



Cadernos da

SAÚDE COLETIVA

Inovações na formação de sanitaristas

Organizadores

Alcindo Antônio Ferla

Cristianne Maria Famer Rocha

Organizadores
Alcindo Antônio Ferla
Cristianne Maria Famer Rocha

Cadernos da
SAÚDE COLETIVA
Inovações na formação de sanitaristas



1ª edição

Porto Alegre, 2013

Cadernos da Saúde Coletiva

Inovações na formação de sanitaristas

Coordenador Nacional da Rede Unida

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Emerson Elias Merhy

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Rossana Baduy

Vanderléia Daron

João Campos

Márcia Regina Cardoso Torres

Vera kadjaoglanian

Rocineide Ferreira

Julio César Schweickardt

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Becon de Almeida Neto

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Raquel Amsberg de Almeida

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

I58 Inovações na formação de sanitaristas / organizadores: Alcindo Antonio Ferla, Cristianne Maria Famer Rocha. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.
72 p.: il. - (Cadernos da Saúde Coletiva; v.1)

Bibliografia

ISBN 978-85-66659-07-8

1. Educação em saúde 2. Saúde pública 3. Sistemas de saúde 4. Sistema Único de Saúde I. Ferla, Alcindo Antônio II. Rocha, Cristianne Maria Famer III. Título IV. Série

NLM WA18

A FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE: REFLEXÕES E UM COMEÇO DE CONVERSA

Alcindo Antônio Ferla
Ricardo Burg Ceccim¹

As políticas nacionais de *educação* e de *educação na saúde* vêm induzindo processos de mudança na formação dos profissionais da chamada Área da Saúde, não apenas às profissões relacionadas na Tabela de Áreas do Conhecimento da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior – Capes, mas às profissões com forte ou moderada atuação no setor. A direção desses processos de mudança, mais que relativa às orientações sobre a distribuição da carga horária e sobre os conteúdos de ensino obrigatório, corresponde à implementação de diretrizes curriculares nacionais e ao debate sobre perfil dos egressos da educação superior. No caso da saúde, essas diretrizes foram resultantes de um movimento social de mudanças nessa própria área, organizada no país como Sistema Único de Saúde (SUS) e com registro de diversos movimentos sociais de mudança na graduação.

Um histórico desses processos foi sumarizado pelos pareceres e resoluções do Conselho Nacional de Educação que propuseram e aprovaram as diretrizes curriculares nacionais em processo que se estendeu de 1997 a 2001. Os diversos pareceres e resoluções que envolvem cursos da área da saúde estão listados no quadro anexo, incluindo os endereços eletrônicos para o acesso aos mesmos, facilitando uma análise em maior profundidade quanto às especificidades de cada profissão.

Utilizamos, para efeitos de nossa reflexão e conversa, o Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, que inclui os cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição e as Resoluções CNE/CES nº 03, 04 e 05/2001, dos respectivos cursos, naquilo que corresponde às *competências e habilidades gerais* de tais profissões, que são idênticas entre si e desenham, pela primeira vez um conceito de Área. As competências e habilidades gerais dizem respeito à área, enquanto as competências e habilidades específicas dizem respeito às profissões em particular.

Uma primeira noção de Área foi utilizada pelo Ministério da Educação ao chamar o Edital de confecção das Diretrizes Curriculares Nacionais, onde um dos agregados foi “Ciências Biológicas e da Saúde”, reconhecendo a Tabela de Áreas do Conhecimento da Capes. Uma noção complementar foi utilizada pelo Conselho Nacional de Educação quando articulou Área de Conhecimento e Área de Atuação, desdobrando particularidades às profissões que se apresentam diversamente entre Área de Conhecimento e Área de Atuação, como a Educação Física, que deve contemplar a formação para atuação em setores como a saúde, o esporte e a educação, sem predomínio de atuação na saúde, embora ciência da saúde. Outras profissões se enquadram em áreas de domínios conexos entre ciências da saúde e as ciências biológicas, ciências humanas, ciências sociais aplicadas e ciências agrárias, complexificando esse debate e conversa.

Como foco da presente discussão sobre a reorientação da formação na Área da Saúde e a presença da Saúde Coletiva, reconhecemos o agregado que coincide Áreas do Conhecimento, uti-

¹ Professores do Curso de Análise de Políticas e Sistemas de Saúde – Bacharelado em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

lizando a Tabela da Capes (versão de 1984, atualmente em vigor) e o Edital MEC nº 04/1997 (relativo às Diretrizes Curriculares Nacionais) e Área de Atuação, utilizando os Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde/Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde (ProgeSUS), de 2007. A área da Saúde Coletiva que consta da Tabela da Capes, não constou no Edital MEC por não representar, à época, curso de graduação, tendo constado nos Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde por representar ocupação profissional no sistema de saúde.

A classificação das Áreas do Conhecimento, para o setor da Educação (há diferença no setor na Ciência e Tecnologia), apresenta uma hierarquização em cinco níveis, que vão do mais geral aos mais específicos, abrangendo 09 Grandes Áreas, 79 Áreas e 344 Subáreas do conhecimento, além de Especialidades. Na Grande Área da Saúde, consta a Área da Saúde Coletiva, que contempla Subáreas e Especialidades. Uma especialidade como a Biomedicina (Ciências Biológicas – “Modalidade” Médica), em todas as versões da Tabela de Áreas do Conhecimento (a primeira é de 1976, as seguintes são de 1982 e 1984) dentre as Ciências Biológicas, foi reconhecida como profissão em 1979. Com a Saúde Coletiva, iniciada no ensino de graduação a partir de 2008, acontece de encontrarmos cursos identificados com a Área, especificamente uma de suas Subáreas ou, ainda, suas Especialidades. Tentaremos, então, contribuir à compreensão dos cursos de graduação na área da Saúde Coletiva, mas, em especial, do curso de Análise de Políticas e Sistemas de Saúde – Bacharelado em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Será feita uma análise descritiva das recomendações curriculares e de perfil de egresso, segundo alguns recortes considerados importantes para o objetivo das Diretrizes Curriculares para a Área da Saúde. Destacamos como Área da Saúde, então, aquele escopo das Diretrizes Curriculares que institui um artigo em comum ao grupo, o Art. 4º – Competências e Habilidades Gerais em Saúde e um Parágrafo Único ao Art. 5º – Competências e Habilidades Específicas da Profissão, onde é registrado que todas as competências e habilidades próprias da profissão ficam submetidas à apropriação do sistema de saúde vigente no país, ao trabalho em equipe de saúde e à integralidade da atenção. Citamos o Parágrafo Único, do Art. 5º das Diretrizes Curriculares Nacionais dos já nominados cursos de Enfermagem, Medicina (texto idêntico para os cursos de Odontologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional) e Nutrição, mais o curso de Farmácia para contemplar as diversas redações do grupo de profissões da Área de Conhecimento da Saúde (as respectivas Resoluções encontram-se no Anexo 1):

- Enfermagem

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.

- Medicina (igual para Odontologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional)

Parágrafo único. A formação do médico [cada profissional] 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.

- Nutrição

Parágrafo Único. A formação do nutricionista deve contemplar as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS).

- Farmácia

Parágrafo único. A formação do Farmacêutico deverá contemplar as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de

Saúde (SUS).

Os cursos da Área da Saúde Coletiva são cursos novos, ainda sem diretrizes curriculares nacionais, por isso a UFRGS utilizou-se do debate e da construção e embasamento do grupo de profissões de identificação com o núcleo do conhecimento e da atuação na saúde, ou seja, competências e habilidades específicas em identidade com o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe de saúde e a integralidade da atenção, além das regulações próprias ao setor da saúde, representado pelas normativas geradas ao trabalho, formação, pesquisa e desenvolvimento no Sistema Único de Saúde.

Histórico

O Parecer CNE/CES nº 1.133/2001 introduz o debate sobre a necessidade de um novo quadro normativo para o ensino de graduação na saúde a partir dos principais marcos conceituais introduzidos pelos setores da Saúde (Constituição Brasileira, Leis Orgânicas da Saúde, Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde e Leis de Exercício Profissional em Saúde) e da Educação (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Plano Nacional de Educação e Jurisprudências do CNE e do MEC), bem como documentos básicos da responsabilidade social e relevância pública de ambas as áreas. A importância dessa “introdução” é o reconhecimento explícito de uma articulação entre as áreas, inédito na história nacional, assim como o reconhecimento de “área” ao grupo de cursos que forma profissionais para o setor da saúde, como previa o Art. 200, da Constituição Federal.

A metodologia utilizada para a construção das diretrizes, no caso da área da saúde, incluiu a análise de experiências prévias de mudança na formação, iniciativas isoladas com registro de sucesso nas inovações em saúde e um processo participativo que envolveu uma ampla gama de entidades e fóruns da área, além do próprio Conselho Nacional de Saúde. O saldo é relevante para o conceito de Área às profissões da saúde, não apenas uma formação específica em cada profissão, mas uma formação generalista no campo. A relevância é tal que mesmo cursos de outras áreas do conhecimento, com forte ou moderada atuação no setor da saúde, perfilaram suas diretrizes curriculares nacionais às diretrizes do “campo” da saúde. A diferença no “campo” fica reduzida para as áreas com domínios conexos ou relativamente às várias sub-áreas e especialidades, devido à necessidade da interdisciplinaridade em conhecimentos complexos. Tendo em vista o formato das Diretrizes Curriculares Nacionais, escolhemos o debate da identidade no Art. 4º e no Parágrafo Único do Art. 5º.

Diretrizes Curriculares Nacionais como estratégia para a mudança no ensino

A proposição de diretrizes curriculares nacionais – como estratégia de orientação às mudanças no ensino – está, em primeiro lugar, na mudança da noção de “currículo mínimo” ou “obrigatório” para a noção de “diretrizes”. Esta mudança é definida e argumentada no Parecer da seguinte forma:

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisoões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (Parecer CNE/CES nº 1.133, grifo nosso).

Vê-se que há uma escolha por sair da distribuição de conteúdos e carga horária predefinidos em grades curriculares, abandonar o desenho de cursos iguais (independentemente de região de inserção e do compromisso local com intervenções sensíveis à presença do ensino e pesquisa universitários) e assumir a interação criativa entre docentes e destes com seus aprendizes de modo que a formação diga respeito à ciência, mas especialmente às interações de aprendizagem.

O desafio que essas diretrizes colocam é à capacidade de invenção institucional e à capacidade de ensinar e aprender ativamente. O parâmetro deve ser o do desenvolvimento de competências/habilidades profissionais em substituição ao atestado de cumprimento das jornadas de estudo em conhecimentos e práticas comprovados por notas e presenças. Esta exigência troca de lugar, de uma noção formal e cartorial para um compromisso recíproco entre docentes e discentes, assim como da instituição de ensino. A proposição de diretrizes para orientar a formação parte do reconhecimento da grande diversidade de cenários do país e de que isso não é um problema, ao contrário, trata-se da potência de diferir, inovar, criar e aprender a aprender. De toda forma, o reconhecimento de que há diversidade de campos de atuação profissional, com recortes territoriais e culturais, representa um grande avanço na forma como políticas nacionais induzem à organização da formação. Há que se garantir, portanto, que conhecimentos e práticas expressivos de cada campo do saber e cada núcleo profissional estejam assegurados. Não é porque o campo da cultura é relevante para a saúde que a formação em saúde se fará no campo da cultura ou que profissões da cultura serão formadas no campo da saúde. Mesmo que a antropologia seja relevante à saúde, seu campo é o das ciências humanas, não o da saúde. Mesmo que a saúde coletiva requeira a antropologia em sua formação, seu campo é o da saúde, não o das ciências humanas. Quanto ao núcleo de conhecimentos, a mesma coisa, não é possível que o enfermeiro desconheça práticas educativas em saúde, que o médico desconheça a patognomonía das doenças, que o nutricionista desconheça o aporte de energia e nutrientes dos alimentos ou que o sanitarista desconheça análise de sistemas e políticas de saúde.

É necessário que a formação se utilize das melhores capacidades locais e da plena interface com os sistemas de saúde, mas há uma mudança conceitual importante também no que se define como resultado da formação em graduação: não mais um protótipo serializado, mas um sujeito com capacidade de atuação criativa e protagônica nos cenários do sistema de saúde, inclusive com capacidade de aprender continuamente em contato com o chamado “mundo do trabalho”. De acordo com o referido Parecer, é necessário que os cursos contemplem:

(...) elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Esta competência permite a continuidade do processo de formação acadêmica e/ou profissional, que não termina com a concessão do diploma de graduação (Parecer CNE/CES nº 1.133, grifos nossos).

Para cumprir com essas expectativas, o Parecer CNE/CES nº 1.133 define como princípios das Diretrizes Curriculares Nacionais:

- Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas;
- Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando, ao máximo, a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos. A Comissão da CES, baseada neste princípio, admite a definição de percentuais da carga horária para os estágios curriculares nas Diretrizes

Curriculares da Saúde;

- Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação;
- Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;
- Estimular práticas de estudo independente, visando uma progressiva autonomia intelectual e profissional;
- Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada;
- Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão;
- Incluir orientações para a conclusão de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados e sirvam para informar às instituições, aos docentes e aos discentes acerca do desenvolvimento das atividades do processo ensino-aprendizagem.

Não presenciamos uma mudança sutil ou de aparência aos processos de formação, conforme aquilo que está proposto e definido formalmente pelas Diretrizes. Ao contrário, trata-se de uma mudança profunda, com grande implicação no modo de ensinar e aprender e no modo de gerir o ensino e a aprendizagem. Portanto, um grande desafio para todos nós que compomos segmentos do trabalho, formação e pesquisa na saúde. Não se trata de tornar o ensino refém do sistema de saúde (invertendo a equação existente até então), mas de constituir relações de pertencimento, com capacidade de construir mudança nos aspectos em que é insuficiente e de produzir conhecimentos úteis e capazes de tornar mais densas as práticas de gestão, cuidado, escuta social e ensino no seu interior. Trata-se do desafio de constituir nas práticas de ensino na saúde a noção de corresponsabilidade com a atenção, com a gestão e com a participação na saúde².

Uma boa evidência do tamanho desse desafio diz respeito às características do trabalhador da saúde que devem ser fomentadas no processo de formação. As normas atuais desprendem-se da proposta de moldar identidades profissionais definidas pelas disciplinas e pelas áreas de conhecimento e apostam radicalmente na interferência recíproca entre a educação (o ensino/pesquisa) e a saúde (a atenção/gestão). As Diretrizes buscam reformar a articulação entre a Educação Superior e o Sistema de Saúde, com o objetivo de produzir uma

(...) formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade (Parecer CNE/CES n° 1.133).

Para fortalecer essa articulação, o Parecer CNE/CES n° 1.133 registra alguns conceitos legais de caráter seminal para a saúde, inclusive o conceito ampliado de saúde, as diretrizes do sistema de saúde e alguns princípios da regulamentação do setor:

- A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196 da Constituição Federal de 1988);

² Essa configuração de implicações recíprocas entre ensino, gestão, atenção e participação foi denominada por Ceccim (CECCIM & FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005) como “quadrilátero da formação”, é um conceito-chave da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e traz contribuições muito relevantes para pensar na formação dos profissionais de saúde.

- As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes (Art. 198 da Constituição Federal de 1988):

- I – descentralização;

- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

- III – participação da comunidade.

- O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (Art. 4º da Lei 8.080/90). Parágrafo 2º deste Art.: A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

- São objetivos do Sistema Único de Saúde (Art. 5º da Lei 8.080/90):

- I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

- II – a formulação de política de saúde;

- III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

- As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios (Art. 7º da Lei 8.080/90):

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

- II – integralidade de 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 – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

- X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

Parece desnecessário para o objetivo deste texto o aprofundamento da discussão sobre cada um desses “disparadores”. O que interessa é destacar que a presença nominada e detalhada desses conceitos no Parecer gera a evidência de que eles devem mobilizar e transversalizar toda a formação. Está claro para todos nós que isso não ocorre no conjunto da formação, para o conjunto dos cursos, sequer fazem parte do cotidiano dos docentes e discentes, preservadas as exceções de muitos cursos em diferentes profissões, que gostariam de novos subsídios normativos para preservarem seus esforços criativos. Resta o grande desafio que não pode estar distante de quem quer ensinar: estar aberto à aprendizagem!

Para complementar ainda mais a tendência que está descrita até agora, é importante compreender o que está estabelecido como objeto e como objetivo das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde. Como objeto das Diretrizes, ficou estabelecido:

(...) permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação, pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no

Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (Parecer CNE/CES nº 1.133).

Como objetivo das Diretrizes Curriculares para os cursos da saúde, o Parecer define:

(...) levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a **aprender a aprender** que engloba **aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer**, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (Parecer CNE/CES nº 1.133, grifos nossos).

Uma vez mais é preciso registrar duas situações claras: a distância que ainda estamos dessas situações enunciadas e o grande desafio que temos de assimilar esses conceitos e construir tecnologias compatíveis com a nossa realidade e capazes de alavancar mudanças no nosso curso na direção apontada pelas normas em vigor. A educação teria de articular a “formação” (construção de modos de ser/estar), a “qualificação” (domínio dos referenciais de intervenção técnico-científica) e, ainda, a “capacidade de interagir” (fazer-se questões permanentemente). A leitura e análise do que se denomina naquele Parecer como “competências e habilidades gerais” nos auxilia na compreensão do campo da saúde como transversalidade às diferentes formações. No caso da reflexão sobre a formação de diretrizes para a graduação em Saúde Coletiva, desafia-nos à constituição de capacidades profissionais específicas, uma vez que é visível desse “núcleo” uma grande transversalidade nas demais profissões.

Como se viu nas definições do Parecer CNS/CES nº 1.133/2001, a formação na área da saúde deve ter como objetivo dotar os profissionais de condições para o desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. As competências e habilidades gerais para a atuação em saúde (ou seja, as condições de ser e estar em equipe, de maneira interdisciplinar e intersectorial) - que os cursos da saúde devem desenvolver - compõem o texto do Art. 4º da Resolução e estão definidas como:

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 de-

verão 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. (Resolução CNE/CES n° 3/2001).

Desafios para a formação em saúde coletiva no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais

O contexto de emergência e de configuração das diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde constituem desafios importantes para as modelagens pedagógicas da formação. Listar-se-á alguns desafios transversais às profissões na saúde.

Conceito ampliado de saúde

São inúmeras as variações sobre o conceito de saúde que foram sendo construídas nos últimos anos. As diretrizes para a mudança no ensino da saúde apontam o conceito ampliado de saúde, que está registrado na Constituição brasileira de 1988, como o conceito que deve embasar o ensino. Isso significa uma quebra com o conceito utilizado nas vertentes da biopolítica ou medicalização, na oposição entre tratamento e prevenção e na utilização acrítica de conceitos universais e idealizados, como aquele que esteve na base da criação da Organização Mundial da Saúde na metade do século passado, que definiu saúde como o “estado” de “completo bem-estar físico, mental e social”. A saúde, no conceito “ampliado”, tal como a legislação brasileira assinala, não se trata de “estado”, mas uma “situação” a ser analisada.

A saúde configura um processo associado aos *modos de andar a vida* das pessoas, diz respeito à qualidade de suas vidas, individualmente e nos coletivos de que fazem parte, diz respeito à capacidade que têm de produzir mudanças no cotidiano para torná-lo melhor para se viver, aos mecanismos que utilizamos para lidar com a dor e o sofrimento causados pelas doenças, aos efeitos das políticas sociais no cotidiano privado, institucional ou coletivo e assim, narrativamente, sobre a vida que levamos e nossa potência de criação e vigor. Esse conceito também fala da capacidade que profissionais e serviços de saúde têm para interferir no sentido de aumentar a qualidade da vida em cada contexto singular em que um usuário ou um coletivo expressam necessidades de saúde³ e, portanto, de reconhecer essas necessidades para além de sinais e sintomas individuais, convertidos em uma história natural ou patologias descritas na literatura. Uma primeira consequência desse conceito é que o usuário do cuidado não pode mais ser simplesmente um paciente, que recebe passivamente procedimentos, informações e ações assistenciais. Sendo um cidadão, detentor do direito de pedir e receber ações e serviços

3 Sobre as implicações da categoria “necessidades de saúde” no trabalho e no ensino em saúde sugere-se o artigo de Cecilio & Matsumoto (2006).

que ampliem sua qualidade de vida, precisa ser compreendido na sua integralidade⁴, detentor do direito de ter direitos.

No que se refere à nossa responsabilidade docente de gerir e implementar o ensino das profissões da saúde, esse conceito ampliado de saúde traz profundas implicações. Na análise dos planos de ensino – assim como nas análises em geral sobre o ensino na saúde – o conceito amplamente prevalente ainda é o de uma saúde tomada em sentido negativo, pelos afastamentos de uma norma tomada em referência e que definiria o que e quando é saudável. A doença e seus sintomas ou o “outro” em sua expressão de aflições, sofrimentos ou dores em um portador de anormalidades. O primeiro desafio é produzirmos uma quebra desse conceito na nossa subjetividade, que não é uma tarefa fácil já que o ensino das profissões têm sido há muitos anos – todos nós docentes hoje seguramente ainda somos egressos dessa formação – um processo de construção de subjetividades embasado num ideal corporativo e tecnológico de profissão, cuja ação mais legítima é o combate especializado aos sinais, sintomas e doenças.

É preciso destacar que essa postura marca um distanciamento dos valores que “fabricaram” a própria profissão de enfermeiro, médico ou nutricionista, ou seja, de um lugar de diagnosticar e prescrever (sob suas diferentes formas), ao lugar de detectar e construir qualidade de vida e acesso ao cuidado a todo cidadão que dele necessitasse. O segundo grande desafio, uma vez que tivermos conseguido nos desvencilhar da ideia de que o cuidado em saúde é meramente o combate às doenças, é tomarmos, então, a saúde como objeto do cuidado: a saúde como processo complexo, dinâmico e mutável, com características históricas e sociais, com consequências na vida dos indivíduos, como processo subjetivo (relacionado ao plano dos afetos), cujas aflições, dores e sofrimentos têm efeitos particulares na vida de cada um e consequências singulares nos coletivos.

Sem abrir mão de termos grande capacidade de operar com “evidências” no conhecimento e abordagem das doenças, é preciso inserir, de forma substantiva, a capacidade de escuta e geração de práticas com base em mais evidências que aquelas da “biomedicina”, isto é, também com aquelas relativas ao conhecimento em humanidades e sociedade, inclusive com profundo respeito à autonomia e à participação do usuário no diagnóstico e prescrição (um processo bastante complexo e bastante mais contemporâneo). Embora a saúde como um todo – ao contrário do “recorte” das doenças bem estruturadas – não seja tão sensível a receitas e a modelos de abordagem, a transposição do modelo da doença (história natural) para a saúde (história singular) no trabalho de tratar, cuidar e escutar e de ensinar vem sendo feito com as abordagens da Integralidade (LAPPIS), da Promoção da Saúde (Ayres), das Práticas Cuidadoras (Merhy; Franco) ou de uma Clínica Mestiça ou Clínica Híbrida (Ceccim; Ferla; Ceccim & Ferla), talvez de uma Clínica do Território (Medeiros) ou Clínica da Saúde Coletiva (Ceccim) que procuram destacar a promoção da saúde, associar a promoção à assistência e à reabilitação, entender o cuidado como uma rede de práticas que constituem sistemas de cuidado, compreender o cuidado como um conjunto de práticas embasadas na integralidade.

Parece-nos fundamental que cada professor e cada área busque analisar criticamente o conceito de saúde que está subjacente a seus planos e práticas de ensino e procurem desenvolver estratégias para o conceito ampliado de saúde, contribuindo com ações inovadoras e experiências “atuais”. Não há como cuidar das pessoas e suas doenças ou qualidade de vida se não soubermos conhecer e entender a linguagem das sensações, do desejo e dos sintomas.

4 O conceito de integralidade aqui engloba variáveis biológicas, psicológicas, sociais, antropológicas, culturais e subjetivas. O que significa que a compreensão que está registrada inclui a capacidade de escuta qualificada. A expressão “escuta à vida” traduziria operacionalmente esse desafio (CECCIM & CAPOZZOLO, 2004; FERLA 2007) na medida em que teria a capacidade de perscrutar a complexidade e a produção de subjetividade com pessoas, coletivos e instituições. Essa escuta e a resposta com base na integralidade somente seriam possíveis com a gestão do cuidado sendo operada radicalmente com tecnologias leves e centrada no usuário (MERHY, 2006).

Os quadros de adoecimento mais graves hoje em dia não são bem estruturadas (neoplasias, tabagismo, obesidade, diabetes, hipertensão, uso de drogas e Aids, por exemplo) e, mesmo diante de quadros bem estruturados são frequentes o abandono do tratamento, a não adesão, a culpabilização e individualização e a “recaída”. Uma parcela significativa e crescente da população, como adolescentes e idosos, tem estado fora dos sistemas e serviços de saúde.

Gestão do cuidado e suas tecnologias

Como consequência da transposição conceitual que foi abordada no item anterior, o cuidado em saúde vem tendo transformações importantes, ainda distantes da maior parte dos processos de formação de profissionais. Nas abordagens mais associadas à racionalidade científica moderna ou “razão médica” (LUZ, 2004), o cuidado em saúde está associado à capacidade de identificar objetivamente as evidências de sinais e sintomas do indivíduo doente, de classificar essas evidências em doenças e de aplicar as melhores técnicas disponíveis para cada enfermidade/quadro clínico⁵. Essa abordagem normalmente é classificada como centrada na técnica e no procedimento, já que esses são os planos mais relevantes para “gerir” o cuidado. A “decisão” sobre o que deve ou não ser feito é derivada da própria técnica, tendo o profissional a necessidade de deter e operar os conhecimentos mais densos do ponto de vista da “razão médica”. Nas novas abordagens, esse conjunto de capacidades é apenas parte do cuidado e, muitas vezes, sequer a parte mais importante, uma vez que os problemas de saúde tendem a ser diferentes das doenças bem estruturadas, cada vez mais de amplo domínio da população e das mídias. Sem problema, espera-se, pois é real a elevação dos saberes científicos de maneira geral em toda a população. Trabalhamos pra isso na universidade com todo tipo de iniciação científica e popularização da ciência.

Existe a necessidade de uma grande mudança na própria compreensão do que seja o cuidado, a gestão da clínica, a análise de situações de saúde, o desenvolvimento de trabalhadores e a avaliação de resultados e satisfação dos usuários. Tendo um conjunto tão ampliado de abordagens (muito além da oferta de procedimentos da “razão médica”), o cuidado em saúde não pode mais ser embasado apenas em conhecimentos da biopolítica/biomedicina e, como consequência, não podemos ter processos de decisão pautados somente pela técnica e pelo próprio conhecimento em condutas, procedimentos e medicamentos. A gestão do cuidado passa a ser uma demanda importante de decisão do profissional, em oposição à aplicação da própria técnica e das “melhores evidências científicas”. O profissional precisa ampliar sua capacidade da simples aplicação da técnica para a de “tomar decisões” com base num conjunto complexo de evidências, inclusive da técnica. Assim, a capacidade de gerir a clínica torna-se um problema teórico e prático tanto para o cotidiano dos serviços como para o ensino das profissões.

As abordagens mais recentes e o embasamento das atuais diretrizes de mudança do ensino tomam esse problema propondo compreender o cuidado como *processo de trabalho*⁶. As-

5 Em natural, racional, social, Madel Luz aborda a racionalidade científica moderna e revela uma “razão médica” em seu desdobramento, dominando o fazer em saúde e os conceitos sobre vida e saúde (LUZ, 2004). Madel Luz desenvolveu o conceito de “racionalidades médicas”, localizando a biomedicina, mas também outros “sistemas médicos complexos”, como a homeopatia, a medicina tradicional chinesa, medicina ayurveda e a antroposofia, além do conjunto de práticas tradicionais indígenas, africanas e fitoterápicas, complementares, por exemplo (Luz (2005).

6 Emerson Merhy é um dos autores com farta produção nessa abordagem para a área da saúde. Utilizando-se de referenciais teóricos da área das ciências humanas, em particular da analisando práticas do trabalho e de pensamento, esse autor amplia a capacidade de análise sobre o cuidado, sobre as lógicas que procuram organizar o cuidado e sobre as tecnologias utilizadas para geri-lo e produzi-lo no cotidiano das instituições. A produção desse autor permite perceber particularidades do trabalho em saúde que as análises embasadas nos referenciais mais clássicos da área não identificavam. Para Merhy, o trabalho em saúde é essencialmente criativo e mediado pelas relações entre os trabalhadores e usuários, o que faz com que classifique esse como um “trabalho vivo em ato”. Sobre os principais conceitos dessas análises, ver especialmente Merhy (1997) e Merhy (2002).

sim compreendido, o problema teórico de como gerir a clínica (e como ensinar a gestão do cuidado) pode ser resolvido, por exemplo, com a identificação de que tipos de tecnologias⁷ são necessárias/ofertadas em cada momento do trabalho e que redes de cuidado são ofertadas (onde estão, como foram distribuídas, como são coordenadas). A singularidade do trabalho em saúde estaria em um conjunto de habilidades e competências dos profissionais (de cada um individualmente e na composição do trabalho em equipes de saúde, assim como no investimento em redes de cuidado) para estabelecer relações singulares e suficientemente fortes com a construção de práticas cuidadoras e promoção da saúde. Assim, teríamos uma política e uma prática de cuidado não mais centrada na técnica, mas centrada no usuário⁸. Os desafios para o ensino compatível com as mudanças acenadas incluem o desenvolvimento da capacidade de escuta, de humanização, da identificação de fatores que condicionam e determinam certas formas de organizar o trabalho de cuidar, de administrar conflitos e divergências de interesses nas práticas de saúde e tomar decisões com base na ideia do direito à saúde do usuário, de analisar os efeitos financeiros e assistenciais das diferentes técnicas de cuidado etc..

Educação Permanente em Saúde como dispositivo para a aprendizagem

As disposições legais para o ensino estabelecem um conjunto de capacidades para o exercício profissional que são do âmbito da relação entre formação e cotidiano do trabalho. Ao contrário do sentido que se utiliza com alguma frequência, a educação permanente em saúde não significa – a exemplo da educação continuada – a reunião e oferta de metodologias para a renovação de conhecimentos que se especializaram e aprofundaram. Trata-se de um movimento de colocar em análise saberes de que dispomos, estratégias com que os operamos e interrogação sobre aqueles saberes que dos nossos divergem ou os questionam. Cabe à educação permanente perguntar sobre a arquitetura de saberes e todas as formas e colocá-los em prática, de questionar a insuficiência de recursos para sanar problemas práticos e considerar quais atores da prática ou dos saberes, pertencentes às nossas relações, portam outras explicações e outros caminhos e convidar ao engendramento de novidades/desafios.

Não se trata da alocação de técnicas de ensino-aprendizagem, mas de estratégias de pensamento ou de problematização, que fazem emergir situações vividas no cotidiano como saberes tácitos e relevantes, assim como a construção de intervenções inovadoras e produção de arranjos inéditos de conhecimentos e práticas. A educação permanente em saúde, que é também uma política do sistema de saúde, é uma prática de ensino e aprendizagem baseada na “produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base para a interrogação e mudança” (CECCIM & FERLA, 2006, p. 107).

Para o ensino de graduação, a incorporação da educação permanente em saúde significa utilizar estratégias problematizadoras para o ensino (assim como todas as demais consequências do

7 Emerson Merhy (2002) nos alerta de que há uma transposição conceitual corrente que reduz o sentido da expressão “tecnologias” para “equipamentos tecnológicos”. O autor propõe uma tipologia operacional que devolve a esse conceito sua abrangência. Assim, classifica como tecnologias duras os equipamentos e outras ferramentas tecnológicas; tecnologias leve-duras os saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia, que frequentemente “disciplinam” as práticas dos profissionais; e as tecnologias leves, que são todos os recursos que entram em cena para produzir a relação que se estabelece entre os sujeitos no momento do cuidado, desde as interações afetivas até as decisões sobre quais ações de cuidado serão ofertadas ao usuário singular que está sendo cuidado.

8 Uma metáfora utilizada por Merhy (2002) provavelmente ajude a compreender de forma adequada esse conceito. O autor propõe que compreendamos as diferentes naturezas tecnológicas armazenadas em diferentes valises: uma valise com as tecnologias duras nas mãos dos profissionais, uma valise com as tecnologias duras na cabeça dos profissionais (os conhecimentos estruturados induzem à decisão) e uma valise com as tecnologias leves, por toda a pele, na relação entre o profissional e o usuário.

conceito de ensino problematizador, inclusive a revisão dos papéis de educadores e educandos e a implicação com os cenários de aprendizagem), assim como buscar a aprendizagem significativa (assentada nas experiências e vivências dos alunos e provocadora da vontade de aprender mais), ou seja, significa produzir estratégias de ensino-aprendizagem embasadas “na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo” (CECCIM & FERLA, 2006, p. 107). Levado à radicalidade indicada nas Resoluções CES/CNS nº 3, 4 e 5, que apontam o *aprender a aprender* como uma capacidade do enfermeiro, do médico e do nutricionista, a implicação da educação permanente em saúde no planejamento e na gestão do ensino significa um processo de interrogação constante sobre o ensinar e o aprender, sobre os cenários em que isso se desenvolve e sobre o quanto nossas práticas de ensino devem se distanciar do disciplinamento e alcançar o desafio do pensamento e do desenvolvimento de atitudes críticas e capazes de responsabilização pelo cuidado e pela transformação das condições que afetam a vida.

Não há receitas; precisam existir inquietações. Precisamos nos interrogar constantemente se os cenários e as metodologias utilizadas são os melhores? Se não será possível interagir mais e de forma mais implicada? Se estamos conseguindo obter de nossos planos e práticas de ensino as melhores possibilidades de aprendizagem? Estamos implicados com as aprendizagens, com seu papel na sociedade e na transformação de “estados”? Conseguimos perceber e operar com teoria e prática de forma associada, transversal e não hierarquizada entre sub-áreas e especialidades de saberes em nossa área? Estamos criando cenários de aprendizagem que possibilitam o desenvolvimento das habilidades e competências necessárias ao exercício no campo e no núcleo de conhecimentos e práticas onde se insere nossa profissão? Estamos formando profissionais capazes de atuar em diferentes contextos e dialogar com diferentes campos e núcleos profissionais? É desse tipo de pergunta que nasce a *atualização* do trabalho de ensinar.

Campo da saúde e o núcleo de conhecimentos e práticas profissionais da saúde coletiva

As discussões sobre o campo de conhecimentos da saúde e o núcleo de conhecimentos e práticas de cada profissão e as relações entre esses dois “segmentos” são anteriores à discussão das diretrizes curriculares, entretanto, as diretrizes nacionais – a exemplo do que fazem os documentos básicos da área da saúde há alguns anos – têm, claramente, uma opção política que aponta para a superação da prescrição moderna às profissões, em particular das profissões da saúde, de constituírem identidades profissionais rígidas e, principalmente, em oposição às demais. Do objeto privativo ao objeto de especificidade, do dimensionamento corporativo de profissionais nos serviços ao dimensionamento da construção das respostas demandadas em necessidades de saúde, das fronteiras entre as profissões ao habitar das fronteiras em transição, da preservação dos campos disciplinares à permanente renovação dos saberes-fazeres muito caminho há a percorrer. Enquanto isso, ousamos ou esperamos?

Desde a racionalidade científica moderna, o ensino dos profissionais se confunde com a produção de identidade das profissões e essa transposição transforma a educação em mera formatação de uma “matéria-prima” (aluno), cuja característica principal seria a inexistência ou incipiência de identidade profissional, em protótipos profissionais (“recurso humano especializado”), certificados por instituição de ensino e chancelados por órgãos de fiscalização do exercício profissional. Dessa maneira, o conceito de campo de conhecimentos que caracteriza a saúde fica subjugado pelo conceito de núcleos de identidade profissional e, de certa forma, de-

saparecendo na soma desses, uma vez que não se trata de justaposição, mas complexificação. A tentativa recente é de inversão desse paradigma, colocando em análise a contribuição efetiva de cada profissão para o campo da saúde. Essa inversão traz fortes consequências para o ensino, entre elas a fragmentação ou o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Esse movimento requer uma grande reflexão de cada instituição de ensino, cada curso, cada plano de ensino, cada professor, cada unidade de produção pedagógica professor-alunos sobre o quanto e como dilatar as fronteiras das experiências de ensino, ampliar a permeabilização de fronteiras, aceitar o desmanchamento e refazimento permanente de fronteiras.

As bases legais arroladas para a estruturação do curso da Análise de Políticas e Sistemas de Saúde – Bacharelado em Saúde Coletiva, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, curso sem diretrizes curriculares nacionais, foram a chancela da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional para a organização de cursos experimentais, desde que obedecidas as disposições da Lei (LDB, Art. 81), correlacionando-o com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde, conforme Edital da SESu/MEC nº 4, de 10/12/1997, atendendo ao Parecer CNS/CES nº 583, de 04/04/2001 e aos determinantes da Constituição Federal de 1998 (Art. 200, 205, 208 e 214), Lei Federal nº 8.080, de 19/09/1990 (Art. 13, 14, 15 e 27) e Lei Federal nº 9.394, de 20/12/1996 (Art. 1º, 2º, 3º, 43 e 53). Quanto à atuação profissional, foi considerada a família 2033-20, da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), designada por Pesquisador em Saúde Coletiva, a quem compete:

1. Desenvolver pesquisas em ciências da saúde

Analisar resultados

Aplicar métodos e procedimentos

Avaliar tecnologia aplicada à área

Coletar dados de pesquisa

Desenvolver tecnologia aplicada à área

Executar projeto piloto

Monitorar desenvolvimento da pesquisa

Organizar bancos de dados

Produzir produtos e processos

Recrutar sujeitos de pesquisa

Selecionar amostra de pesquisa

2. Divulgar resultados e informações

Apresentar trabalhos científicos

Conceder entrevistas

Organizar eventos

Produzir material educativo

Produzir material técnico-científico

Proferir palestras

Submeter trabalhos para publicação

3. Elaborar projetos de pesquisa em ciências da saúde

Analisar bibliografia

Definir cronograma físico e financeiro de execução de pesquisa

Definir metodologia

Definir objetivos de pesquisa

Definir objeto de pesquisa

Elaborar justificativa de desenvolvimento de pesquisa

Redigir projeto de pesquisa

Submeter projeto à aprovação institucional

Submeter projeto à aprovação junto ao comitê de ética

4. Planejar projetos e pesquisas em ciências da saúde

Avaliar viabilidade econômica

Avaliar viabilidade técnica e de pessoal

Captar recursos financeiros

Detectar demandas de mercado

Diagnosticar necessidades sanitárias

Identificar parceiros e colaboradores

Levantar demandas científicas

5. Capacitar recursos humanos em ciências da saúde

Ministrar aulas

Organizar cursos

Orientar técnicos e profissionais

Orientar trabalhos acadêmicos

Selecionar recursos humanos

Treinar equipe de pesquisa e profissionais da área de saúde

6. Prestar serviços de extensão na área de saúde

Emitir laudos e pareceres técnico-científicos

Orientar ações de saúde voltadas para políticas públicas

Orientar políticas públicas na área da saúde

Prestar assessorias e consultorias

Prestar assistência comunitária

Realizar diagnósticos e vistorias na área de saúde

7. Comunicar-se

Desenvolver compreensão de linguagem corporal

Desenvolver expressão escrita

Desenvolver expressão oral

Trabalhar em equipe

8. Demonstrar competências pessoais

Atualizar-se na profissão

Demonstrar altruísmo

Demonstrar flexibilidade

Demonstrar persistência

Demonstrar perspicácia

Desenvolver capacidade de concentração

Evidenciar atenção para detalhes

Evidenciar objetividade

Trabalhar com organização

Foram objetivos do curso de graduação e previsão do perfil do egresso:

- Formar profissionais para analisar crítica e propositivamente as políticas de saúde com elevado padrão de qualidade e dentro dos princípios da ética e da bioética, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, a partir do contexto político-normativo do SUS, bem como para constituir condições para a implementação e avaliação dessas políticas, ou seja, um sanitarista generalista;
- Formar sanitaristas adequados às demandas do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a descentralização da gestão, a democratização do processo decisório, a integralidade da atenção à saúde e a participação popular no âmbito dos sistemas e serviços de saúde;

- Formar sanitaristas para uma prática integrada e contínua junto às instâncias do Sistema Único de Saúde, sendo capaz de desenvolver processos de planejamento, gestão e avaliação em saúde;
- Formar sanitarista para atuar, direta ou indiretamente, pela promoção, vigilância e educação da saúde, individual e coletiva, garantindo atenção integral à saúde da população.

As competências e habilidades gerais do bacharel em saúde coletiva deveriam guardar similaridade com o grupo de profissões da área da saúde, enquanto as específicas referir-se-iam à formação do Analista de Políticas e Sistemas de Saúde/Sanitarista. A formação do Analista de Políticas e Sistemas de Saúde/Sanitarista replica o Art. 4º das Resoluções CES/CNE nº 3, 4 e 5, já citadas neste texto. A formação do Sanitarista teria por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I – Atenção à Saúde: *o profissional deve estar apto a desenvolver ações de promoção, vigilância e educação da saúde que integrem, complementem ou acrescentem qualidade à atenção integral em saúde, sendo capaz de analisar problemas em saúde coletiva, pensá-los criticamente e apresentar proposições no âmbito dos Planos e Programas de Saúde Pública, da Formação e da Educação Permanente em Saúde e da Gestão e Participação no Setor da Saúde, tendo em conta que o compromisso, a responsabilidade e a implicação ética com a saúde não se encerra com o ato técnico-profissional, mas com a resolução dos problemas de saúde;* (único campo que se diferencia/singulariza ante as Diretrizes dos demais cursos da área da saúde)

II – Tomada de Decisões: o trabalho do profissional deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões mediante análise de situações de saúde, avaliação de eficácia e custo-efetividade, análise de processos institucionais da força de trabalho, gestão de insumos e tecnologias e organização de processos e práticas;

III – Comunicação: o profissional deve ser acessível e deve manter a confidencialidade ética e bioética das informações que lhe forem confiadas na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral, envolvendo comunicação verbal e não-verbal e habilidades de escrita e leitura, bem como o domínio de pelo menos uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV – Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional de saúde, o profissional deve estar apto a assumir posições de liderança sob o enfoque da proteção da saúde e dos interesses públicos, envolvendo compromisso, responsabilidade e implicação ética para com a tomada de decisões, comunicações e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V – Administração e Gerenciamento: o profissional deve estar apto a tomar iniciativas, estabelecer apreciações, apresentar proposições e construir estratégias de acompanhamento e coordenação no âmbito das ações, serviços, sistemas e redes de saúde, organizando, dirigindo e executando processos institucionais de planejamento, gestão e avaliação tanto da força de trabalho, quanto dos recursos físicos, materiais e de informação, bem como devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças nas organizações de saúde;

VI – Educação Permanente: o profissional deve ser capaz de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, envolvendo aprender a aprender, ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e a formação das futuras gerações profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre estudantes da área da saúde e profissionais do planejamento, gestão e avaliação ou da promoção, vigilância e educação da saúde, inclusive estimulando a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e o desenvolvimento por meio de redes nacionais e internacionais. (Projeto Pedagógico de Curso, 2008)

Quanto às competências e habilidades específicas, conhecimentos e práticas de núcleo profissional, seguiu-se a mesma “matriz” do Artigo 5º e seu Parágrafo Único. A formação do Analista de Políticas e Sistemas de Saúde/Sanitarista teria por objetivo dotar o profissional do conhecimento requerido para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – atuar profissionalmente, compreendendo a saúde coletiva em suas dimensões e expressões e suas áreas de domínio no conhecimento específico de saúde, orientando-se pela subárea da Saúde Pública;

II – compreender o setor da saúde no contexto das políticas e das práticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológico, demográfico e cultural das populações;

III – estabelecer relações de análise e implicação ética com o controle social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;

IV – reconhecer a saúde como direito a condições dignas de vida e atuar de forma a garantir acesso às ações e serviços de saúde, integralidade da atenção e resolutividade das práticas de proteção da saúde;

V – ser capaz de analisar situações de saúde; organizar, dirigir e implementar atividades referentes à formulação e execução de políticas institucionais de planejamento, gestão e avaliação em saúde e políticas protetoras de promoção, vigilância e educação da saúde;

VI – atuar nos diferentes cenários de prática do planejamento, gestão e avaliação e de promoção, vigilância e educação da saúde, considerando os pressupostos da abordagem em saúde coletiva;

VII – identificar necessidades em saúde, seus determinantes e condicionamentos, segundo os padrões epidemiológicos, demográficos, culturais e socioeconômicos;

VIII – implementar atividades de planejamento, gestão e avaliação de ações, programas, serviços, sistemas e redes de saúde;

IX – implementar atividades de planejamento financeiro; elaboração e execução orçamentária; controle da situação financeira e patrimonial; controle contábil-financeiro; liberação de recursos; análise e aprovação de prestações de contas;

X – implementar atividades de gestão do trabalho e do desenvolvimento de trabalhadores da saúde;

XI – implementar atividades de gestão de materiais, de recursos informatizados e do processo produtivo;

XII – implementar atividades de organização e realização de licitações;

XIII – implementar atividades de realização de pesquisas de mercado e de impacto à saúde;

XIV – implementar atividades de apoio no desenvolvimento mercadológico de novos programas e de resposta às necessidades em saúde;

XV – implementar atividades de divulgação e promoção dos programas e atividades dos sistemas e serviços de saúde;

XVI – participar da composição das estruturas-meio, consultivas e deliberativas do sistema de saúde e das estruturas-fim de atenção à saúde segundo a subárea de conhecimento da Saúde Pública;

XVII – assessorar órgãos, empresas e instituições em planejamento de saúde;

XVIII – conhecer os princípios de metodologia científica na subárea da Saúde Pública, possibilitando-lhe a leitura crítica da informação técnico-científica e a participação na produção de conhecimento;

XIX – desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;

XX – lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;

XXI – interferir na dinâmica do trabalho institucional, reconhecendo-se como agente crítico e ativo deste processo;

XXII – assumir compromisso ético, político e social com o trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde;

XXIII – implementar atividades de comunicação interna e externa;

XXIV – executar demais atividades definidas em normas dos sistemas e serviços de saúde.

Obs.: A formação do sanitarista, em todos os aspectos das competências e habilidades específicas, deverá contemplar a forte apropriação do Sistema Único de Saúde, sua história, diretrizes e princípios; a integralidade da atenção na luta pelo acolhimento, responsabilidade com a resolutividade das instâncias de atendimento e desenvolvimento da autonomia dos usuários; e o trabalho em equipe de saúde. (Projeto Pedagógico de Curso, 2008)

A formação do generalista da saúde coletiva não dispensará a formação de especialistas, mestres e doutores na área, apenas antecipará a oferta desse trabalhador aos serviços e sistemas de saúde. Entre as especialidades da área estão conhecimentos e práticas em vigilância em saúde (vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental ou de saúde do trabalhador e/ou saúde e ambiente); administração e/ou gerência de sistemas e/ou serviços de saúde; gestão do trabalho e/ou da educação na saúde; avaliação de políticas e/ou programas e/ou de tecnologias em saúde; economia da saúde; direito sanitário; educação em saúde e promoção da saúde, entre vários outros.

Conclusão

A demanda pela formação do sanitarista não é nova, pode-se dizer que estava projetada desde a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, pelo Decreto Federal nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920. O Decreto reorganizou os serviços de saúde pública no Brasil. O Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil decretou e sancionou a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, órgão subordinado diretamente ao Ministro da Justiça e dos Negócios Interiores. A data registra a Reforma Sanitária de Carlos Chagas, ficando reconhecida e instituída a necessidade de caracterizar e monitorar o estado de saúde da população, identificar as suas necessidades em saúde, programar e organizar ações de vigilância da saúde e avaliar o impacto na saúde da população dos riscos de doença e outros agravos de forma a garantir adequação das políticas públicas de saúde às necessidades e a sua efetividade.

Desde aquela data é reconhecida a necessidade do trabalho de um segmento profissional específico, teriam de ser formados, empregados, incentivados à pesquisa, necessariamente considerados na tomada de decisões em saúde pública, cumprindo ações “de natureza agressiva ou defensiva” que tivessem por fim a proteção da saúde, devendo ser priorizado na coordenação das ações de política sanitária. O sanitarista à época era fundamentalmente médico ou engenheiro, a saúde pública sua especialidade. Oswaldo Cruz introduziu o reconhecimento da área profissional e Carlos Chagas a necessidade de formação profissional e incorporação ao trabalho.

Desde 1982, é a área de saúde coletiva que consta na Tabela de Áreas do Conhecimento, sendo a Epidemiologia, Medicina Preventiva e Social e a Saúde Pública subáreas. Desde 1979, existe a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), dedicada ao abrigo da área científica

e dos profissionais com pós-graduação em suas subáreas e especialidades. Desde 2011, foi criado o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva nesta entidade e, em 2012, foi modificado o estatuto da entidade para incluir, como categorias de sócios, os pós-graduados ou pós-graduandos e os graduados ou graduandos em saúde coletiva.

Existem hoje pelo menos 2 cursos por região política do Brasil, os primeiros egressos já se encontram empregados, cursando residência multiprofissional, especialização e mestrado. A partir de 2013, o Conselho Nacional de Educação assumiu o compromisso com o debate das Diretrizes Curriculares Nacionais em Saúde Coletiva, tendo em vista o desencadeamento do processo de reconhecimento de curso. Na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o curso foi criado em 2008, tendo seu primeiro ingresso de alunos em 2009 e a primeira formatura em 2013. O amadurecimento do curso é tarefa de seus docentes, discentes, egressos e dirigentes institucionais, estando em construção permanente.

Referências Bibliográficas

- CECCIM RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - comunicação, saúde, educação*, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.
- CECCIM RB; CAPOZZOLO AA. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: JJN Marins & cols. (org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 346-390.
- CECCIM RB; FERLA AA. Educação permanente em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p.162-168.
- CECCIM RB; FEUERWERKER LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis - revista de saúde coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- CECÍLIO LCO; MATSUMOTO NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: R Pinheiro; AA Ferla; RA MATTOS (Org.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; Caxias do Sul: Educs, 2006, p. 37-50.
- FERLA AA. *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde*. Caxias do Sul: Educs, 2007.
- FERLA AA; LEAL MB; PINHEIRO R. Um olhar sobre práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede. In: R Pinheiro; RA Mattos (org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 35-60.
- FERLA AA; POSSA LB; LEAL MB; VALÉRIO AG; CLAUS SM. *Descentralização e políticas públicas para DST/AIDS: estudo do sistema de saúde no Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Abia, 2006.
- LUZ MT. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- LUZ MT. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MERHY EE. Integralidade: implicações em xeque. In: R PINHEIRO; AA FERLA; RA MATTOS (org.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; Caxias do Sul: Educs, 2006, p. 97-109.
- MERHY EE. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: EE MERHY; R ONOCKO (org.). *Agir em saúde: desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.
- PINHEIRO R; FERLA AA; SILVA Jr AG. A integralidade na atenção à saúde da população. In: JJN MARINS & cols. (org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 269-284.

ANEXO

Lista de Documentos das Diretrizes Curriculares Nacionais – Cursos de interesse da Saúde

1) Utilizadas no texto

Enfermagem

- Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001
Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.
- Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001
Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem

Medicina

- Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001
Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição
- Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001
Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina
- Parecer CNE/CES nº 236/2007, aprovado em 8 de novembro de 2007
Alteração do § 2º do art. 7º da Resolução CNE/CES nº 4/2001, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina
- Parecer CNE/CES nº 241/2008, aprovado em 6 de novembro de 2008
Alteração da expressão “unidade federativa” utilizada no § 2º do art. 7º da Resolução CNE/CES nº 4/2001, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina

Nutrição

- Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001
Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição
- Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001
Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição

2) Integralizadoras da Área da Saúde, conforme Tabela Capes

Fisioterapia

- Parecer CNE/CES nº 1210, de 12 de setembro de 2001
Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional
- Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002
Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia

Fonoaudiologia

- Parecer CNE/CES nº 1210, de 12 de setembro de 2001
Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional
- Resolução CNE/CES nº 5, de 19 de fevereiro de 2002
Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia.

Saúde Coletiva

- Curso sem Diretrizes Curriculares Nacionais (2008-2013)
- Projeto de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva em discussão no CNE (2013)

Terapia Ocupacional

- Parecer CNE/CES nº 1.210, de 12 de setembro de 2001
Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional
- Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de fevereiro de 2002
Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional

Farmácia

- Parecer CNE/CES nº 1.300, de 6 de novembro de 2001
Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia
- Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002

Odontologia

- Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia
- Parecer CNE/CES nº 1.300, de 6 de novembro de 2001
Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia
 - Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002
Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia

Educação Física

- Parecer CNE/CES nº 138, de 3 de abril de 2002
Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Educação Física
- Parecer CNE/CES nº 58, de 18 de fevereiro de 2004
Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Educação Física.
- Resolução CNE/CES nº 7, de 31 de março de 2004
Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena
- Parecer CNE/CES nº 142/2007, aprovado em 14 de junho de 2007
Alteração do § 3º do art. 10 da Resolução CNE/CES nº 7/2004, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena.
- Resolução CNE/CES nº 7, de 4 de outubro de 2007
Altera o § 3º do art. 10 da Resolução CNE/CES nº 7/2004, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena.
- Parecer CNE/CES nº 274/2011, aprovado em 6 de julho de 2011 - Indicação referente à revisão do texto das Diretrizes Curriculares Nacionais para curso de Graduação em Educação Física

3) Profissão regulamentada como Área da Saúde**Biomedicina**

- Parecer CNE/CES nº 104, de 13 de março de 2002
Aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Biomedicina
- Resolução CNE/CES nº 2, de 18 de fevereiro de 2003
Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Biomedicina

4) Domínios conexos das Áreas de Ciências Humanas, Agrárias e Sociais Aplicadas**Psicologia**

- Parecer CNE/CES n.º 1.314, de 7 de novembro de 2001
Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Psicologia
- Parecer CNE/CES n.º 72, de 20 de fevereiro de 2002
Retificação do Parecer CNE/CES de 1.314/2001 relativo às Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Psicologia
- Parecer CNE/CES nº 62, de 19 de fevereiro de 2004
Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Psicologia
- Resolução CNE/CES Nº 8, de 7 de maio de 2004
Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Psicologia
- Parecer CNE/CES nº 338/2009, aprovado em 12 de novembro de 2009
Aprecia a Indicação CNE/CES nº 2/2007, que propõe a alteração do art. 13 da Resolução CNE/CES nº 8, de 7 de maio de 2004, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Psicologia
- Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011 - Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia

Medicina Veterinária

- Parecer CNE/CES nº 105, de 13 de março de 2002
Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina Veterinária
- Resolução CNE/CES nº 1, de 18 de fevereiro de 2003
Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina Veterinária.

Serviço Social

- Parecer CNE/CES n.º 492, de 3 de abril de 2001
Aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Arquivologia, Biblioteconomia, Ciências Sociais - Antropologia, Ciência Política e Sociologia, Comunicação Social, Filosofia, Geografia, História, Letras, Museologia e Serviço Social
- Parecer CNE/CES n.º 1.363, de 12 de dezembro de 2001

Retifica o Parecer CNE/CES n.º 492, de 3 de abril de 2001, que aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Arquivologia, Biblioteconomia, Ciências Sociais - Antropologia, Ciência Política e Sociologia, Comunicação Social, Filosofia, Geografia, História, Letras, Museologia e Serviço Social

- Resolução CNE/CES n.º 15, de 13 de março de 2002
Estabelece as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social