistemas educacional e do SUS vai permitir a criação das condições reais para o aproveitamento de ambos os sistemas, com melhor qualidade técnica na atenção e no processo ensino-aprendizagem.

Antecedentes a serem considerados

A experiência pregressa, com a incorporação de uma área dedicada à abordagem dos aspectos preventivos, sociais e comunitários, desenvolveu-se desde a década de 50 do século passado, praticamente em todo o mundo, por meio da criação de Departamentos, atuando em paralelo às demais unidades tradicionais dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia. Como ampliação dessa orientação, tratou-se de estender esta experiência e especialmente os conhecimentos da área preventiva e social ao longo dos vários anos do currículo, abordando aspectos de complexidade crescente e utilizando, como alternativa à prática institucionalizada, o atendimento a pequenas comunidades carentes, reconhecidas, por vezes, como “comunidades- laboratório”. Apesar das vantagens obtidas, especialmente no campo da pesquisa epidemiológica e social, esse tipo de abordagem, hoje universalizado, demonstrou não ser suficiente para induzir um novo modelo de prática profissional orientada à atenção básica.

Na competição interna, muitas vezes não explicitada, entre as disciplinas especializadas de grande apelo e dominadoras do mercado e o discurso teórico, com frequência pouco efetivo, da área de preventiva e social, não foi difícil identificar o lado vitorioso. O que se verificou, de fato, foi o isolamento dessa área nos cursos como um todo, assim como frágil aproximação com os serviços, sem atingir o impacto desejado no modelo de formação e na atenção à saúde.

Simultaneamente, no campo da educação, almejava-se reorientar a formação profissional por meio de transformações na orientação pedagógica, incluindo desde uma cuidadosa programação didática, até mais elaboradas metodologias de ensino e de avaliação. Na prática, tais alternativas nem sempre correspondiam aos interesses dos professores e muito menos dos estudantes. Essas abordagens podem ter introduzido melhorias no processo educacional, principalmente, facilitando sua implementação e melhorando o aprendizado, mas não chegaram a induzir a mudança pretendida para outras modalidades de prática. Esse efeito tanto se produzia na formação do especialista como do generalista.

O antecedente mais marcante em todo esse contexto, que incorpora aspectos tratados anteriormente, diz respeito à dificuldade da atenção básica em captar o interesse de professores e estudantes, em geral, voltados para uma orientação que prioriza a especialização, a pesquisa tecnológica e a utilização de métodos, técnicas e equipamentos altamente sofisticados.

A integralidade das ações de saúde não pode desconsiderar os avanços da tecnologia na saúde, entretanto, estes devem ser utilizados criteriosamente,



sempre como método complementar, com sua indicação bem fundamentada na atenção à saúde baseada na melhor evidência científica. A suposta eficiência de muitos desses procedimentos leva a que sua utilização se torne rotina, às vezes até previamente a um exame clínico mais metucioso.

Isto implica que as transformações propostas para a formação em atenção básica não possam limitar-se a simplificação de conteúdos e práticas em paralelo à continuidade das ações especializadas que caracterizam as disciplinas clínicas, em sua maioria impregnadas de alta tecnologia.

No âmbito da educação superior, fóruns internacionais apontavam necessidades de mudança. Na Conferência Mundial sobre Ensino Superior, realizada em Paris (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA, 1999), tratou-se de privilegiar as competências gerais, argumentando que:

- os conhecimentos profissionais especializados tornam-se hoje rapidamente mais obsoletos que no passado;
- os campos de competência de várias profissões não são nitidamente delimitados, mas se definem em relação aos conhecimentos de diferentes disciplinas acadêmicas;
- pessoas que aprenderam a ser flexíveis e adquiriram formação geral são consideradas mais aptas a se adaptar a tarefas novas e inesperadas.

Estratégia proposta

O Pró-Saúde tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada, apontada anteriormente, que antevê a IES integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação dos serviços, direcionando-se, em todos estes casos, ao fortalecimento do SUS.

No desenvolvimento da proposta do Pró-Saúde é necessário levar em conta a importância da integralidade das ações, assim como a dimensão individual e coletiva. Há que se transformar uma formação ainda freqüentemente baseada numa visão curativa, hospitalocêntrica, focada na doença e desarticulada do sistema público vigente; um ensino que contempla insuficientemente a questão da promoção da saúde e prevenção de agravos, comumente fragmentado e dissociado do contexto social. Ênfase especial deve ser dada a uma abordagem interdisciplinar com ampla articulação entre as ações preventivas e curativas, atuando de forma balanceada na comunidade, no ambulatório, em clínicas de ensino de odontologia e no âmbito hospitalar. Por outro lado, deve-se ter em mente que a atenção básica, como porta de entrada no sistema, não exclui o desenvolvimento científico e tecnológico.

São propostos três eixos para o desenvolvimento do programa, cada um deles com três vetores específicos, como se apresentam no quadro a seguir:



ORIENTAÇÃO TEÓRICA	
A. 1	Determinantes de saúde e doença
A. 2	Pesquisa ajustada à realidade local
A. 3	Educação permanente
CENÁRIOS DE PRÁTICA	
B. 1	Integração ensino-serviço
B. 2	Utilização dos diversos níveis de atenção
B. 3	Integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde
ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA	
C. 1	Integração básico-clínica
C. 2	Análise crítica dos serviços
C. 3	Aprendizagem ativa

Assume-se que a classificação nos eixos propostos corre o risco de promover simplificações, mas, ao mesmo tempo, é necessário que se formule um projeto que dê direcionalidade ao processo de reorientação da formação. Como pode ser verificado no quadro anterior, cada um dos eixos é decomposto em outros três vetores, os quais servem para orientar os parâmetros que devem, conjuntamente, nortear o respectivo eixo. Por outro lado, cada um desses vetores podem ser hierarquizados para cada Escola em outros três estágios, que partem de uma situação mais tradicional ou conservadora no estágio 1 até alcançar, no estágio 3, a situação e o objetivo desejados.

O processo de reorientação da formação profissional em saúde, portanto, deverá ser avaliado em função do desenvolvimento dos eixos referidos, porém, a descrição que se apresenta sobre cada um deles não constitui regra de padronização, mas sim um exemplo que oriente a necessidade de levá-los em conta como elementos estruturantes da mudança. Espera-se, nesta etapa, contar com a criatividade dos proponentes para que possam sugerir e desenvolver soluções verdadeiramente inovadoras. Apresenta-se, a seguir, a estrutura da matricial dos eixos, vetores e estágios do Pró-Saúde

Eixos	A. Orientação teórica			B. Cenários de prática			C. Orientação pedagógica		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vetores									
Estágio I									
Estágio II									
Estágio III									

Eixo A – Orientação Teórica

Nesse âmbito, para a formação em saúde, devem ser destacados aspectos relativos aos determinantes de saúde e à determinação biológico-social da doença, estudos clínico-epidemiológicos, ancorados em evidências capazes de possibilitar a avaliação crítica do processo saúde-doença e de redirecionar protocolos e intervenções. Devem ser ainda pesquisados os componentes gerenciais do SUS, no estabelecimento de práticas apropriadas de gestão, visando alimentar processos de tomada de decisão e estimular a conformação de redes de cooperação técnica.

Ao mesmo tempo, observa-se, com muita frequência, que a oferta pelas IES de cursos para especialistas é condicionada pela lógica interna da instituição, suscetível, em geral, à pressão de grupos de poder e influência de corporações, entre outros, e não pelas necessidades epidemiológicas e sociais da população. Assim, a oferta de pós-graduação e de processos de educação permanente aos serviços, para a área da atenção básica, tende a ser subestimada.

É necessário, portanto, que se articule cada vez mais a oferta de educação permanente com as necessidades assistenciais, incentivando-se a incorporação de modalidades de educação a distância, bem como oferta de vagas de cursos de pós-graduação em áreas estratégicas ou com carências de profissionais qualificados para o SUS.

Vetor 1: Determinantes de saúde e doença

Os estágios correspondentes a este vetor são os seguintes:

Estágio I – A escola prioriza a consideração de determinantes biológicos da doença, enfatizando uma abordagem de caráter curativo orientada ao indivíduo.

Estágio II – A escola considera os determinantes biológicos e sociais da doença, sem destacar adequadamente os aspectos relativos à normalidade em nível individual e coletivo.

Estágio III – Imagem Objetivo

A escola dedica importância equivalente aos determinantes de saúde e da doença, procurando, tanto na abordagem do conhecimento teórico, como em sua aplicação assistencial, manter adequada articulação biológico-social.

Evidências

a) Proposta curricular considera os aspectos epidemiológicos, o entorno e as necessidades de saúde loco-regionais.

b) Interação, diálogo freqüente entre os docentes de disciplinas biológicas, clínicas e sociais, para análise de questões de interesse mútuo.



- c) Articulação com igual prioridade os aspectos relativos à promoção, prevenção, cura e reabilitação nas práticas de ensino-aprendizagem.

Vetor 2: Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS

Os estágios correspondentes a este vetor são os seguintes:

Estágio I – Escolas que não tenham produção sistemática de investigação em atenção básica ou que apenas tenham produção na área de atenção que envolve alta tecnologia.

Estágio II – Escolas que tenham baixa produção de investigações relacionadas com a atenção básica ou com a gestão do SUS.

Estágio III – Imagem Objetivo

Escola com equilíbrio na produção de investigações sobre as necessidades da população e sobre os aspectos biomédicos/tecnológicos, com forte interação com os serviços, inovações na gestão/análise de custo-efetividade etc.

Evidências

- a) Existência de investigação significativa e equilibrada, realizada no ciclo básico, relacionada à clínica e aos aspectos sociais de saúde e suas necessidades.
- b) Proporção significativa de pesquisas orientadas à atenção básica, em interação com os serviços de saúde e suas necessidades.
- c) Existência de proporção significativa de bolsistas de iniciação científica abordando temas que envolvem aspectos sociais, epidemiológicos, clínicos e de organização dos serviços de saúde.

Vetor 3: Pós-graduação e educação permanente

Os estágios correspondentes a este vetor são os seguintes:

Estágio I – Oferta exclusiva de especialidades e ausência de oferta de especialização em atenção básica e de educação permanente aos profissionais da rede do SUS.

Estágio II – Conformação intermediária, em que há esforços para a oferta de educação permanente relacionada à nosologia prevalente, mas não há questionamentos sobre o perfil da oferta de residências, mestrados e doutorados os quais não atendem às necessidades da população.



Estágio III – Imagem Objetivo

A IES trata de superar a tendência atual de pós-graduação orientada exclusivamente à especialização e estimular a articulação com as necessidades assistenciais.

Evidências

- a) Promove a oferta de oportunidades de pós-graduação (quantitativa e qualitativa) de acordo com as necessidades do SUS, assegurando vagas para áreas estratégicas e carentes de profissionais.
- b) Organiza a capacitação em estreita articulação com a atenção básica, especialmente na Estratégia Saúde da Família.
- c) Incentiva a educação permanente para manter a capacitação da força de trabalho no setor, incorporando modalidades de ensino não presenciais e a distância.

Eixo B – Cenários de Práticas

As simulações da prática dos futuros profissionais de saúde apontam para a progressiva desinstitucionalização (muitas práticas assistenciais poderão desenvolver-se em ambulatórios, na comunidade e nos domicílios), tendência oposta à verificada nas últimas décadas, quando são realizadas em ambientes sofisticados e de mais cara utilização. Os cenários em que se desenvolve o aprendizado prático durante a formação profissional, devem, portanto, ser diversificados, agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, equipamentos educacionais e comunitários.

A interação ativa do aluno com a população e com os profissionais de saúde deverá ocorrer desde o início do processo de formação, proporcionando ao estudante trabalhar sobre problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes, como agente prestador de cuidados, compatíveis com seu grau de autonomia. Na formação profissionalizante será sempre preferível trabalhar sobre fatos reais a perpetuar práticas de simulação, que quando muito imitam a realidade, sem chegar a reproduzi-la na dimensão complexa da integralidade humana.

Concomitantemente, muitos serviços de instituições acadêmicas seguem sua lógica própria interna, mais vinculados às demandas de ensino e pesquisa, que às demandas assistenciais reais e à função desses serviços, e no oferecimento da referência e da contra-referência para a rede do SUS. Cria-se, assim, uma clientela cativa, da qual parte poderia ter seguimento na rede básica, bloqueando-se o acesso a outros que teriam indicação para a utilização de recursos mais sofisticados. Esse eixo de mudança tem dois impactos positivos, à medida que



aumenta a representatividade da nosologia prevalente nos serviços próprios, ao mesmo tempo que torna disponíveis aos gestores do SUS, as referências de média e alta complexidade.

Vetor 4: Interação Ensino-Serviço

Os Estágios correspondentes a este vetor são os seguintes:

Estágio I – Os cursos mantêm rígida separação entre a programação teórica e a prática dos serviços de saúde.

Estágio II – Os cursos contam com alguma articulação da programação teórica com a prática dos serviços de saúde, em poucas áreas disciplinares, predominantemente na atenção de caráter curativo.

Estágio III – Imagem Objetivo

A escola integra, durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com a prática nos serviços públicos de saúde, em nível individual e coletivo, com participação de todas as áreas disciplinares.

Evidências

a) O esforço de integração ensino-serviço segue os seguintes parâmetros:

- envolve a comunidade como espaço social participativo;
- centra-se nas necessidades de saúde da população;
- conta com cobertura dos serviços com base populacional;
- enfoque epidemiológico de risco e patologia predominante;
- inclui cuidado de saúde em todos os níveis de atenção;
- adota orientação coletiva com participação de toda a Escola;
- ajusta o cronograma do curso à lógica dos serviços.

b) A integração ensino-serviço público de saúde é exercida nas atividades de promoção reabilitação da saúde e de prevenção de agravos.

Vetor 5: Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem

Os estágios correspondentes a este vetor são os seguintes:

Estágio I – Atividades práticas durante os dois primeiros anos do curso estão limitadas aos laboratórios da área básica; ciclo clínico com práticas realizadas majoritariamente em instalações assistenciais universitárias próprias da IES (hospitais e clínicas de ensino de odontologia).

Estágio II – Atividades extramurais isoladas de acadêmicos em unidades do SUS, durante os primeiros anos do curso, com a participação exclusiva ou predominante de professores da área de saúde coletiva, correspondendo a um pequeno percentual da carga horária semanal do aluno. Ciclo clínico majoritariamente baseado em atividades assistenciais em instalações da universidade não funcionalmente vinculadas ao SUS.

Estágio III – Imagem Objetivo

Atividades clínicas em unidades de atenção básica da rede do SUS, Unidades Básicas de Saúde, Unidades do Programa Saúde da Família (PSF), com prioridade ambulatorial, ou em serviços próprios da IES que subordinam suas centrais de marcação de consulta às necessidades locais do SUS. Internato ou equivalente desenvolvido em sua totalidade na rede do SUS.

Evidências

a) As práticas de atenção à saúde, ao longo de todo o curso, com graus crescentes de complexidade, distribuem-se nas seguintes unidades:

- Unidades do SUS, em todos os níveis de atenção: Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família, ambulatório geral, Rede de Saúde Mental, emergência etc.
- Serviços próprios da Escola, igualmente integrados na Rede, na cobertura das necessidades da comunidade: Unidade Básica de Saúde, ambulatório geral e especializado, hospital secundário, (alta complexidade na pós-graduação).
- Equipamentos sociais, incluindo escolares e da comunidade.

b) A carga horária das atividades nos diferentes níveis de atenção deve ser coerente com as diretrizes curriculares e a proposta do Pró-Saúde.

c) Na orientação das práticas o programa dedica atenção à gestão do cuidado de saúde, incluindo componentes de regulação, referência e contra-referência, vigilância em saúde, aferição de resolubilidade.

Vetor 6: Articulação dos Serviços Universitários com o SUS

Os estágios correspondentes a este vetor são os seguintes:

Estágio I – Serviços próprios, isolados da rede do SUS, com porta de entrada separada e com clientela cativa.

Estágio II – Serviços parcialmente abertos ao SUS, preservando algum grau de autonomia na definição dos pacientes a serem atendidos.

Estágio III - Imagem Objetivo



Serviços próprios completamente integrados ao SUS, sem central de marcação de consultas ou de internações próprias das instituições acadêmicas. Desenvolvimento de mecanismos institucionais de referência e contra-referência com a rede do SUS.

Evidências

- a) Trata de assegurar equidade no atendimento em que participam os estudantes. O sistema de marcação de consultas e internações de todos os serviços utilizados (unidades básicas de saúde, ambulatórios, hospitais de média e alta complexidade) deverá estar centralizado e subordinado ao SUS.
- b) Os hospitais universitários e clínicas de ensino próprios das IES articulam os mecanismos de referência e contra-referência com a rede do SUS.

Eixo C – Orientação Pedagógica

O processo de educação de adultos pressupõe a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem que proponham concretamente desafios a serem superados pelos estudantes, que lhes possibilitem ocupar o lugar de sujeitos na construção do conhecimento, participando da análise do próprio processo assistencial em que estão inseridos e que coloquem o professor como facilitador e orientador desse processo.

Um conceito-chave do modelo pedagógico conseqüente é o de aprender fazendo, que pressupõe a inversão da clássica seqüência teoria-prática na produção do conhecimento, assumindo que acontece de forma dinâmica por intermédio da ação-reflexão-ação. Pretende-se a integração entre os ciclos básico e clínico. A problematização orientará a busca do conhecimento e habilidades que respaldem as intervenções para trabalhar as questões apresentadas, tanto do ponto de vista da clínica quanto da saúde coletiva.

Considerando-se a velocidade com que se produzem conhecimentos e tecnologias no mundo atual, um dos objetivos fundamentais da aprendizagem no curso de graduação é o de aprender a aprender. Isso requer o desenvolvimento de habilidades na busca, seleção e avaliação crítica de dados e informações em livros, periódicos, bases de dados locais e remotas, além da utilização das fontes pessoais de informação, incluindo aquelas advindas de sua própria experiência clínica. A aplicação de juízo crítico durante o processo de aprendizagem, no caso das profissões da saúde, implica em uma permanente atenção à rotina de atividades, especialmente no processo assistencial, questionando a razão da escolha de determinado procedimento e as decisões tomadas em cada caso e na rotina do serviço em seu conjunto.



Vetor 7: Análise crítica da atenção básica

Os estágios correspondentes a este vetor são os seguintes:

Estágio I – A formação nas áreas de atenção à saúde desenvolve-se com abordagem acrítica em relação às necessidades do serviço de saúde e da população.

Estágio II – Algumas disciplinas de aplicação clínica do curso proporcionam oportunidade para análise crítica da organização do serviço.

Estágio III – Imagem Objetivo

O processo de ensino-aprendizagem toma como eixo, na etapa clínica, a análise crítica da totalidade da experiência da atenção à saúde, com ênfase no componente de Atenção Básica.

Evidências

a) A Escola enfatiza o aprendizado prático, no qual o estudante, com participação dos profissionais dos serviços e professores, adquire responsabilidade progressiva e crescente, tendo em vista a permanente melhoria do atendimento à população.

b) Os estudantes, na prática de atenção à saúde, procedem à análise integral e sistemática do processo saúde-doença nas suas várias dimensões (individual, familiar e coletiva) por meio da problematização de situações vivenciadas.

Vetor 8: Integração do ciclo básico/ciclo profissional

Os Estágios correspondentes a este vetor são os seguintes:

Estágio I – Ciclos clínico e básico completamente separados, disciplinas fragmentadas e estanques, sem aproveitar, até mesmo, a existência de fontes correlatas em algumas delas.

Estágio II – Disciplinas/atividades integradoras, ao longo dos primeiros anos, em algumas áreas.

Estágio III – Imagem Objetivo

Ensino com integração do ciclo básico com o profissional ao longo de todo o curso. Um dos métodos orientador da integração é a problematização.



Evidências

- a) A programação do ciclo básico, além da essência conceitual de cada disciplina biomédica, leva em conta a realidade da prática clínica, incorporando o pessoal dos serviços e os professores do ciclo profissional no processo de planificação curricular.
- b) A escola adota algum esquema modularizado de organização dos conteúdos que facilite os processos de interdisciplinaridade e integralização de conhecimentos.

Vetor 9: Mudança metodológica

Os Estágios correspondentes a este vetor são os seguintes:

Estágio I – Ensino centrado no professor, realizado fundamentalmente por meio de aulas expositivas para grandes grupos de estudantes.

Estágio II – Ensino que pode incluir inovações pedagógicas em caráter experimental, mas restritas a certas disciplinas. Ensino realizado, em geral, com pequenos grupos de estudantes.

Estágio III – Imagem Objetivo

Ensino baseado, majoritariamente, na problematização em pequenos grupos, ocorrendo em ambientes diversificados com atividades estruturadas a partir das necessidades de saúde da população. Avaliação formativa e somativa, incluindo todos os aspectos da formação do estudante (conhecimentos, atitudes e habilidades).

Evidências

a) O ensino-aprendizagem se desenvolve em pequenos grupos. Estimula-se a busca de informação e o processo de auto-aprendizagem, envolvendo situações diversificadas (resolução de problemas, análises de casos, simulações, dentre outras), e em distintos cenários (Escola, SUS, comunidade etc.), estimulando capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas.

b) Estímulo à discussão crítica e reflexiva sobre as práticas, por todos os participantes no processo (professores, profissionais dos serviços, estu-



dantes, usuários) visando à transformação da própria prática e da gestão das organizações envolvidas.

c) Avaliação participativa do aluno com metodologias quali-quantitativas e multireferências, incluindo avaliação do currículo desenvolvido.



PARTE II

SELEÇÃO DE PROJETOS E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA



O Processo de Seleção do Pró-Saúde

O Pró-Saúde foi lançado em 03 de novembro de 2005. Foi realizado um processo de seleção pública, por meio de edital e convocatória, publicados no Diário Oficial da União. Constituiu-se uma comissão assessora do programa para trabalhar na seleção e no acompanhamento dos projetos selecionados.

A equipe de avaliadores estabeleceu, a priori, critérios gerais de aceitação de todo o grupo, dividindo-se, posteriormente, em três subgrupos em função das áreas profissionais indicadas: Enfermagem, Medicina e Odontologia.

Os critérios gerais incluíram:

- Tratamento equilibrado dos três eixos propostos (orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica).
- Clareza na abordagem conceitual (determinantes sociais do binômio saúde-doença) e esquema curricular.
- Clara possibilidade de articulação com o serviço de saúde.
- Orientação quanto à regulação e sistema de referência.
- Possibilidade de compartilhar orçamento (Escola e Serviço).
- Integração do Hospital de Ensino na rede de serviços.
- Indicação de parâmetros de avaliação.

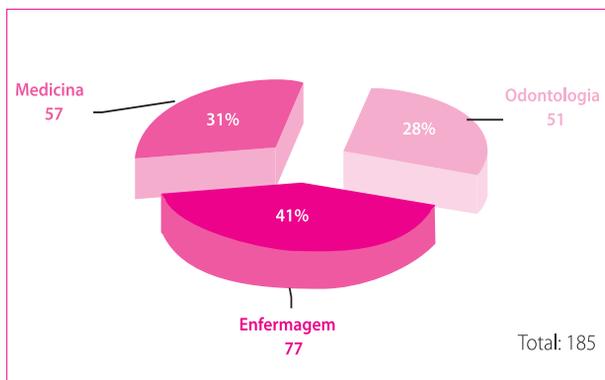
A análise dos projetos foi realizada por, no mínimo, dois examinadores. Em caso de divergência, um terceiro opinava.

Apresentam-se, a seguir, dados referentes ao processo seletivo e aos resultados finais:



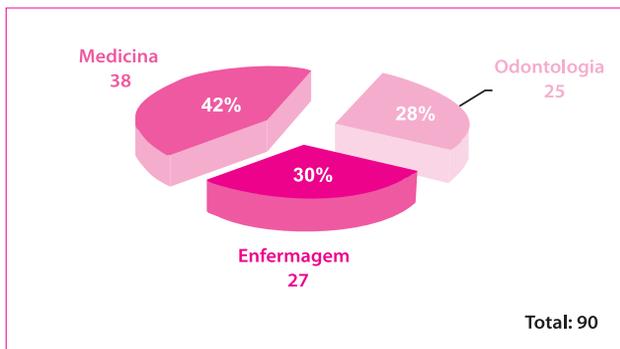
Número de projetos apresentados e selecionados

Pró-Saúde: Projetos postados até o dia 09/12/2005
 Valores Absolutos e Percentuais dos cursos de
 Enfermagem, Medicina e Odontologia.



Fonte: Deges/SGTES/MS, 2005

Pró-Saúde: Projetos Selecionados
 Valores Absolutos e Percentuais dos cursos de Enfermagem,
 Medicina e Odontologia.

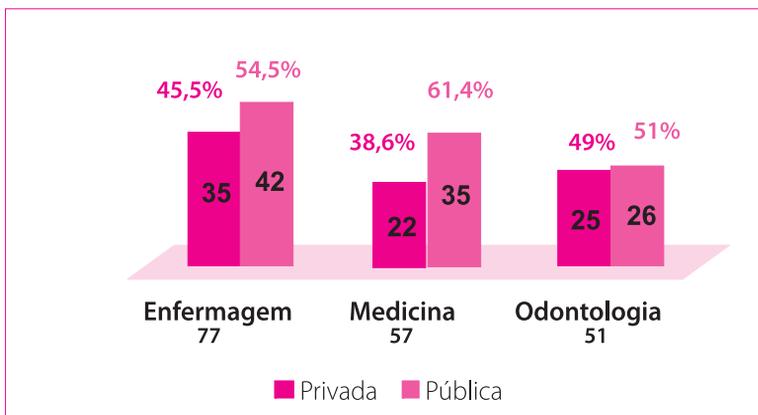


Fonte: Deges/SGTES/MS, 2005

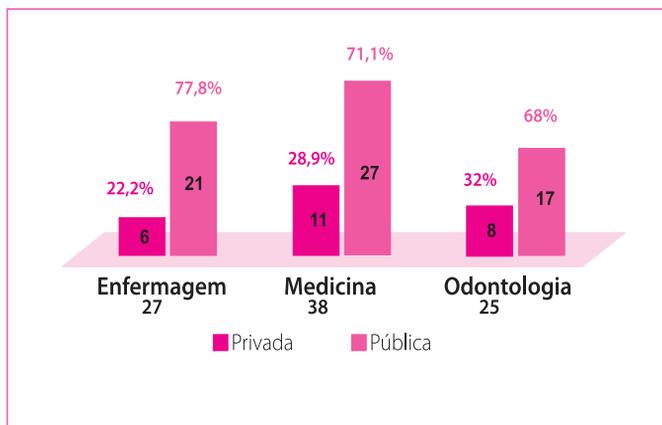


Número e percentagem de IES públicas e privadas

Pró-Saúde: Projetos postados até o dia 09/12/2005
Valores Absolutos e percentuais por Unidade Administrativa
dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia



Pró-Saúde: Projetos Seleccionados
Valores Absolutos e percentuais por Unidade Administrativa
dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia

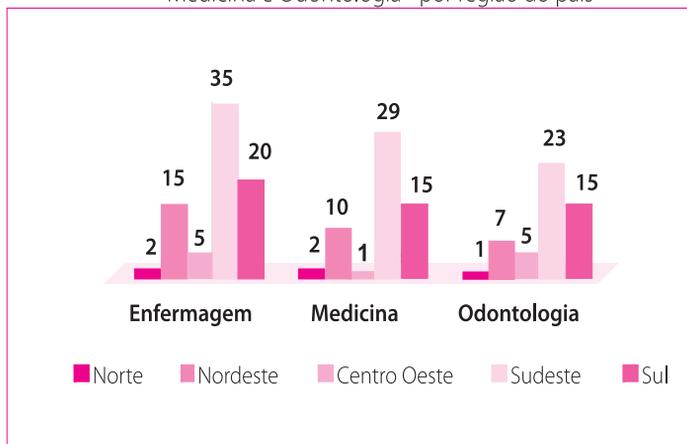


Fonte: Deges/SGTES/MS, 2005



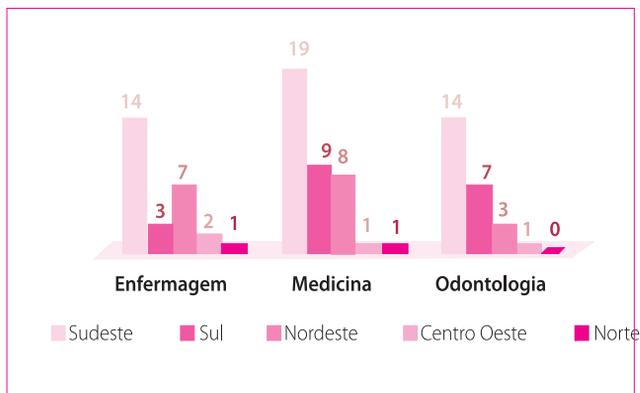
Número de projetos apresentados e selecionados por região do País

Pró-Saúde: Projetos postados até o dia 09/12/2005
 Valores Absolutos e Percentuais dos cursos: Enfermagem,
 Medicina e Odontologia - por região do país



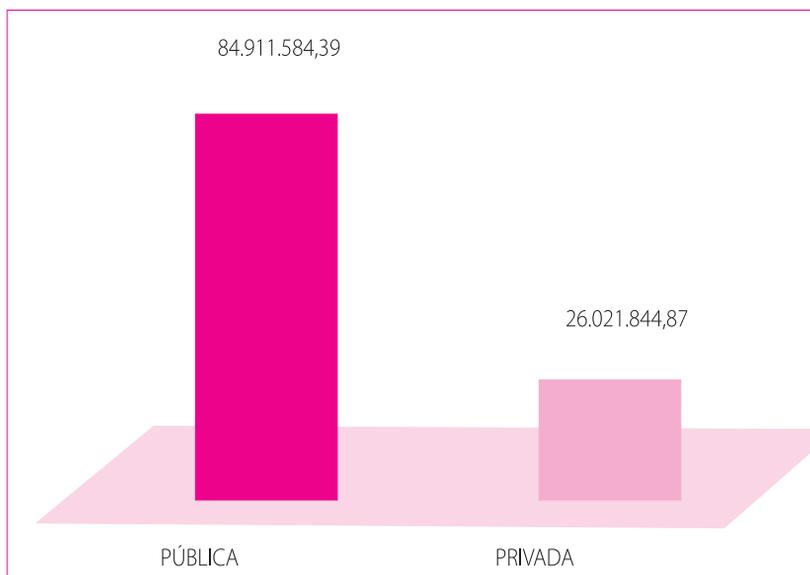
Fonte: Deges/SGTES/MS, 2005

Pró-Saúde: Projetos Selecionados
 Valores Absolutos e Percentuais dos cursos: Enfermagem,
 Medicina e Odontologia - por região do país



Fonte: Deges/SGTES/MS, 2005

Pró-Saúde: Valores absolutos dos recursos distribuídos entre Instituições Públicas e Privadas



Discussão dos orçamentos dos projetos selecionados

A Portaria do Ministério da Saúde de nº 2.530, de 22 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005e), homologa o resultado do processo de seleção dos cursos que se candidataram ao Pró-Saúde e regulamenta os critérios de aprovação dos orçamentos dos projetos.

Determina, também, que os cursos selecionados, constantes no Anexo II da Portaria, deveriam seguir as recomendações da Comissão Assessora para que seus orçamentos fossem reformulados, conforme explicitado no Anexo I da Portaria. Destacam-se os pontos principais das recomendações:

- As propostas orçamentárias não poderão ser superiores aos valores já apresentados para a seleção do programa. O valor total não poderá ser superior a R\$ 300.000,00 x número de anos do currículo da Escola, a serem distribuídos num período de três anos, procurando ajustar-se à progressão das ações propostas, porém não devendo afastar-se do equivalente a um terço do valor total por cada ano. O orçamento deverá ser apresentado de forma detalhada e relacionado a cada um dos eixos do Pró-Saúde.
- Os gastos que o Ministério da Saúde não considerar adequados aos objetivos do programa deverão ser descontados, o que implicará em um orçamento menor do que o solicitado pela IES.
- As liberações de parcelas futuras dependerão de análise do acompanhamento das ações do Pró-Saúde em cada instituição por parte do Ministério da Saúde.
- O teto máximo admitido para consultorias, assessorias e similares não poderá exceder dez por cento do valor a ser financiado em cada eixo. Tais assessorias deverão priorizar aspectos da integração docente-assistencial e de mecanismos de melhoria da articulação com os serviços. As assessorias podem incluir aspectos pedagógicos, mas não devem estar limitadas a esta dimensão.
- As despesas com cursos, oficinas, seminários e assemelhados não devem ser consideradas, quando na realidade correspondam diretamente ao financiamento de atividades rotineiras do desenvolvimento do curso da Escola.

Ressaltam-se como pontos de fundamental importância para o objetivo de construir ou aprofundar a relação da IES com os Serviços Públicos de Saúde as seguintes recomendações:

- A compra de material permanente e/ou de consumo deve estar prioritariamente dirigida para investimento no Serviço Público de Saúde, eleito como cenário de prática.
- Não está previsto pagamento de qualquer modalidade nem bolsas para profissionais e docentes envolvidos no projeto.



Esse último ponto das determinações apresentadas na Portaria em discussão é considerado crucial para a construção de uma relação academia-serviço que tenha sustentabilidade após o encerramento do prazo inicialmente previsto para o programa, que é de três anos.

Cabe destacar que foi estabelecida uma parceria entre DEGES/SGTES e DAB/SAS para destinar recursos adicionais aos municípios, visando à estruturação das unidades de serviço que incorporam atividades curriculares obrigatórias dos cursos de Enfermagem, Odontologia e Medicina. O art. 1º da Portaria 649 de março de 2006 define para o ano de 2006, a transferência, em parcela única, no valor de R\$100.000,00 (cem mil reais) por curso de graduação, aos municípios que aderiram ao Pró-Saúde e recebem alunos de enfermagem, medicina e/ou odontologia nas Unidades de Básicas de Saúde municipais das equipes de Saúde da Família.

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), e o Ministério da Educação, por meio do Departamento de Modernização e Programas de Educação Superior (DEPEM) da Secretaria de Educação Superior (SESu), criaram o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET Saúde) com o objetivo de avançar na consolidação das mudanças que vêm sendo implementadas pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde. O PET Saúde favorece o processo de integração ensino-serviço, na medida em que reconhece e valoriza o papel dos profissionais do serviço, respaldado pelo Professor Tutor, oriundo da universidade, na orientação do processo de aprendizagem dos estudantes. No PET Saúde, além do Tutor Acadêmico, cria-se a figura do Preceptor, que tem como requisito ser um profissional do serviço de saúde. O Tutor Acadêmico deverá oferecer orientação aos estudantes de graduação e capacitação pedagógica ao Preceptor e a orientação voltada à pesquisa e produção de conhecimento relevante para o serviço de saúde. Por outro lado, terá a oportunidade de aprender também, e agregar ao curso de graduação, conhecimentos sobre o modelo de atenção, as necessidades de aprendizagem, a solução de problemas e a produção de conhecimento emanado do serviço.

Instituições integrantes do Pró-Saúde

Os cursos cujos projetos foram selecionados constam do Anexo II da Portaria GM/MS nº 2.530 (BRASIL, 2005e) e estão agrupados no quadro a seguir:



Instituição	Enfermagem	Medicina	Odontologia
Univ. Fed. de Alagoas	+	+	
Univ. Fed. da Bahia		+	
Univ. Fed. do Ceará	+	+	
Univ. Fed. do Espírito Santo	+		+
Univ. Fed. de Goiás	+	+	+
Univ. Fed. de Juiz de Fora	+	+	+
Univ. Fed. do Maranhão		+	
Univ. Fed. de Mato Grosso do Sul	+		
Univ. Fed. de Minas Gerais	+	+	+
Univ. Fed. do Pará	+		
Univ. Fed. da Paraíba (João Pessoa)	+	+	+
Univ. Fed. de Pernambuco		+	
Univ. Fed. do Piauí			+
Univ. Fed. do Rio de Janeiro			+
Fund. Univ. Fed. do Rio Grande		+	
Univ. Fed. do Rio Grande do Norte	+	+	
Univ. Fed. do Rio Grande do Sul		+	+
Univ. Fed. de Santa Catarina	+	+	+
Univ. Fed. de São Paulo	+	+	
Univ. Fed. do Triângulo Mineiro		+	
Univ. Fed. de Uberlândia		+	+
Univ. Fed. Vales Jequitinhonha/Mucuri	+		
Univ. Est. de Campinas	+	+	+
Univ. Est. de Londrina		+	+
Univ. Est. de Maringá		+	+
Univ. Est. de Montes Claros		+	+
Univ. Est. Paulista (Botucatu)		+	
Univ. Est. do Pará		+	
Univ. Est. do Rio de Janeiro	+	+	+
Univ. de Pernambuco	+	+	
Univ. de São Paulo (São Paulo, capital)	+	+	+
Univ. de São Paulo (Ribeirão Preto)	+		+

continua...



Univ. Est. do Vale do Acaraú (Sobral)	+		
Univ. Est. do Rio Grande do Norte	+		
Pont. Univ. Católica de Campinas		+	
Pont. Univ. Católica de Minas Gerais	+		+
Pont. Univ. Católica do Paraná			+
Pont. Univ. Católica S. Paulo (Sorocaba)		+	
Pont. Univ. Católica Rio Grande do Sul	+		
Fac. Evangélica do Paraná		+	
Univ. de Caxias do Sul		+	
Univ. de Passo Fundo		+	
Univ. Comunitária Reg. de Chapecó	+		
Univ. José do Rosário Vellano		+	
Univ. Gr. Rio "Pr. José Souza Herdy"			+
Univ. Severino Sombra	+		+
Univ. Santa Cruz do Sul			+
Univ. do Vale do Itajaí		+	+
Centro Univ. de Barra Mansa	+		
Fac. C. Méd. Santa Casa de São Paulo		+	
Fac. Med. do ABC		+	
Fac. Med. de Marília	+	+	
Fac. Med. de Petrópolis		+	
Fac. Unificadas de Serra dos Órgãos	+	+	+
Fac. Med. de S. José do Rio Preto		+	
Fac. de Odontologia de Caruaru			+

Acompanhamento dos projetos em implementação

O acompanhamento da implementação do Pró-Saúde tem por objetivo favorecer um processo que possa produzir resultados ajustados à realidade de cada escola, com o seguinte esquema:

Auto-avaliação:

- por meio de uma auto-avaliação continuada, integrando pessoal docente, dos serviços e dos estudantes;



Avaliação externa:

- por meio da Comissão Assessora que deve atuar como um parceiro no processo, facilitando o diálogo com os diversos atores que promovem o programa e entre as diversas Escolas;
- agregando a observação externa, menos sujeita às pressões que enfrentam os atores locais.

No último semestre de 2006, foram realizadas visitas às escolas e serviços por membros da Comissão Assessora do Programa, durante as quais foi promovida uma participação aberta dos gestores, estudantes, profissionais do serviço e representantes do controle social/usuários. Foi ressaltada a importância da constituição da Comissão Local de Acompanhamento com a participação de todos os atores envolvidos.

Tendo sido esta a primeira oportunidade de visita “in loco” aos projetos, os quais se encontravam, ainda, numa fase muito inicial de sua implementação, foi possível observar algumas questões que podem ter impacto na operacionalização dos três eixos constituintes do programa:

- pouca clareza na orientação teórica, enquanto uma possível articulação biológico-social, aspecto freqüentemente associado com o campo de atuação da medicina preventiva e social;
- pesquisa incipiente ou nula na área de atenção básica;
- incorporação parcial da Escola no projeto, com a nova abordagem orientada pela medicina preventiva e social;
- participação interdisciplinar (básico-clínica) inexistente e às vezes dificultada pela separação dos institutos centrais;
- insuficiente diversificação de cenários de prática;
- inadequação dos sistemas de referência e contra-referência;
- pobre inserção dos alunos na atenção básica;
- abordagem pedagógica às vezes centrada no problem-base learning (PBL) e, em geral, pouco desenvolvida.

Predomina, nessa fase inicial, a Escola como um todo mantendo sua atividade regular nos ciclos básico e clínico, agregando, em cada uma dessas etapas, um modesto componente de orientação comunitária, sem que se altere a carga horária curricular e a exposição ao ambiente hospitalar ou a atenção direta, sendo que, em alguns casos, determinadas áreas assistenciais apresentam certo grau de sofisticação (às vezes até exagerada), que competem, deixando em desvantagem o objetivo de focar predominantemente a atenção primária.

A relativa uniformidade dessas observações leva a considerar que pode não haver sido suficiente o enunciado dos três eixos, à medida que os mesmos não explicitam alternativas na abordagem da maior parte dos planos de estudos das carreiras em causa, os quais mantêm a clássica diferenciação dos ciclos básicos e profissionais e uma sólida base institucional, passando no mais das vezes



por várias disciplinas especializadas (em sua maioria reconhecidas como muito importantes e que não poderiam ser deixadas de lado na formação de determinado profissional).

Por outro lado, nem sempre todas as Escolas contam com a mesma capacidade técnico-científica e desenvolvem pesquisa básica e/ou aplicada que possa ser aproveitada, não só para geração de novos conhecimentos como também, para apoiar o próprio processo de ensino e aprendizagem. Tal situação poderia, na prática, justificar um melhor aproveitamento da proposta do Pró-Saúde compensando a deficiência referida com uma maior interação entre os laboratórios básicos e as unidades complementares de diagnóstico e a epidemiologia, apoiando com orientação fisiopatológica a progressão do conhecimento no campo da propedêutica. Tudo isto orientado à atenção básica em nível ambulatorial, integrando a abordagem individual e a coletiva num contexto baseado em evidências.

As visitas às Escolas ocorrerão periodicamente, conforme a necessidade em cada caso. Ademais da análise do progresso alcançado pelo projeto local respectivo, poder-se-á promover uma série de outras iniciativas enriquecedoras, incluindo:

- Integração dos projetos de mais de uma profissão na mesma IES.
- Interação com outros projetos na região.
- Realização de encontros regionais.
- Programação de visitas a outras Escolas.
- Interação com Escolas não selecionadas, com interesse de participação futura.



PARTE III

DESENVOLVIMENTO POTENCIAL DO PRÓ-SAÚDE



Orientação geral

A tarefa a que se propõem as Escolas participantes deste programa é, certamente, das mais complexas que se pode pretender no âmbito da educação superior para formação profissional. Desde o princípio, elas terão que se deparar com uma tradição que acompanhou toda a história do desenvolvimento dessas profissões. Tradição esta que se consolidou na forma de geração do conhecimento, na sua disseminação e em processos de transferência, bem como, na caracterização da prática profissional, que confere prestígio e é importante fonte de renda àqueles que a praticam, entretanto, o que agora se propõe requer profissionais cuja formação supere os modelos tradicionais, inerentemente fragmentados em sua racionalidade e que comprometem a perspectiva e a premência do trabalho compartilhado.

No âmbito da formação profissional, contribui para a perpetuação desse quadro a estrutura disciplinar que fragmenta o conhecimento e dificulta uma visão de conjunto dos processos que ocorrem no organismo. Nas perspectivas de desenvolvimento potencial que serão apresentadas nesta sessão, destaca-se o fato de que a estrutura disciplinar clássica constitui em si mesmo um bloqueio relativo para a implementação das mudanças pretendidas, daí a sugestão de uma eventual reordenação do conhecimento na forma de módulos de ensino que articulam elementos de diversas disciplinas em torno de um eixo representado pelo processo que se quer analisar.

O conteúdo teórico preconizado pelo Pró-Saúde centra-se em uma maior articulação entre os componentes biológicos e sociais, tanto na produção de conhecimentos, como em sua aplicação no processo de ensino e aprendizagem e no próprio exercício do cuidado profissional. Isto implica em reconhecer o que Mario Bunge explicita, dizendo que

“a realidade, tal como a conhecemos hoje, não é um sólido bloco homogêneo, mas, se divide em vários níveis ou setores, caracterizados cada um deles por um conjunto de propriedades e leis que lhes são próprias. Os principais níveis reconhecidos até o momento são o físico, o biológico, o psicológico e o sociocultural”. (BUNGE, 1973).

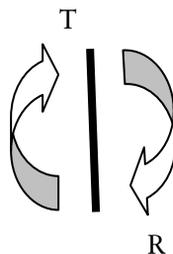
A aprendizagem de uma explicação multinível é especialmente importante para as profissões de maior conteúdo aplicativo, como é o caso das inseridas no Pró-Saúde. A abordagem educacional neste caso deve envolver a participação em pelo menos dois desses níveis, no processo de transformação da realidade, na procura de informação empírica, por meio de alguma experiência ou na produção de conceitos a partir dos produtos já existentes.

Trata-se de superar o ensino disciplinar tradicional, criando-se unidades baseadas em um objeto e problematizando sobre o mesmo, em que se conjugam diversas ciências e técnicas para dar respostas científicas. Estas respostas são verdadeiramente os conhecimentos. Segundo Piaget, “o conhecimento não é uma cópia da realidade. Conhecer um objeto, conhecer um acontecimento, não



depende de observá-lo e fazer dele uma cópia mental, uma imagem. Conhecer um objeto é atuar sobre ele” (PIAGET, 1969).

O processo de aprendizagem, para ser completo e aproveitar mais amplamente as potencialidades do aluno, deve incluir o componente “empírico-indutivo”, seguido de um reforço “teórico-dedutivo”, permitindo a utilização de um juízo duplo entre a realidade (R) e a teoria (T), como se ilustra no esquema a seguir:



Os módulos educacionais devem envolver a convergência destas duas atividades para permitir a formulação de leis científicas e um aprendizado adequado em consequência da participação no processo.

No campo específico da formação do enfermeiro torna-se necessário construir projetos políticos pedagógicos e seus componentes de organização curricular que assegurem a sua relevância social, incluindo competências técnicas e gerenciais, políticas e éticas que sustentem os atos de cuidar. A reorientação do processo de formação, nesse caso, deve estar articulada aos processos de produção de serviços de atenção à saúde, na perspectiva do compartilhamento e gestão de conhecimentos e coordenação dos “fazeres” específicos de forma a assegurar o planejamento, a avaliação e o controle tanto da atenção à saúde como dos processos de formação.

“A razão de ser do processo de cuidados de enfermagem (que integra enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) é seu enraizamento no quê e no como as pessoas vivem tendo em conta suas necessidades, demandas, possibilidades, dificuldades e alternativas.” (COLLIERE, 1989).

Nesse aspecto a formação caminha para a superação da produção de cuidados de enfermagem inscrita na lógica do “procedimento técnico”, da “rotina de cuidados” e das “atividades preventivas”, buscando-se hoje conceber um processo produtivo que construa com os cidadãos graus de autonomia que causem impacto em sua qualidade de vida, ou seja, em sua capacidade para lidar com a saúde levando em conta suas limitações, assim como os diferentes graus de dependências.

Voltando à situação dos médicos e odontólogos e retomando o comentário inicial sobre a tradição que predomina no ambiente acadêmico, pode-se dizer que não é de se estranhar que a maioria desses profissionais que se dedi-

cam ao ensino superior seja justamente especialista, que tratam de aprofundar o conhecimento em áreas bem delimitadas, apresentando-se como os que podem oferecer o cuidado mais capacitado. Daí a dificuldade de poder introduzir uma orientação não só mais geral, mas também de maior interação humana, a qual, com freqüência, é vista como de menor qualidade e menos segura.

O desinteresse pela atenção básica parte de situações estigmatizadas com base em experiências de um passado mais remoto, no qual a atuação do generalista era considerada como bastante limitada, deixando a desejar em sua efetividade para solução dos problemas dos pacientes. Por outro lado, com os excessos da especialização, pode-se hoje argumentar no sentido oposto, admitindo que uma visão limitada de uma parte do organismo deixa passar despercebidos outros problemas colaterais, às vezes mais sérios que o do que é objeto da atenção especializada em um determinado caso.

Entretanto, toda a argumentação técnica que se possa reunir, nesse particular, não alcança o grau de influência que resulta de uma abordagem humana e ética de base populacional, segundo a qual, com a evolução natural da atual tendência à especialização, cada vez mais nos afastamos de uma possível equidade no trato dessa problemática. E, com base na argumentação do parágrafo anterior, estará se oferecendo cuidados parciais, a um custo superior ao que pode ser sustentado pela sociedade, a um número cada vez menor de indivíduos, contribuindo, eventualmente, para uma pior situação global de saúde.

Guardadas as diferenças de magnitude, pode-se dizer que a situação nesse caso é proporcionalmente equivalente à deterioração ambiental. No setor Saúde, também, já se chegou à beira do abismo e, se não forem adotadas de imediato medidas de reconversão da tendência atual, estaremos evoluindo para uma crise da mais alta proporção, com total impossibilidade de fazer frente à demanda da sociedade. Fato que já se observa em certas comunidades.

Nesta conjuntura, torna-se necessário buscar uma nova dinâmica de transformação, adotando-se, outra vez, uma observação de Daniel Callaham, que

“considera de forma integrada os aspectos biológicos, sociais e econômicos, jogando com a evolução acumulativa das causas, o controle realista do potencial tecnológico e a reorientação do apetite da própria sociedade por uma crescente e utópica qualidade técnica, que a sociedade, com apoio da equipe profissional, deve ajustar às suas possibilidades.” (CALLAHAM, 1990).

Com isto, para realçar a qualidade das intervenções possíveis no Pró-Saúde, apresentam-se algumas perspectivas de desenvolvimento potencial no texto que seguem não como receita ou modelo a ser incorporado, mas como idéias motivadoras que possam estimular a procura de soluções inovadoras. Inclui-se entre elas a ênfase nos determinantes de saúde integrados com uma melhor abordagem da formação básica; a articulação dessa última com a introdução à clínica; a adoção de orientação clínica baseada em evidências; uma ampla gama de questões a serem exploradas em programas de investigação, no contexto do



próprio programa educativo e a importância de uma possível inversão do modelo assistencial do SUS. Todas estas características devem convergir para o objetivo final que é a aproximação do ensino com serviços ligados à atenção básica e à vivência do processo saúde-doença na comunidade. A aplicação dessa estratégia, inspirada nas primeiras visitas de observação às instituições integradas ao Pró-Saúde, será útil a essas mesmas Instituições de Ensino Superior (IES), assim como, em suas atividades de divulgação, todas as demais Escolas das mesmas profissões que estejam formando pessoal para o PSF e/ou que pretendam se preparar para futuras seleções no contexto do Pró-Saúde. Finalmente, se completa o presente texto, com uma orientação sobre uma possível auto-avaliação, que deverá acompanhar o processo de mudança na formação e incorporação da integração com os serviços de saúde.

Desenvolvimento potencial 1: ênfase nos determinantes de saúde

Pretende-se dar maior ênfase à questão de determinantes de saúde, aspecto pouco considerado na formação tradicional que se preocupa muito mais com a doença do que com a normalidade orgânica e funcional do organismo em suas relações com o mundo exterior, tanto ambiental como social. Isto sugere a conformação de dois módulos para tratar, respectivamente do “Ser humano e seu ambiente” e de “Sociedade e Saúde”.

A conceitualização sobre o homem e seu ambiente envolve diversas correntes teóricas, em que o sentido comum se introduz disfarçado com uma roupagem científica. A concepção de uma natureza abstrata e universal se enfrenta com uma que define o homem pelo conjunto de suas relações, historicamente determinadas. As concepções do homem e seu ambiente constituem a sustentação, não explícita, das carreiras na área da Saúde, porém como quase nunca dialogam entre si, passam a ter para os estudantes o caráter de verdades absolutas. É por isso que este módulo deve permitir uma reflexão crítica, na qual se explicitam os pressupostos de diversos paradigmas científicos, tratando-se de romper com o puro sentido comum de um conhecimento pré-científico, passo obrigatório para a aquisição de um espírito científico.

Nesse contexto é importante não só a caracterização genérica das questões e problemas ambientais, mas especialmente a abordagem da realidade loco-regional, destacando condições de vida com diferenças urbanas e rurais, influências climáticas, questões habitacionais, alimentares e de saneamento e disponibilidade de água potável, assim como os prejuízos gerados por agrotóxicos, resíduos industriais, desertificação, poluição do ar, solo, rios, águas interiores e oceanos, perda de bosques e florestas e o prejuízo irrecuperável da agressão à biodiversidade.

Tudo isto agravado, na atualidade, pela coexistência com níveis de pobreza crítica e pelas conseqüências da globalização, o que demanda para uma análise adequada a articulação dos quatro níveis referidos anteriormente, in-



cluindo o físico, o biológico, o psicológico e o sociocultural. Na prática, torna-se necessário analisar a realidade em que se está atuando, levando em conta, na medida do possível, estes diferentes níveis e correlacionando os problemas ambientais com a situação de saúde. Logo, num âmbito ampliado pode-se comparar o resultado dessas observações com a informação disponível para a região, ou mesmo, para o país como um todo.

Outro módulo poderia estar dedicado à sociedade e saúde, no qual se analisariam fundamentalmente as iniquidades em saúde que se observam numa sociedade entre grupos e indivíduos, as quais, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias. Há muito se reconhece que os principais determinantes dessas iniquidades estão relacionados às formas como se organiza a vida social. Já em meados do século XIX, Virchow, entendia que a “ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social”, que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem submeter-se à pesquisa científica.

Desde então muito se avançou na construção de modelos explicativos que analisam as relações entre a forma como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população. Um dos principais desafios destes modelos explicativos é o estabelecimento de uma hierarquia de determinações entre os fatores mais globais de natureza social, econômica, política e as mediações por meio das quais estes fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas. É este complexo de mediações que permite entender porque não há uma correlação constante entre os macro indicadores da riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde.

Nos últimos anos, aumentaram também em quantidade e qualidade os estudos sobre as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Estes estudos permitem constatar que uma vez superado um determinado limite de crescimento econômico de um país, um crescimento adicional da riqueza não se traduz em melhorias significativas das condições de saúde. A partir desse nível o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui. A desigualdade na distribuição de renda não é prejudicial à saúde somente dos grupos mais pobres, mas é também prejudicial para a saúde da sociedade em seu conjunto. Grupos de renda média em um país com alto grau de iniquidade de renda possuem uma situação de saúde pior que a de grupos com renda inferior, mas que vivem em uma sociedade mais equitativa.

No caso do Brasil o fardo é duplo, pois além de apresentar graves iniquidades na distribuição da riqueza há grandes setores de sua população vivendo em condições de pobreza que não lhes permite ter acesso a mínimas condições e bens essenciais à saúde. Para serem coerentes com esta maneira de entender a pobreza, as estratégias para combatê-la devem incluir tanto a geração de oportunidades econômicas, como medidas que favoreçam a construção de redes de apoio. Além do aumento das capacidades desses grupos para melhor conhecer os



problemas locais e globais, para estreitar suas relações com outros grupos, para fortalecer sua organização e participação em ações coletivas, para constituir-se enfim em atores sociais e ativos participantes das decisões da vida social.

No módulo Sociedade e Saúde pretende-se que os alunos se dêem conta dessa situação, analisando inclusive a realidade loco-regional e explorando a capacidade de organização da sociedade na busca de maior coesão e solidariedade no trato das ações de saúde. Com isto, estaria se estimulando a produção de conhecimentos sobre os determinantes sociais por meio de pesquisa realizada desde a etapa formativa; introduzindo esta temática e as consequências das desigualdades em saúde precocemente na formação dos profissionais; e, em última análise, promovendo a melhoria da qualidade e completude de informações sociodemográficas, de forma a permitir um melhor monitoramento dos problemas nessa área.

Nesse contexto, há especificidades profissionais que dizem respeito a cada núcleo central de saber e, embora, aos três campos profissionais em causa nesse programa corresponda à valorização dos determinantes sociais pode-se destacar, em relação ao enfermeiro, sua identidade social em torno do cuidado de enfermagem à pessoa, à família e à comunidade, deslocando o foco central da doença. Essa especificidade se estende, ainda, à prevenção individual e coletiva das vulnerabilidades e dos riscos de adoecer, assim como às ações que conduzem à reabilitação que inclui o desenvolvimento de capacidades para o autocuidado individual e o autocuidado orientado para o coletivo, numa dimensão societária.

Desenvolvimento potencial 2: integração básico-clínica no âmbito ambulatorial

Outra vertente importante consiste, fundamentalmente, na introdução de uma nova modalidade de orientar o aprendizado, especialmente, na relação entre as ciências básicas e a clínica. Entre as várias propostas de reorientação do processo de ensino-aprendizagem, destacam-se as que deixam de lado as disciplinas científicas puras e isoladas e as integram em uma estrutura baseada nos sistemas orgânicos (HAM, 1962); as que utilizam problemas de saúde relevantes, as que constroem problemas (problem-base learning); ou ainda, a linha de criação de currículos baseados em unidades assistenciais diversificadas, incluindo intensa prática em ambulatorios e policlinicas comunitárias (community-oriented programs) (HUNT; WEEKS, 1980). Jogando com os elementos de algumas dessas orientações, propõe-se integrar o conhecimento básico, centrado na fisiopatologia, com a prática de ambulatorio, por meio da análise dos principais processos que ocorrem no binômio saúde-doença.

Nos esquemas tradicionais se observa uma separação entre o ensino das ciências básicas e o ensino das disciplinas clínicas. Situação que se agrava com a constituição dos Institutos de Ciências Básicas, inteiramente independentes da área clínica das Escolas profissionais. Tal situação que se aproxima à orientação



do “College” norte-americano, e que de certa maneira reaparece em proposta recente da UNIVERSIDADE NOVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2006), atende a outros objetivos, também louváveis, favorecendo especialmente a possibilidade de uma maior abertura de novas oportunidades formativas (com ampla diversificação profissional). Entretanto, não chega a ser impeditiva de novas abordagens integradoras, segundo as quais se possa retomar, no ciclo profissional, uma articulação básico-clínica, com o aproveitamento de atividade laboratorial e outros recursos complementares diagnósticos (Raios X, Eletrocardiograma etc.) em estreita relação com o atendimento ambulatorial, concentrando-se a este nível, com uma forte base fisiopatológica, a Semiologia, a Clínica e a Epidemiologia.

Esta abordagem contorna a tendência, às vezes observada, de um menor interesse do aluno pelas disciplinas básicas, por não encontrar motivação para dedicar tempo ao seu aprendizado. Porém, mais importante ainda, é a mudança radical que ocorre na abordagem do paciente, deixando de lado a orientação pré-definida que oferece o paciente internado, usualmente com seu rótulo diagnóstico já estabelecido, para deparar-se com um indivíduo que traz anamnese, exame físico e exames complementares, demanda uma abordagem centrada na pessoa por meio da exploração dos medos, expectativas e sentimentos em torno da enfermidade, e não somente a constatação mais apurada de determinado sintoma ou sinal clínico.

Desde logo, pode-se admitir que um número significativo das Escolas do país, não só desenvolvem um ensino relativamente precário de ciências básicas, como carecem de condições para a realização de pesquisas, restringindo-se a transmitir um conteúdo que se repete ano após ano, pouco estimulantes para promover discussões e maior dedicação do estudante. Na nova proposta, sugere-se partir da definição de “objetivos de processo” no lugar dos clássicos “objetivos de conteúdo”.

Na prática, a formulação do programa de ensino com base em disciplinas horizontais nunca logra reproduzir a situação que se encontra na realidade e para a qual se deseja capacitar o estudante. Por isso, antes de tentar definir objetivos educacionais que cubram todo o conteúdo de conhecimentos dessas mesmas disciplinas, dever-se-ia desenhar “processos” verticais que se manejam em uma profissão dada e, nestes processos identificar o que Piaget chama de “esquemas de ação”, e que também se poderia chamar de “objetivos de processo”. Isto permite visualizar o perfil de atividades de uma profissão dada, para então se buscar nas disciplinas educacionais o conteúdo de conhecimentos que seria aplicável para o desenvolvimento de cada esquema de ação.

No caso específico da medicina, por exemplo, poder-se-ia definir uma série de síndromes clínicas a serem estudadas como foco de estudos integrados, incluindo os conhecimentos básicos e clínicos envolvidos. Isto ocorreria a partir do recebimento de pacientes no ambulatório, apresentando determinadas síndromes, que se selecionaria em função de sua maior prevalência na região ou no país, enfatizando-se sempre a sua fisiopatologia e buscando integrar no seu



estudo o conteúdo das várias disciplinas envolvidas no processo, por meio dos exames complementares e análise de diagnóstico diferencial.

Assim, o estudo da insuficiência cardíaca ensinaria o estudo integrado do coração, da circulação arterial, venosa e linfática. O conhecimento da biofísica, bioquímica, fisiologia, patologia, clínica e cirurgia seria integrado em torno de um problema focal – insuficiência cardíaca. Outros quadros poderiam gerar esse ensino integrado, tais como: a insuficiência renal, hipertensão, insuficiência respiratória, insuficiência hepática, má absorção e anemia, dor torácica atípica, poliartrite com manifestações sistêmicas, estudos do equilíbrio e da marcha, problemas imunológicos etc. Para estudar cada problema focal reunir-se-ão docentes das várias disciplinas, básicas e clínicas, que tenham a ver com o mesmo. O ensino se desenvolveria também em módulos, nos quais os alunos teriam participação ativa, progressivamente crescente, de acordo com a evolução do aprendizado.

A adoção desse novo modelo de ensino-aprendizagem permitiria a estruturação de um curso integrado entre as disciplinas básicas e clínicas, certamente mais motivador para o aluno, sem gerar conflito entre especialistas e generalistas, já que os problemas propostos seriam sempre os de grande prevalência e importância para a região e para o país. O ambiente ideal para esta orientação é certamente o ambulatório, contando com acessibilidade aos exames complementares feitos em laboratórios clínico-patológicos, radiologia e eletrocardiograma, com os alunos participando em todas estas instâncias, acompanhando o caso clínico em estudo por meio da realização dos exames necessários (eventualmente, incluindo docentes da área básica no manejo desses exames complementares). Com isto estar-se-ia deixando o Hospital de Ensino, prioritariamente, para a etapa de pós-graduação.

No ensino de odontologia, esse tipo de proposição seria de inestimável ganho na formação do odontólogo. Inicialmente porque viria ao encontro da necessidade de restabelecer a relação entre a saúde bucal e a saúde sistêmica do paciente. A formação em odontologia distanciou-se das ciências básicas por razões históricas. Observada sua evolução como profissão, por muito tempo foi denominada de “arte dentária”, criando uma identidade profissional muito mais ligada à forma e à técnica do que à base dos conhecimentos científicos. Em modelos tradicionais os currículos concentram as ciências básicas nos anos iniciais e a distanciam dos anos de aprendizado da atenção ao paciente. Assim, esse sistema reforça ao estudante a idéia de que esse conhecimento será pouco necessário para seu exercício profissional. Em estudos de larga escala realizados no Brasil (Exame Nacional de Cursos e Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes) as ciências básicas são as que correspondem ao pior desempenho dos estudantes. Como resultado, limita-se a capacidade de mobilização desses conhecimentos para a competência clínica. Sabe-se que as ciências básicas são essenciais para o raciocínio lógico inteligente, que por sua vez irá influenciar a identificação, explicação e solução de problemas na prática profissional.

Do mesmo modo, a articulação desses conhecimentos com os proble-



mas de saúde bucal prevalentes, com variações do normal ao patológico, poderá tornar o aprendizado mais significativo para o aluno. Tomando por exemplo a doença periodontal, poder-se-ia estudar anatomia e histologia do periodonto, os processos inflamatórios, imunológicos, aliados às formas de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, além de seus reflexos sistêmicos no paciente. Nesse exemplo, sabe-se hoje que a doença periodontal interfere no controle glicêmico de pacientes diabéticos. Isso remete à necessidade da abordagem integral do paciente, ao reposicionamento do odontólogo na equipe da atenção básica, ampliando as possibilidades de obtenção de estados saudáveis.

No caso da enfermagem, a ação de cuidar ocorre segundo um processo de intersubjetividades, que envolve a pessoa e o profissional de saúde, no qual deve haver uma co-responsabilização em torno do problema a ser enfrentado, portanto, nesse momento, portanto, produzem-se relações de vínculos, fazendo-se imprescindível a integração de conhecimentos de ciências biológicas e das humanidades, além de outros campos instrumentais que apóiam a racionalidade do cuidado de enfermagem. Essa pauta está orientada à reconstrução ética, política e técnica do cuidado que não mais dá espaço aos conhecimentos compartimentalizados e às ações que evidenciem a divisão do corpo biopsíquico e a hierarquia entre as áreas do conhecimento.

Nesta perspectiva de integralidade da atenção que prevê uma rede de cuidados de enfermagem torna-se importante rever também a questão da gerência de enfermagem e dos serviços de saúde. Para contrapor-se ao modelo tradicional de racionalidade burocrática propõe-se a adoção de metodologias de gestão participativa, objetivando ampliar a democracia institucional na construção de uma lógica de redistribuição do poder que altera e influencia as deliberações que ocorrem na internalidade das equipes de saúde/enfermagem.

Em todo este novo formato requerem-se ações e processos que integrem a análise e a síntese como caminhos do estabelecimento de relações; a articulação entre áreas do conhecimento que integram a complexidade da saúde; a criação de soluções inovadoras; a comunicação clara e precisa; a interpretação e o uso de diferentes formas de linguagem; a capacidade de trabalhar em grupo e compartilhadamente; de gerenciar processos para atingir metas; de trabalhar com prioridades integrando diferenças e diversidades; além de processos de avaliação articulados aos desafios das mudanças permanentes.

Como todos os docentes de uma escola participariam dos cursos integrados, poder-se-ia melhorar a qualidade do ensino e, ao mesmo tempo, focalizar problemas de maior importância nosológica. A produção de material em formatos escrito e audiovisual e a disponibilização de avaliações (formativas essencialmente) poderiam melhorar o ensino-aprendizado de alunos de faculdades situadas em cidades menores, no interior do país.

Importante subsídio em apoio a essa proposta é, sem dúvida, a distribuição promovida pela Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, do livro Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências (DUNCAN et al., 2004), o qual pode transformar-se em um dos livros-texto dos projetos do Pró-Saúde. Inclusive, tendo em vista a experiência desse grupo



no campo da atenção básica, visualiza-se a possibilidade de, na dependência do interesse das Escolas participantes no Pró-Saúde, promover a organização de seminários de orientação sobre as metodologias descritas no livro.

Desenvolvimento potencial 3: orientação clínica baseada em evidências

Trata-se, neste desenvolvimento potencial, de melhorar o processo de diagnosticar o problema de um paciente, definir um prognóstico e propor um tratamento, com boa possibilidade de resolução, em condições de trabalho que obrigam o profissional a atender seus pacientes no período de 10 a 20 minutos.

Para isso pode-se utilizar o recurso da evidência clínica a partir de algoritmos de diagnóstico de problemas de saúde prevalentes. A adoção desses algoritmos além de orientar o processo de decisão, garante o acesso a processos de solução do problema por diferentes membros da equipe profissional e confere homogeneidade na condução dos pacientes. Além de organizar o processo de solução de problemas, os algoritmos dizem quando fazer exames e qual a relevância dos mesmos. Deve-se, ainda, indicar que a árvore de pensamento lógico de um algoritmo pode ser melhorada pela indicação das probabilidades das respostas previstas, observadas em pesquisas clínicas.

Supõe-se que mais de 80% dos diagnósticos podem ser realizados ao final de uma breve história clínica e um exame físico de rotina. Sandler (1980) mostrou que em 56% dos casos um diagnóstico correto podia ser feito ao final de uma cuidadosa anamnese e que esse percentual subia para 73% ao final do exame físico. Exames especializados agregam cerca de 15% dos diagnósticos e apenas 5% resultam dos exames complementares de rotina. Entretanto, esses exames podem corresponder a uma parcela significativa do custo total da atenção médica.

A abordagem por evidências baseia-se em pesquisas clínicas que produzem dados analisados com as ferramentas da epidemiologia clínica e da bioestatística e, trata, fundamentalmente, de substituir a atenção saúde do “eu acho” pela atenção saúde do “porque” e qual a evidência para fazer esse diagnóstico, realizar esse exame ou propor esse tratamento. Ela, em princípio, assegura:

- um diagnóstico e um tratamento alicerçados em fatos e dados estatisticamente significativos;
- a troca do conceito de “incerteza” pelo de “risco”;
- uma melhor apresentação ao paciente e seus familiares dos seus problemas de saúde, seu prognóstico, tratamento e riscos envolvidos;
- uma postura mais ética do atendimento do paciente pela equipe;
- maior segurança para o paciente, para a equipe e instituição de saúde;
- maior qualidade e resolubilidade da atenção à saúde;
- melhor proteção da equipe e serviços de saúde em relação a possíveis “erros médicos”, já que a atenção estaria baseada em evidências clínicas.

Recentemente a Universidade de Toronto divulgou em seu site um interessante trabalho de um grupo de professores da Universidade das Filipinas

(DANS, A. L.; DANS, L. F., 2000), que parte do questionamento de um médico de uma cidade do interior, que declara:

“Eu pratico em uma pequena cidade onde atendo pacientes realmente pobres, que às vezes não tem sequer o que comer; a biblioteca médica mais próxima é inalcançável e suas prateleiras estão quase vazias; obviamente não dispomos de computadores, na verdade, algumas vezes nem temos eletricidade. Daí eu pergunto – que relevância pode ter a medicina baseada em evidências nesse contexto?”

A resposta apresentada no seminário em que esse fato ocorreu analisa amplamente uma série de fatores que demonstram exatamente o contrário da pressuposição daquele médico rural, destacando a importância de economizar na utilização de exames supérfluos ou de tratamentos e uso de medicamentos de eficácia discutível e, ainda, apontando as vantagens de poder, com esta metodologia, compensar a falta de educação médica continuada, certamente inexistente no ambiente citado. A conclusão é que, justamente nas áreas mais desprovidas de recursos, é onde pode ser mais útil a prática da medicina por evidências.

No caso da odontologia, que se desenvolveu baseada em evidências, em caminho semelhante ao da medicina, outro aspecto a considerar é a imensa quantidade de novos materiais e produtos que são colocados no mercado, muitas vezes sem estudos que realmente demonstrem sua eficácia. A ampla quantidade de artigos científicos, não raro com posições antagônicas sobre o mesmo tema, a pressão de fabricantes com seu marketing, entre outros, justificam a necessidade de se instrumentalizar o estudante para uma visão crítica e uma prática baseada em evidências, que possa responder à demanda de julgamento do conhecimento e não apenas ao aprendizado de técnicas e protocolos. O avanço tecnológico e a crescente introdução de novos equipamentos, realmente significam um ganho de qualidade no diagnóstico e tratamento do paciente ou são apenas mais uma demanda de consumo gerada para absorção de novos produtos? Questões como essas podem ser altamente impactantes na prática profissional e nos gastos em saúde.

Essa abordagem tende a transformar a prática profissional e a produção de conhecimento e é desde o ensino da graduação, inserida no cotidiano da formação do estudante, que a abordagem baseada em evidências apresentaria suas melhores potencialidades de melhoria da qualidade da atenção odontológica.

Com isso, uma vez adotada a abordagem baseada em evidências, articulando a atenção básica com a análise epidemiológica, estaria se criando as condições para uma avaliação diagnóstica e terapêutica ajustada às condições locais. Assim, proporcionar-se-ia às equipes de Saúde da Família padrões autóctones de orientação de sua prática cotidiana, referidos a problemas atinentes à realidade sanitária da região e do país.

Também, para esse desenvolvimento potencial, pode-se contar com outra publicação já distribuída pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, intitulada “Evidência Clínica – conciso”, traduzido e organizado por



uma equipe da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (BRITISH MEDICAL JOURNAL, 2005). Igualmente, neste caso, poder-se-á promover, a juízo dos responsáveis pelas Escolas participantes do Pró-Saúde, seminários de orientação para o desenvolvimento dessa metodologia, contando com o grupo que produziu tal material.

Desenvolvimento potencial 4: a investigação como instrumento pedagógico

Outro componente do desenvolvimento potencial seria a possibilidade de orientar projetos de pesquisa a serem desenvolvidos com a participação docente e discente, girando em torno da questão da atenção básica. Aproveitar-se-iam as duas propostas anteriores, para propiciar o aperfeiçoamento diagnóstico e terapêutico em estreita relação com as síndromes estudadas na propedêutica, a multicausalidade dos mecanismos de agressão e defesa e a própria experiência de diagnóstico baseado em evidências.

Nesse âmbito, a realização de projetos de pesquisa poderia orientar o próprio desenvolvimento da evidência científica e a integração de diversas disciplinas no campo da atenção básica, ampliando assim sua utilização no contexto da educação em ciências da saúde e, ao mesmo tempo, dando maior credibilidade ao processo de mudança da formação.

A isso se somariam outras investigações, na forma que haviam sido propostas, inicialmente, na publicação básica do programa, incluindo, não só estudos epidemiológicos e de análise da gestão dos serviços, como também, estudos avaliativos do próprio programa, tanto em seus aspectos assistenciais como de ensino e aprendizagem. Particular atenção nessa área poderia ser concedida a estudos do processo de marcação de consultas, funcionando de forma integrada para a academia e para o SUS. Neste último caso, situam-se os estudos relativos à funcionalidade da rede de serviços, na procura de poder melhor aproveitar as instalações existentes e dar-lhes uma maior aplicação, visando à articulação dos sistemas de referência e contra-referência e assegurando que a central de marcação de consultas e/ou internação tome em conta, amplamente, as demandas dos centros de saúde da rede, das unidades de saúde da família e dos ambulatórios gerais e especializados dos hospitais locais.

Para que se possa concretizar a transformação pretendida com o Pró-Saúde sugere-se iniciativas como:

- Formar “Conselhos de Parceria” (gestores, Universidades, corpo discente).
- Traçar um plano de ação anual pactuado entre a Universidade, o gestor municipal e o corpo discente.
- Capacitar para o ensino membros das equipes da Estratégia Saúde da Família; atrair estes profissionais para pós-graduação *stricto sensu*.
- Ampliar a rede de ensino-serviço por meio da incorporação ao ensino de mais equipes da Estratégia Saúde da Família
- Integrar a rede de ensino-serviço; construir o “distrito escola” integran-



do a atenção básica com média e alta complexidade.

- Integrar as residências multiprofissionais e de medicina de família e comunidade onde elas existirem com atividades teórico-práticas da graduação.
- Limitar a dois alunos por equipe de saúde da família e até 10 alunos por centro de saúde em cada período.

Estas não são ações que representam um fim em si mesmas, mas sim meios que permitirão desenquadrar o processo para se atingir o que foi descrito até aqui e que é, em última análise, a aproximação do ensino com a atenção básica e a integração das diversas competências geradas na Universidade.

Desenvolvimento potencial 5: a inversão do modelo assistencial do SUS

Inverter o modelo assistencial hegemônico no Sistema Único de Saúde é o maior e o mais difícil de todos os desafios dos gestores de saúde no Brasil, os quais reconhecem na iniciativa do Pró-Saúde uma oportunidade privilegiada de somar esforços e alcançar esse objetivo maior. Para a gestão de saúde é crucial reverter expectativas de produtores e consumidores de bens e serviços, protagonistas de um contencioso que esgota recursos e esperanças, sob pena do comprometimento irreparável da reforma sanitária brasileira.

É urgente fazermos com que a atenção básica seja a mais resolutiva possível, com adscrição de clientela e responsabilidade sanitária, o que significa criar as bases para que se desenvolva uma relação de confiança entre as famílias e os serviços de saúde, que serão responsáveis por evitar que seus clientes adoçam e por tratando cada um de forma oportuna e adequada.

A Política Nacional de Atenção Básica deverá qualificar os profissionais de saúde da extensa rede de serviços de atenção primária instalada por todas as regiões do país, de modo que eles sejam capazes de resolver com segurança os problemas prevalentes na população, evitando o encaminhamento desnecessário de pacientes selecionados por idade, gênero, local de trabalho ou por sintomas funcionais ou topográficos para especialistas de toda ordem. O conhecimento científico é o produto da práxis resultante da integração de teoria e prática e não uma importação de saberes alheios ao nosso cotidiano, conforme predominante no processo de especialização dos profissionais de saúde, especialmente os médicos.

O que deveria ser de conhecimento geral passou a ser apanágio das especialidades, ou de profissionais interpostos entre a fonte de um conhecimento indevidamente apropriado por poucos e o seu destinatário mais legítimo, qual seja o indivíduo e a sociedade em geral. Essa é a matriz de um estado crescente de insatisfação, não obstante a escalada da produção e do consumo de bens e serviços de saúde no país. Nunca os brasileiros consumiram tantos bens e serviços proporcionados pelo Sistema Único de Saúde. É a contra-produtividade, ou seja, a insatisfação com os resultados do uso de facilidades que não resolvem os problemas, malgrado seu consumo paroxístico.



O custo total das ações especializadas, desarticuladas de um conhecimento geral necessário, é muitas vezes superior aos benefícios auferidos pelos usuários desta estratégia de segmentação da prática clínica, a qual terá suas condições de sustentação cada vez mais ameaçadas. Uma especialidade muito demandada talvez não deva ser um conhecimento restrito, mas de domínio dos profissionais em geral!

A saúde é produto das condições objetivas de vida, as quais são determinadas pela renda e pelo grau de investimento em políticas públicas. A saúde tem a ver também com as condições subjetivas de vida. Isto significa levar em consideração o que se passa com a auto-estima das pessoas e das coletividades, se elas vivem com respeito e com oportunidade de desenvolver suas potencialidades culturais, seus talentos artísticos e esportivos e as relações sociais e políticas em geral.

O “Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS” firmado entre os gestores do SUS (secretários municipais, secretários estaduais e Ministro da Saúde) está constituído por três componentes: O Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do Sul e o Pacto de Gestão do SUS .

O Pacto pela Vida se traduz em objetivos imediatos de controle de doenças e redução de sua ocorrência entre nós, tais como o controle e a redução do câncer da mulher - câncer de colo de útero e câncer de mama em especial - controle das doenças e das mortes na infância com a conseqüente redução da mortalidade infantil, atenção aos portadores de doenças crônicas em especial dos portadores de diabetes e de hipertensão arterial, além da atenção aos portadores de doenças infecto-contagiosas, tuberculose e hanseníase em especial e aos idosos, em geral.

O Pacto de Gestão ratifica o princípio da gestão única por esfera de governo - federativa e republicana - enfatizando a solidariedade entre os municípios, os estados e a União e promovendo a gestão regional cooperativa. Saúde é uma política de Estado a que os governos devem respeito e obrigações inadiáveis e intransferíveis. Cada gestor deve se responsabilizar pelo cuidado de sua população - dado que todos podemos adoecer e morrer - dos vulneráveis biológica, psíquica ou socialmente, ou seja, os que por razões de ordem biológica, psíquica ou social são mais suscetíveis às doenças e à fatalidade da morte.

Esta responsabilidade pela saúde deve, porém, ser sustentada por uma capacidade financeira, técnica e administrativa, apoiada sempre que necessário pelos gestores regional e nacional, baseando-se no entendimento de que é no cotidiano da existência de cada um que se desenvolvem a saúde e a doença e esse é o local privilegiado de ação e intervenção do poder público, a começar pelos municípios e suas equipes profissionais.

O Pacto pelo SUS significa juntar esforços para dar sustentação a um modelo de política de saúde baseado na universalidade do direito à saúde integral e distributiva, isto é, sem discriminação negativa e sem privilégio de qualquer um. O nosso sistema de saúde foi uma conquista histórica dos cidadãos brasileiros, depois de quase um século de lutas sociais desde a Proclamação da República (1889 - 1988).



Em que pese a forte importância que possamos atribuir à dimensão biológica da vida humana, por razões óbvias, na medida em que padecemos de males ainda não erradicados ou controlados, as denominadas “situações persistentes”, devemos assinalar que a sociedade, embora merecedora de mais e melhor saúde, é a própria causadora de doença e mal estar, ou seja, as “chamadas situações emergentes” que tanto nos preocupam. Para exemplificar cita-se uma situação persistente, a dengue que apresenta epidemias sazonais, mais ou menos extensas, como acabamos de verificar no Estado do Mato Grosso do Sul ou na cidade de Maringá.

Uma situação emergente é a escalada da violência como causa de sofrimento e morte. Os acidentes de trânsito no Brasil matam dezenas de milhares de pessoas sadias ou deixam seqüelas para toda a vida nos que sobrevivem, além dos gastos exagerados para atender as vítimas com ou sem resultados favoráveis. A violência armada não mata apenas os contendores em confronto, quadrilhas inteiras, mas também policiais civis e militares, agentes de segurança em geral e inocentes, em número cada vez maior, como no Rio de Janeiro e outras capitais brasileiras e até mesmo nos povoados mais pacatos deste país.

O que fazer perante a sociedade perplexa sob tais ameaças, persistentes ou emergentes, sem que ela possa tomar parte das iniciativas e das decisões mais indicadas para enfrentar problemas crescentes em quantidade e em complexidade?

E mesmo que tivéssemos um horizonte muito favorável, sem a curva ascendente de mortes de pessoas sadias na flor da idade, quando poderiam estar desfrutando a vida e retribuindo à sua própria família e à sociedade, não seria razoável que uma sociedade assim desenvolvida tomasse parte na decisão e no controle das ações do Estado?! Ter saúde exige cuidado e atenção, mas acima de tudo responsabilidade e escolha. Não é possível prometer a salvação para uma população que sequer participa da discussão e da tomada de decisões.

Por outro lado, os recursos gerados pela atividade produtiva nacional são e serão limitados, por mais que cresçam, terão sempre um limite. E assim, os recursos para a saúde serão igualmente limitados. O Brasil já gasta mais de 8% do Produto Interno Bruto com saúde, arrecadados pelos governos municipais, estaduais e federal, por meio de impostos e contribuições. A saúde representa um mercado anual de mais de 150 bilhões de reais.

Educação, Transporte, Moradia, Segurança, Justiça, Cultura, Ciência e Tecnologia são também imprescindíveis a uma nação que pretende ser saudável. E todas essas áreas exigem a participação do orçamento público, e da sociedade igualmente, não só na sua sustentação, também no controle e no acompanhamento das ações, especialmente se elas são efetivas e eficazes na promoção da justiça social.

É preciso estimular que a sociedade seja mais responsável e conseqüente no trato com o meio ambiente, com o ambiente de trabalho, de lazer e o espaço público em geral e, especialmente com o ambiente domiciliar.

É urgente adotarmos um padrão de desenvolvimento econômico e social que garanta a inclusão de todos os brasileiros, promovendo a garantia do



direito a uma vida digna, do direito de nascer e crescer com saúde, do direito de estudar e aprender uma profissão, do direito à alimentação sadia, ao transporte e à moradia, do direito ao trabalho, ao lazer e à cultura, podendo ir e vir com segurança por toda parte.

Desenvolvimento potencial 6: acompanhamento interno e auto-avaliação

O processo de auto-avaliação requer um acompanhamento sistemático de dados dos cursos, induz a análise reflexiva sobre o cenário atual dos mesmos, obtém manifestações sobre o nível de cumprimento das metas e objetivos dos cursos em consonância com os eixos e vetores do Pró-Saúde, assim como propicia a indicação de ações para corrigir possíveis debilidades internas, quando diagnosticadas. Requer o envolvimento institucional para a realização de etapas deste processo, que incluem a formalização da:

- **comissão de auto-avaliação**, em cuja constituição deverão constar obrigatoriamente representantes de todos os atores envolvidos na operacionalização do projeto. Para a seleção dos membros da comissão deve-se levar em conta capacidades de liderança, competência e legitimidade na comunidade.
- **criação de estrutura formal de apoio** que leve à condução de forma institucionalizada de todas as etapas do processo de auto-avaliação, englobando planejamento, coordenação, execução, análise dos resultados, preenchimento do instrumento de auto-avaliação e elaboração do informe de auto-avaliação.

Os dirigentes têm como compromissos institucionais:

- respaldar todas as ações da comissão de auto-avaliação;
- assegurar o compromisso da instituição com a implementação das ações eventualmente necessárias, resultantes das conclusões finais;
- divulgar seu apoio ao processo.

A motivação é requisito essencial para a auto-avaliação. Desta forma, a estrutura formal responsável pela condução da auto-avaliação deve esclarecer qual a sua função, que o processo é participativo, reafirmando o compromisso de estabelecer metas para correção de rumos.

A comissão de auto-avaliação deve operar com clareza e transparência, durante todo o processo. Findo o processo, recomenda-se a organização de um seminário interno para socializar os resultados.

A existência de uma matriz de acompanhamento interno do projeto, na qual as evidências de avanços de cada vetor são documentadas, auxilia no momento das visitas dos consultores do Pró-Saúde e no de auto-avaliação.



O instrumento de avaliação deve respeitar os eixos e vetores definidos no programa (Parte I do presente documento), que serão avaliados quanto ao conjunto de evidências levantadas, circunstanciadas por indicadores qualitativos ou quantitativos. Deve-se induzir à auto-análise e não a uma listagem de evidências e indicadores.

Para a composição da matriz de acompanhamento sugere-se a utilização de um quadro com 5 colunas dedicadas respectivamente aos Eixos, Vetores, Evidências (estágios), Indicadores e Fontes de Informação; sendo que para as 3 primeiras colunas os conteúdos já foram apresentados na primeira parte do presente documento. Esta matriz terá, então, a seguinte conformação:

EIXOS	VETORES	EVIDÊNCIAS	INDICADORES	FONTES DE INFORMAÇÃO
(Estende-se para baixo com o número de linhas que for necessário)				



GLOSSÁRIO



Eixos - são agrupamentos dos grandes traços ou características referentes aos aspectos dos cursos que em seu conjunto expressem a totalidade dos processos de mudança.

Vetores – subdivisões ou aspectos em que se divide o eixo que, em conjunto, expressam a situação em que se encontra o curso em cada eixo.

Evidências – são ações de qualidade (critérios), atividades passíveis de registro documental, que demonstram e comprovam as mudanças na implementação do currículo nos respectivos vetores.

Indicadores – são medidas, constatações concretas (quantitativas ou qualitativas) relativas a cada uma das evidências. Para cada um dos indicadores são definidos padrões/parâmetros que servem de referência para estabelecer seu nível de cumprimento.

Fontes de informação – referem-se ao conjunto de documentos, bases de dados, entrevistas e outros elementos que proporcionem antecedentes válidos e confiáveis em relação aos indicadores.



REFERÊNCIAS



BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001a. Seção 1, p. 37.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001b. Seção 1, p. 38.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 mar. 2002. Seção 1, p. 10.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei n.º 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*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

_____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB RH SUS)*. 3. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 2.101, de 03 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005b.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 2.118, de 03 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005c.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. *Pró-Saúde: Programa*



Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta n.º 48, de 30 de junho de 2006. Publica a listagem de municípios que fazem jus ao incentivo referente ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde e os respectivos valores financeiros, visando estruturação das unidades de serviço que incorporam atividades de graduação em Medicina, Enfermagem ou Odontologia, constantes do Anexo I a esta Portaria. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 jul. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 649, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as Equipes de Saúde da Família, como parte da Política de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.530, de 22 de dezembro de 2005. Homologa o resultado dos cursos que se candidataram ao Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Brasília, 2005. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2005e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital n.º 01, em 14 de novembro de 2005. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 nov. 2005f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Convocatória Pública n.º. 01, de 16 de novembro de 2005. Convocação para a apresentação de propostas das Instituições de Ensino Superior que desejem participar do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 nov. 2005g.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, 2006c.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. *Evidência clínica*: conciso. Tradução de Ane Rose Bolner. Porto Alegre: Artmed, 2005. 624 p.

BUNGE, M. *La investigación científica*: su estrategia y su filosofía. Barcelona: Ariel, 1973. 85 p.

CALLAHAN, D. *What kind of life: the limits of medical progress*. New York: Simon & Schuster, 1990. 180 p.

CAMPOS, F. E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais das necessidades de Atenção básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-59, 2001.

CAMPOS, F. E.; MAGRO FILHO, J. B. O internato rural. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.3, p. 31-46, 1979.

COLLIERE, M. F. *Promover a vida*. Damaia: Sindicato de enfermeros portugueses, 1989. 80 p.

CURY, G. C. et al. Avaliação Institucional da Extensão Universitária – Avaliação do processo didático-pedagógico do Internato Rural – IR: construção de um modelo para avaliação de experiências de integração universidade – serviço de saúde. In: CORRÊA, Edison José et al. *[Re]conhecer diferenças, construir resultados*. Brasília: UNESCO, 2004. v. 1, p. 19-28.

CURY, G. C.; MELO, E. M. Ensino baseado em pessoas – a experiência da mudança curricular de 1974 realizada pela Faculdade de Medicina da UFMG. *Cadernos da ABEM*, [S.l.], v. 2, p. 46-48, 2006.

DANS, A. L.; DANS, L. F. The need and means for evidence-based medicine in developing countries. *ACP J. Club.*, [S.l.], v. 133, n. 1, p. A11-2, Jul./Aug. 2000.

DUNCAN, Bruce B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600 p.

FERREIRA, J. L. et al. Tendencias de la educación en salud publica. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Desafios para la educación en salud publica: la reforma sectorial y las funciones esenciales de salud publica*. Washington, DC, 2000. p. 73-88.

FERREIRA, J. R. El analisis prospective de la Educación Médica en America Latina. *Educ. Med. Salud*, [S.l.], v. 22, n. 3, 1988.

_____. PROMED – Da Utopia à Realidade. *Boletim ABEM*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 6-8, 2002.

HADDAD, A. E. et al (Orgs.). *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. 15 v., il. tab.



HADDAD, A. E.; MORITA, M. C. O ensino de odontologia e as políticas de educação e saúde. In: CARVALHO, A. C. P. de; KRIGER, L. *Educação odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2006. cap. 11.

HAM, T. H. Medical education at Western Reserve University: a progress report for the sixteen years, 1946-1962. *N. Engl. J. Med.*, [S.l.], v. 267, p. 868-74, Oct. 1962.

HUNT, A. D.; WEEKS, L. E. (Eds.). *Medical education since 1960: marching to a different drummer*. East Lansing, Michigan: Michigan State University Foundation, 1980. 33 p.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. *Revista da ABENO*, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 17-21, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). Tendências da educação superior para o século XXI. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE ENSINO SUPERIOR, 1998, Paris. *Anais...* Brasília: UNESCO, 1999.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Changes in the medical profession and their influence on medical education. Position paper on Latin America presented at the World Conference on Medical Education, Edinburgh, Scotland, August 1993 – [Article in Spanish]. *Educ. Med. Salud.*, v. 28, n. 1, p. 125-38 Jan./Mar. 1994.

PIAGET, J. *A linguagem e o pensamento na criança*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1973. 110 p.

_____. *Biología y Conocimiento*. Madrid, Espanha: Siglo XXI, SA, 1969.

SANDLER, G. The importance of the history in the medical clinic and the cost of unnecessary tests. *Am. Heart J.*, [S.l.], v. 100, n. 6, p. 928-31, 1980.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *Universidade Nova: Reestruturação da arquitetura acadêmica*. [Bahia], 2006. Disponível em: <<http://www.fis.ufba.br/dfes/PDI/Texto%20Universidade%20Nova.htm>>. Acesso em: 8 maio 2007.



ANEXOS

**Anexo A – Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001
(BRASIL, 2001a)****CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR**

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 07 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:

- I - 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; e

II -Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

Art. 4º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

- I - **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- III- **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- IV- **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- V- **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e
- VI-**Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender



e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

- I – atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;
- II – incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;
- III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;
- IV – desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;
- V – compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;
- VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como 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;
- VII – atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;
- VIII – ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;
- IX – reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;
- X – atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;
- XI – responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
- XII – reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;
- XIII – assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.
- XIV – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;



- XV – usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;
- XVI – atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;
- XVII– identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;
- XIII – intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;
- XIX– coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde;
- XX– prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;
- XXI– compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;
- XXII– integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;
- XXIII–gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;
- XXIV–planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;
- XXV–planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;
- XXVI–desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;
- XXVII–respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;
- XXIII –interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- XXIX–utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;
- XXX–participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;
- XXXI–assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde;
- XXXII–cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro; e
- XXXIII- reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.



Parágrafo Único. 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.

Art. 6º 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. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem;

II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - Ciências da Enfermagem - neste tópico de estudo, incluem-se:

a) **Fundamentos de Enfermagem:** os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo;

b) **Assistência de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;

c) **Administração de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e

d) **Ensino de Enfermagem:** os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

§ 1º Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

§ 2º Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

Art. 7º Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatoriais, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

Parágrafo Único. Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem deve incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação.

Art. 14. A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:

- I - a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;
- II - as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;
- III - a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;
- IV - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;
- V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;
- VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro;
- VII - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;
- VIII - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; e
- IX - a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem.

Art. 15. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Enfermagem que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 16. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo
Presidente da Câmara de Educação Superior



**Anexo B – Resolução CNE/CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001
(BRASIL, 2001b)****CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR**

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Art. 4º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

- I - **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- III - **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- IV - **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- V - **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e
- VI - **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.



Art. 5º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

- I - promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- II - atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;
- III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;
- IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;
- V - realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;
- VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicossocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
- VII- diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;
- VIII- reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;
- X - otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;
- X - exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;
- XI- utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;
- XII- reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- XIII- atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;
- XIV- realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;



- XV- conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;
- XVI- lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;
- XVII- atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;
- XVIII- cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;
- XIX - considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;
- XX - ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;
- XXI- atuar em equipe multiprofissional; e
- XXII- manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Parágrafo Único. Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina 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 medicina. Devem contemplar:

- I - conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;
- II -compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
- III -abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;
- IV -compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;
- V - diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica; e



VI -promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

Art. 7º A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

§ 1º O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.

§ 2º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico

e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Medicina deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

- I - Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;
- II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;
- III - incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;
- IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;
- V - inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;
- VI - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;
- VII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e
- VIII - vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.



Art. 13. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 14. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo
Presidente da Câmara de Educação Superior



**Anexo C – Resolução CNE/CES n.º 3, de 19 de fevereiro de 2002
(BRASIL, 2002)****CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR**

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES nº 1.300/2001, de 06 de novembro de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 04 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Cirurgiões Dentistas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Odontologia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Art. 4º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:



- I - **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- III - **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- IV - **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- V - **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e
- VI - **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e



a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

- I - respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;
- II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- III - atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;
- IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como 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;
- V - exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- VI - conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
- VII - desenvolver assistência odontológica individual e coletiva;
- VIII-identificar em pacientes e em grupos populacionais as doenças e distúrbios buço-maxilo-faciais e realizar procedimentos adequados para suas investigações, prevenção, tratamento e controle;
- IX - cumprir investigações básicas e procedimentos operatórios;
- X - promover a saúde bucal e prevenir doenças e distúrbios bucais;
- XI - comunicar e trabalhar efetivamente com pacientes, trabalhadores da área da saúde e outros indivíduos relevantes, grupos e organizações;
- XII- obter e eficientemente gravar informações confiáveis e avaliá-las objetivamente;
- XIII-aplicar conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde na busca de soluções mais adequadas para os problemas clínicos no interesse de ambos, o indivíduo e a comunidade;
- XIV-analisar e interpretar os resultados de relevantes pesquisas experimentais, epidemiológicas e clínicas;
- XV -organizar, manusear e avaliar recursos de cuidados de saúde efetiva e eficientemente;
- XVI-aplicar conhecimentos de saúde bucal, de doenças e tópicos relacionados no melhor interesse do indivíduo e da comunidade;
- XVII-participar em educação continuada relativa a saúde bucal e doenças como um componente da obrigação profissional e manter espírito crítico, mas aberto a novas informações;



- XVIII-participar de investigações científicas sobre doenças e saúde bucal e estar preparado para aplicar os resultados de pesquisas para os cuidados de saúde;
- XIX - buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e necessidades globais da comunidade;
- XX - manter reconhecido padrão de ética profissional e conduta, e aplicá-lo em todos os aspectos da vida profissional;
- XXI - estar ciente das regras dos trabalhadores da área da saúde bucal na sociedade e ter responsabilidade pessoal para com tais regras;
- XXII-reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais;
- XXIII - colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico;
- XXIV - identificar as afecções buco-maxilo-faciais prevalentes;
- XXV - propor e executar planos de tratamento adequados;
- XXVI - realizar a preservação da saúde bucal;
- XXVII- comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral;
- XXVIII-trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde;
- XXIX - planejar e administrar serviços de saúde comunitária;
- XXX - acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão.

Parágrafo único. A formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:

- I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Odontologia.
- II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.
- III - Ciências Odontológicas – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de:



- a) propedêutica clínica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia bucal, semiologia e radiologia;
- b) clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais; e
- c) odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas.

Art. 7º A formação do Cirurgião Dentista deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. Este estágio deverá ser desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Odontologia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Odontologia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Odontologia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Odontologia deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.



§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Odontologia poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Odontologia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Odontologia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A estrutura do Curso de Graduação em Odontologia deverá:

I - estabelecer com clareza aquilo que se deseja obter como um perfil do profissional integral; na sua elaboração, substituir a decisão pessoal pela coletiva. Deverá explicitar como objetivos gerais a definição do perfil do sujeito a ser formado, envolvendo dimensões cognitivas, afetivas, psicomotoras, nas seguintes áreas:

a) formação geral: conhecimentos e atitudes relevantes para a formação científico cultural do aluno;

b) formação profissional: capacidades relativas às ocupações correspondentes; e

c) cidadania: atitudes e valores correspondentes à ética profissional e ao compromisso com a sociedade.

II - aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica; viabilização pela integração curricular; e

III - utilizar metodologias de ensino/aprendizagem, que permitam a participação ativa dos alunos neste processo e a integração dos conhecimentos das ciências básicas com os das ciências clínicas e, instituir programas de iniciação científica como método de aprendizagem.

Parágrafo único. É importante e conveniente que a estrutura curricular do curso, preservada a sua articulação, contemple mecanismos capazes de lhe conferir um grau de flexibilidade que permita ao estudante desenvolver/trabalhar vocações, interesses e potenciais específicos (individuais).

Art. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Odontologia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.



§ 2º O Curso de Graduação em Odontologia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO
Presidente da Câmara de Educação Superior





EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAÁ/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
Brasília – DF, março de 2009

OS 0283/2009