

RESOLUÇÃO Nº 569, DE 08 DE DEZEMBRO DE 2017.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de dezembro de 2017, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e

considerando que o Art. 196 da Constituição Federal de 1988, garante que “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”;

considerando que o Art. 197 da Constituição Federal de 1988 determina que são de “relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”;

considerando que a Constituição garante no Art. 198, incisos II e III, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade”;

considerando que, nos termos do Art. 200, inciso III, da Constituição Federal de 1988, é competência do Sistema Único de Saúde (SUS), além de outras atribuições, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” , diferentemente de “participar” ou “colaborar” como em outras competências do mesmo artigo;

considerando que o Art. 209, inciso I, da Constituição Federal de 1988 faculta que “O ensino é livre à iniciativa privada, atendidas as seguintes condições: cumprimento das normas gerais da educação nacional” cabendo ao SUS, nos termos do Art. 200, inciso III, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”;

considerando que o Art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentando a Constituição, estabelece que “estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), inciso III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde”;

considerando que o Art. 12 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, prevê a criação de “comissões intersetoriais de âmbito nacional subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil” e, no Parágrafo único que “as comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”;

considerando que a Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CIRHRT/CNS) tem o papel de cumprir o Art. 12 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

considerando que o Art. 13 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, define que “A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais abrangerá, em especial, as seguintes atividades, inciso IV - recursos humanos;

considerando que o Art. 14 da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, determina que “deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior”;

considerando o Art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que versa sobre as atribuições da direção nacional do SUS a quem compete, conforme o inciso IX, “promover a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde”;

considerando que o Art. 27 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, garante que “A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”;

considerando que o Art. 1º, §2º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabelece que o SUS, deve, necessariamente, contar, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, entre suas instâncias colegiadas, com o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões

serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo;

considerando o Edital MEC/SESU nº 04/1997 como marco histórico de elaboração de DCN numa perspectiva de construção social e política;

considerando que o paradigma das DCN gerais para os cursos da área da saúde rompeu com os currículos mínimos e foi bem fundamentado pelo Professor Efren de Aguiar Maranhão, Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CES/CNE) no ano de 2001;

considerando a Resolução CNS nº 350, de 9 de junho de 2005, que aprova critérios de regulação para a autorização e reconhecimento de cursos de graduação da área da saúde, tendo em perspectiva: a) as necessidades sociais em saúde; b) projetos político-pedagógicos coerentes com as necessidades sociais; e c) a relevância social do curso;

considerando a Resolução CNS nº 515, de 7 de outubro de 2016, na qual o CNS se manifesta de forma contrária à autorização de todo e qualquer curso de graduação em saúde ministrado na modalidade a distância (EaD), bem como delibera que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da saúde sejam objeto de discussão e deliberação do CNS de forma sistematizada, em um espaço de tempo adequado para permitir a participação, no debate, das organizações de todas as profissões regulamentadas e das entidades e movimentos sociais que atuam no controle social; e

considerando as competências e habilidades necessárias para a formação dos profissionais de saúde, esta Resolução expressa pressupostos, princípios e diretrizes comuns para as DCN dos cursos de graduação da área da saúde e é resultado de uma construção coletiva e democrática, realizada nos anos de 2016 e 2017, pelo Grupo de Trabalho das Diretrizes Curriculares Nacionais (GT/DCN), aprovado na 286ª Reunião Ordinária do CNS, ocorrida em 6 e 7 de outubro de 2016, articulado com associações/entidades nacionais de ensino, conselhos e federações profissionais, executivas estudantis, gestores do MEC e MS, entre outros, e coordenada pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CIRHRT/CNS).

Resolve:

Art. 1º Reafirmar a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos (as) trabalhadores (as) da área da saúde.

Art. 2º Aprovar o Parecer Técnico nº 300/2017, em anexo, que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos.

Art. 3º Aprovar os pressupostos, princípios e diretrizes comuns para a graduação na área da saúde, construídos na perspectiva do controle/participação social em saúde, e apresentados, sinteticamente, nos incisos a seguir:

I - Defesa da vida e defesa do SUS como preceitos orientadores do perfil dos egressos da área da saúde, com os seguintes objetivos:

a) formação em saúde comprometida com a superação das iniquidades que causam o adoecimento dos indivíduos e das coletividades, de modo que os futuros profissionais estejam preparados para implementar ações de promoção da saúde, educação e desenvolvimento comunitário, com responsabilidade social e compromisso com a dignidade humana, cidadania e defesa da democracia, do direito universal à saúde e do SUS, tendo a determinação social do processo saúde-doença como orientadora;

b) valorização da vida, por meio de abordagens dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e doenças, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade;

c) formação profissional voltada para o trabalho que contribua para o desenvolvimento social, considerando as dimensões biológica, étnico-racial, de gênero, geracional, de identidade de gênero, de orientação sexual, de inclusão da pessoa com deficiência, ética, socioeconômica, cultural, ambiental e demais aspectos que representam a diversidade da população brasileira.

II - Atendimento às necessidades sociais em saúde, considerando:

a) a responsabilidade social das Instituições de Educação Superior (IES) com o seu entorno e o compromisso dos cursos da saúde com a promoção do desenvolvimento regional, por meio do enfrentamento dos problemas de saúde prevalentes e a organização de redes e sistemas inclusivos e produtores de integralidade;

b) a abordagem do processo saúde-doença em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção, para possibilitar que a atuação dos futuros profissionais possa transformar e melhorar a realidade em que estão inseridos.

III - Integração ensino-serviço-gestão-comunidade, de forma a promover:

a) a inserção dos estudantes nos cenários de práticas do SUS e outros equipamentos sociais desde o início da formação, integrando a educação e o trabalho em saúde;

b) a ampliação da rede de atenção em uma rede de ensino-aprendizagem, com vistas ao desenvolvimento dos (as) trabalhadores (as) e do trabalho em saúde;

c) a diversificação de cenários de práticas, possibilitando aos discentes vivenciar as políticas de saúde, os fluxos de atenção em rede e de organização do trabalho em equipe interprofissional;

d) a formalização da integração das IES com as redes de serviços de saúde, por meio de convênios ou outros instrumentos, que viabilizem pactuações e o estabelecimento de corresponsabilizações entre as instituições de ensino e as gestões municipais e estaduais de saúde;

e) a participação dos gestores de saúde nas instâncias decisórias das IES;

f) a integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) da rede de serviços;

g) a participação ativa da comunidade e/ou das instâncias de controle social em saúde;

h) que as DCN dos cursos de graduação valorizem a carga horária destinada aos estágios curriculares e às atividades práticas e de extensão;

i) a articulação entre as atividades de ensino, pesquisa e extensão com a prestação de serviços de saúde, com base nas necessidades sociais e na capacidade de promover o desenvolvimento local/regional.

IV - Integralidade e Redes de Atenção à Saúde (RAS), observando-se os seguintes pressupostos:

a) a integralidade como um dos princípios fundamentais do SUS, que possibilita acesso universal dos cidadãos aos serviços do sistema de saúde e que garante ao usuário uma atenção que abrange ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de prevenção e tratamento de agravos;

b) a concepção de rede que rompe com o conceito de sistema verticalizado e fragmentado para trabalhar com um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais e hospitais gerais e especializados;

c) a formação em redes de atenção à saúde caracterizadas pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária em Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado interprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos;

d) a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS. Nesta perspectiva, a formação dos profissionais da saúde para atuar de forma efetiva, eficiente, eficaz e segura na atenção básica assume uma importância estratégica, devendo equilibrar conteúdos e propiciar o desenvolvimento de habilidades e atitudes, tanto em saúde coletiva, como para a clínica/assistência individual em saúde.

V - Trabalho interprofissional, com as seguintes orientações:

a) as DCN devem expressar a formação de um profissional apto a atuar para a integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional. O preceito da integralidade aponta para a interdisciplinaridade, enquanto integração de diferentes campos de conhecimentos; para a interprofissionalidade, ocasião em que há intensa interação entre diferentes núcleos profissionais; e para a intersetorialidade, envolvimento de diferentes setores da sociedade no atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde;

b) os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) devem apresentar estratégias alinhadas aos princípios da interdisciplinaridade, intersetorialidade e interprofissionalidade, como fundamentos da mudança na lógica da formação dos profissionais e na dinâmica da produção do cuidado em saúde;

c) as DCN devem estimular a elaboração de projetos terapêuticos assentados na lógica interprofissional e colaborativa, reconhecendo os usuários dos serviços como protagonistas ativos e co-produtores do cuidado em saúde, superando a perspectiva centrada em procedimentos ou nos profissionais.

VI - Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) e componentes curriculares coerentes com as necessidades sociais em saúde, observando-se:

a) que as DCN considerem os fundamentos das principais políticas públicas que contribuem para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo;

b) que os PPC sejam construídos com a participação ativa de representações de trabalhadores, discentes, usuários e gestores municipais/estaduais do SUS, tendo em perspectiva sua adequação ao contexto social e a integração dos componentes curriculares “intra” e “inter” cursos;

c) a relevância de que os PPC e os componentes curriculares estejam relacionados com todo o processo saúde-doença e referenciados na realidade epidemiológica, proporcionando a integralidade e a segurança assistencial em saúde;

d) a inovação das propostas pedagógicas, incluindo explicitação dos cenários de práticas e dos compromissos com a interprofissionalidade, o gerenciamento dos riscos, a prevenção de erros e a produção de conhecimentos socialmente relevantes;

e) abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, Transtorno do Espectro Autista (TEA), educação ambiental, Língua Brasileira de Sinais (Libras), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira, africana, dos povos tradicionais e indígena;

f) os pressupostos e fundamentos da promoção da saúde e seus determinantes, da Educação Popular em Saúde, e das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) como elementos constituintes da formação, reafirmando o conceito ampliado de saúde;

g) o fortalecimento das ações de promoção e proteção à saúde relacionadas à vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e à saúde do trabalhador;

h) que os núcleos de conhecimento e práticas previstos nas DCN considerem temáticas relacionadas ao envelhecimento populacional, às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), à segurança do paciente e à urgência e emergência, entre outras;

i) a formação política e cidadã, que requer a realização de atividades teóricas e práticas que proporcionem informações e promovam diálogos sobre as relações humanas, estruturas e formas de organização social, suas transformações, suas expressões e seu impacto na qualidade de vida das pessoas, famílias, grupos e comunidades.

VII - Utilização de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa, tendo em vista:

a) a utilização de metodologias diversificadas para o processo de ensino-aprendizagem, que privilegiem a participação e a autonomia dos estudantes;

b) a integração entre os conteúdos curriculares, de forma a possibilitar processos de aprendizagem colaborativa e significativa, com base na ação-reflexão-ação, a partir de competências técnicas, comportamentais, éticas e políticas;

c) propostas educacionais pautadas em práticas interdisciplinares e integradas ao cotidiano dos docentes, estudantes, gestores, trabalhadores e comunidade, promovendo a formação de profissionais aptos a “aprender a aprender”, que compreende o “aprender a conhecer”, o “aprender a fazer”, o “aprender a conviver” e o “aprender a ser”.

VIII - Valorização da docência na graduação, do profissional da rede de serviços e do protagonismo estudantil, considerando:

a) a relevância da aprendizagem “no” e “para” o trabalho em saúde, que pressupõe a implementação de estratégias educacionais dirigidas à formação de docentes (inclusive para o desenvolvimento de atividades de tutoria) e trabalhadores que atuam na rede de serviços de saúde em atividades de preceptoria, fundamentadas nos pressupostos da Educação Permanente em Saúde e que mobilizem o desenvolvimento de competências pedagógicas de profissionais vinculados ao ensino na área da saúde;

b) o fortalecimento dos mecanismos de participação e organização estudantil no âmbito das instituições de ensino para garantir a formação de profissionais críticos, colaborativos e conscientes de seu papel enquanto cidadãos e agentes de transformação social.

IX - Educação e comunicação em saúde, na seguinte perspectiva:

a) os cursos de graduação devem incorporar aos seus PPC o uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), em suas diferentes formas, utilizando as ferramentas e estratégias disponíveis para efetivar a formação e as práticas para a educação e comunicação em saúde, bem como sua aplicabilidade nas relações interpessoais;

b) diálogo com todos os espaços da vida social, considerando o caráter intersetorial da saúde e sua determinação social, pois a inter-relação comunicação e educação (“educomunicação”) é central para a mobilização e participação da comunidade. A “educomunicação” contribui para o crescimento e o aprimoramento do

SUS, ao elevar a capacidade do exercício do controle social, possibilitando o diálogo com a sociedade sobre o direito constitucional à saúde, na lógica da seguridade social;

c) estabelecimento de uma relação mais próxima entre a área da saúde e as mídias e canais alternativos de comunicação para que a educação em saúde seja um instrumento que permita aos estudantes, trabalhadores, gestores e população em geral se apropriarem das informações, contribuindo para o exercício pleno da cidadania.

X - Avaliação com caráter processual e formativo, observando-se:

a) a definição de critérios para o acompanhamento e a avaliação dos processos de ensino-aprendizagem, desenvolvendo mecanismos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, visando o contínuo aprimoramento do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES);

b) que a avaliação tenha caráter processual, contextual e formativo, com a utilização de instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, em um processo de construção dialógica, que inclua também a autoavaliação por parte de gestores, docentes e estudantes.

XI - Pesquisas e tecnologias diversificadas em saúde, de modo a promover:

a) o desenvolvimento do pensamento científico e crítico e a produção de novos conhecimentos direcionados para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da sociedade;

b) investigação de problemas de saúde coletiva pautada nos pressupostos teórico-metodológicos da pesquisa-ação e da pesquisa-intervenção, pois suas concepções engendram processos teórico-metodológicos que se configuram como dispositivos de transformação social;

c) o uso de tecnologias diversificadas em saúde, em especial, as chamadas “tecnologias leves”, os modos relacionais de atuação dos trabalhadores/equipes/usuários na produção do cuidado em saúde.

XII - Formação presencial e carga horária mínima para cursos de graduação da área da saúde, tendo em perspectiva:

a) a garantia da segurança e resolubilidade na prestação dos serviços de saúde, conforme disposto na Resolução CNS nº 515/2016, com posicionamento contrário à autorização de todo e qualquer curso de graduação em saúde ministrado na modalidade Educação a Distância (EaD);

b) uma formação profissional comprometida com a qualidade e as necessidades em saúde, em consonância com o preconizado na Recomendação CNS nº 024, de 10 de julho de 2008, no sentido de que a carga-horária total dos cursos de graduação da área da saúde seja de, no mínimo, 4.000 horas.

RONALD FERREIRA DOS SANTOS
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 569, de 8 de dezembro de 2017, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

RICARDO BARROS
Ministro de Estado da Saúde

ANEXO
PARECER TÉCNICO Nº 300/2017

ASSUNTO: Princípios Gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos
Cursos de Graduação da Área da Saúde.

PREÂMBULO

A Constituição Federal (CF) de 1988 determina que a Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Reforma Sanitária brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) produziram mudanças na gestão, no controle/participação social e no modelo assistencial. A descentralização do Sistema possibilitou aos estados e aos municípios uma atuação mais efetiva no enfrentamento dos problemas de saúde. A participação da sociedade se intensificou, a partir de sua representação nos Conselhos e nas Conferências de Saúde, reafirmando o direito à saúde como exercício de cidadania. Atuando como mecanismos essencialmente democráticos, por meio deles, a sociedade se organiza para a efetiva proteção e promoção da saúde como direito de todos e dever do Estado. A democratização das políticas de saúde é avanço conquistado no processo de disputas empreendidas pelo controle/participação social.

Segundo o artigo 200 da CF/88, compete ao SUS, entre outras atribuições, ordenar a formação dos profissionais da área de saúde. Neste contexto, em observância ao Decreto nº 8.754, de 10 de maio de 2016, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) opera, em parceria com o Ministério da Educação (MEC), na regulação da formação em saúde do Sistema Federal de Ensino, manifestando-se em relação à autorização e reconhecimento de cursos de graduação em Medicina, Odontologia, Psicologia e Enfermagem, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e Resolução CNS nº 350, de 9 de junho de 2005, que normatiza os critérios de regulação da abertura e reconhecimento de cursos da área da saúde, tendo em perspectiva: a) as necessidades sociais em saúde; b) projetos político-pedagógicos coerentes com as necessidades sociais; e c) a relevância social do curso.

A Resolução CNS nº 350/2005 apresenta alguns critérios que abrangem: demonstração pelo novo curso da possibilidade de utilização da rede de serviços instalada e de outros recursos e equipamentos sociais existentes na região; demonstração da responsabilidade social do curso com a promoção do desenvolvimento local/regional; inovação das propostas pedagógicas, orientadas pelas diretrizes curriculares, incluindo explicitação dos cenários de prática e estratégias para a produção de conhecimentos socialmente relevantes; projeto construído em parceria e/ou com pactuações definidas com os gestores locais do SUS; compromissos com o diálogo entre docentes, estudantes e sociedade; e contribuição do curso para a superação dos desequilíbrios na oferta de profissionais de saúde atualmente existentes.

Mudanças na formação desses profissionais ainda se configuram como necessárias e estratégicas para a consolidação do SUS. Reconhecendo este desafio, o Ministério da Saúde (MS) tem destinado apoio técnico e financeiro a projetos, programas e políticas públicas que objetivam a qualificação e a adequação do perfil dos trabalhadores às necessidades sociais em saúde, tendo como eixo a integração ensino-serviço-gestão-comunidade. Os esforços empreendidos nesse sentido podem ser identificados nas estratégias governamentais de articulação entre as Instituições de Educação Superior (IES), os serviços públicos de saúde e a comunidade, em um contexto que busca aproximar as práticas da educação em saúde com a realidade social.

Neste cenário de múltiplos desafios, o CNS, enquanto órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, atua na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, bem como nas estratégias e na promoção do processo de controle social, em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado.

Em sua 286ª Reunião Ordinária (RO), ocorrida em 6 e 7 de outubro de 2016, o CNS aprovou a criação de um Grupo de Trabalho (GT) para discutir as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde, na perspectiva de que possam expressar os princípios e as necessidades do SUS, com base na já citada Resolução CNS nº 350/2005, para assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

A composição do GT/DCN foi aprovada na 287ª RO/CNS, ocorrida em 10 e 11 de novembro de 2016, de acordo com o disposto na Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008, Capítulo IV, que aprova o Regimento Interno do CNS. Assim, foram indicados

cinco Conselheiros Nacionais de Saúde, representantes dos segmentos de usuários, trabalhadores e gestores do SUS.

A constituição do GT/DCN objetivou dar materialidade à Resolução nº 515, de 07 de outubro de 2016, publicada no Diário Oficial da União nº 217, seção 1, página 61, em 11 de novembro de 2016, que expõe o posicionamento contrário deste órgão colegiado à autorização de todo e qualquer curso de graduação em saúde na modalidade a distância, bem como delibera que as DCN dos cursos da área da saúde sejam objeto de discussão e deliberação do CNS de forma sistematizada, em um espaço de tempo adequado para permitir a participação, no debate, das organizações de todas as profissões regulamentadas e das entidades e movimentos sociais que atuam no controle social.

Espera-se que as diretrizes apontem para um perfil profissional na perspectiva do trabalho coletivo em saúde como prática social, organizado de forma interdisciplinar e interprofissional, e proporcionem conhecimentos, habilidades e atitudes que possam superar os desafios contemporâneos do mundo do trabalho.

Desta forma, no âmbito da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT/CNS), o GT/DCN reuniu-se regularmente ao longo de 2017 para tratar da temática, em um processo de construção coletiva que teve sempre em perspectiva a articulação entre gestão, atenção, educação e trabalho em saúde, uma vez que os serviços públicos integrantes do SUS constituem-se como campo de prática para o ensino, a pesquisa e a extensão, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Tendo em vista que a formação profissional está intrinsecamente relacionada com a atuação profissional, entendemos o trabalho no SUS como lócus produtor do conhecimento, um espaço de ensino-aprendizagem. A formação em serviço proporciona não somente a qualificação dos trabalhadores do SUS, mas o desenvolvimento do próprio sistema de saúde, partindo da reflexão sobre a realidade dos serviços e sobre o que precisa ser transformado, com a finalidade de melhorar a gestão e o cuidado em saúde.

Portanto, a formação no/para o SUS deve ser pautada pelas necessidades de saúde das pessoas e pela integralidade da atenção. Para tanto, requer uma formação interprofissional, humanista, técnica e de ordem prática presencial. Além disso, é fundamental que as DCN retratem a forma como a produção social da saúde está colocada e ressaltem que os trabalhadores da área estão inseridos nesse processo como agentes transformadores da sociedade, visando garantir saúde plena para a população.

Importante destacar a necessária indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. É comum a priorização da pesquisa científica (sendo geralmente mais valorizados temas relacionados à alta tecnologia) e do ensino (comumente descontextualizado das reais demandas dos serviços de saúde e da população), sem que se valorize suficientemente a extensão universitária, indispensável para uma adequada formação profissional e que deve ser desenvolvida de forma articulada ao ensino e à pesquisa. Observe-se que o Plano Nacional de Educação (aprovado por meio da Lei nº 13.005/2014) apresenta, como uma de suas estratégias para o alcance das metas propostas, “assegurar, no mínimo, 10% (dez por cento) do total de créditos curriculares exigidos para a graduação em programas e projetos de extensão universitária, orientando sua ação, prioritariamente, para áreas de grande pertinência social”.

Por sua vez, a intersetorialidade, como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do Estado que implementam políticas públicas que possam ter impacto positivo na saúde. Neste sentido, as ações estratégicas de educação na saúde são fortalecidas quando desenvolvidas de forma articulada entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (MEC).

Esta contextualização exprime a importância de que questões relacionadas à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores da saúde envolvam distintos atores sociais dos setores da educação e saúde, com participação das organizações de todas as profissões regulamentadas e das entidades e movimentos sociais que atuam no controle social.

Em audiência ocorrida no dia 24 de janeiro de 2017, no edifício sede do Conselho Nacional de Educação (CNE/MEC), reuniram-se o presidente do CNE, o presidente da Câmara de Educação Superior/CNE, o presidente do CNS, bem como demais Conselheiros Nacionais de Saúde, membros da Mesa Diretora/CNS e Coordenadores da CIRHRT/CNS. Na ocasião, foi pactuado entre os dois órgãos colegiados que o CNS encaminharia formalmente ao CNE suas contribuições às diretrizes curriculares da área da saúde, na medida em que fossem sendo amplamente discutidas no âmbito do GT/DCN da CIRHRT/CNS.

Sendo assim, este parecer apresenta princípios gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais de todos os cursos de graduação da área da saúde, respeitando-se a expressão das singularidades de cada um deles e as especificidades de cada profissão, notadamente aquelas cujo escopo de atuação profissional não se restringe à saúde.

Os princípios do SUS (público, integral, universal e de qualidade) foram elementos fundamentais na elaboração do texto, que busca expressar competências comuns para uma formação em saúde mobilizadora de conhecimentos, habilidades e atitudes que permitam superar os desafios que se apresentam às práticas profissionais nos diferentes contextos do trabalho em saúde. Tendo em vista o conceito ampliado de saúde, os pressupostos aqui registrados abrangem a formação e o desenvolvimento para a saúde e outras áreas de conhecimento afins.

Em uma perspectiva de construção coletiva e dialógica, ressalte-se que o documento foi debatido no âmbito do GT-DCN da CIRHRT/CNS e em reuniões ampliadas em que foram convidados a participar gestores do MS e MEC, além de representações das associações nacionais de ensino, executivas estudantis, conselhos e federações das 14 categorias profissionais de saúde de nível superior relacionadas na Resolução CNS nº 287/1998, quais sejam, **Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional**, acrescidas dos profissionais da graduação em **Saúde Coletiva**.

Deste modo, com base nas considerações acima expressas, a seguir são apresentados pressupostos, princípios e diretrizes para a graduação na área da saúde, na perspectiva do controle/participação social em saúde.

I - Defesa da vida e defesa do SUS como preceitos orientadores do perfil dos egressos da área da saúde

O Conselho Nacional de Saúde reafirma seu compromisso com o disposto na Constituição Federal de 1988, que instituiu um Estado Democrático destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos. Com a CF/88, estabeleceu-se um pacto social que coloca como dever do Estado a oferta de políticas de proteção social e de redução da pobreza e das desigualdades.

Nesta direção, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação na área da saúde também precisam expressar os princípios que constam nos primeiros artigos da constituição cidadã, cujos pressupostos e objetivos fundamentais apresentam as necessidades da população brasileira a serem atendidas na construção de uma sociedade livre, justa e solidária, dentre elas: a dignidade humana, a cidadania, o desenvolvimento

e a soberania nacional, os valores sociais do trabalho, a redução das desigualdades sociais e regionais, a proteção aos direitos humanos e a erradicação da pobreza e da marginalização, promovendo o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. Assim, as DCN devem contribuir para o desenvolvimento humano e social, tendo em vista as iniquidades presentes em nossa sociedade e os desafios atuais que se apresentam na formação de profissionais preparados para atuar com resolubilidade no SUS, seja na atenção, na gestão ou no controle social em saúde.

Destacamos os artigos 196 e 198 da CF/88, que apresenta ainda, em seu Art. 197, a relevância pública das ações e serviços de saúde, “cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle”:

Seção II - DA SAÚDE

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

Art. 198. *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:*

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
- III - participação da comunidade.*

Ressaltamos, também, o disposto no artigo 5º da Lei nº 8.080/90:

CAPÍTULO I - Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º *São objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS):*

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;*
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;*
- 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.*

Ainda, no artigo 7º da Lei nº 8.080/90, consta que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são

desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios, entre outros:

- ✓ universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- ✓ igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- ✓ direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- ✓ divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- ✓ utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- ✓ integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- ✓ capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

Deste modo, as instituições de ensino, orientadas pelas DCN, devem incorporar o arcabouço teórico do SUS nos projetos pedagógicos de seus cursos, objetivando a formação de profissionais comprometidos com a democracia e com o direito fundamental à saúde, que compreendam os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde. O que se busca é a valorização da vida, por meio de abordagens dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e doenças, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade.

Os egressos de cursos da área da saúde devem ter formação generalista, humanista, crítica, reflexiva, ética e transformadora, comprometida com a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, capazes de atuar na análise, monitoramento e avaliação de situações de saúde, formulação de políticas, planejamento, programação e avaliação de sistemas e serviços de saúde. Devem também estar preparados para o desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde, educação e desenvolvimento comunitário, com responsabilidade social e compromisso com a dignidade humana, cidadania e defesa da democracia, do direito universal à saúde e do SUS, tendo a determinação social do processo saúde-doença como orientadora.

Os cursos de graduação da área da saúde precisam formar trabalhadores com capacidade para desempenhar atividades nos diferentes níveis de atenção à saúde e proporcionar o desenvolvimento de competências para a atuação em equipes

interdisciplinares e interprofissionais, na organização das linhas de cuidado e redes de atenção, nas ações de proteção da saúde coletiva e de vigilância em saúde, incluindo a saúde ambiental. Os futuros profissionais da área devem estar preparados a reconhecer e intervir positivamente nos riscos existentes na prestação de serviços de saúde, considerando que sua ação é fator importante na prevenção de agravos relacionados ao cuidado em saúde.

Em consonância com o disposto na CF/88, é importante que sejam consideradas as dimensões biológica, étnico-racial, de gênero, geracional, de orientação sexual, ética, socioeconômica, cultural, ambiental e demais aspectos que representam a diversidade da população brasileira. Objetiva-se favorecer a construção de vínculos, a partir de uma escuta qualificada dos problemas relatados pelas pessoas, famílias, grupos e comunidades, respeitando seus valores e crenças, no sentido de concretizar:

I - acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo às necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida;

II - integralidade e humanização do cuidado, por meio de práticas integradas com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia, reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde; e

III - qualidade e segurança na atenção à saúde, pautando o pensamento crítico que conduz o seu fazer nas melhores evidências científicas e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes, tendo em perspectiva a proteção responsável e comprometida com a redução de agravos e iatrogenias, em conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Em síntese, uma formação comprometida com a superação das iniquidades que causam o adoecimento dos indivíduos e das coletividades. A questão dos determinantes sociais, da produção social da saúde e da doença é central, bem como o atendimento às necessidades sociais em saúde, tendo em perspectiva a seguridade social, entendida como um conjunto de ações e instrumentos por meio dos quais se pretende alcançar uma sociedade justa e solidária, erradicar a pobreza e a marginalização, reduzir as desigualdades sociais e promover o bem comum.

Em parceria com os gestores da saúde e do ensino, bem como trabalhadores e estudantes da área, o controle social em saúde tem papel relevante nesse processo, cabendo a ele, entre outras atribuições:

I – participar do processo de fortalecimento da integração entre ensino, serviço, gestão e comunidade;

II – apresentar as demandas dos usuários e dos profissionais de saúde que atuam no SUS, que atendam às necessidades sociais em saúde e o desenvolvimento regional/local;

III – monitorar as condições de estruturação e reestruturação da rede de serviços para atender as demandas relativas à presença de estudantes e docentes, atentando-se para as condições de acessibilidade e práticas institucionais (instituições de ensino e serviços de saúde) que sejam promotoras de inclusão social;

IV – monitorar a transparência pública da contrapartida institucional das instituições de ensino nos campos de práticas dos estudantes;

V – desenvolver ações de educação permanente para o exercício do controle social em saúde que envolvam a participação de estudantes, docentes das instituições de ensino e preceptores dos serviços de saúde; e

VI – fomentar ações de reconhecimento da educação permanente integrada ao processo de trabalho dos serviços que recebem estudantes e docentes das instituições de ensino.

II - Atendimento às necessidades sociais em saúde

O Artigo 5º da Lei nº 8.080/90 apresenta como um dos objetivos do SUS, “a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde”. É fundamental que conste nas DCN a forma como a produção social da saúde é compreendida, uma vez que 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, sempre na perspectiva do equilíbrio entre excelência técnica e relevância social.

Neste contexto, torna-se relevante a responsabilidade social das IES com o seu entorno, demonstrando o compromisso dos cursos da área da saúde com a promoção do desenvolvimento regional, por meio do enfrentamento dos problemas de saúde mais

prevalentes, e com a produção de conhecimentos direcionados para as necessidades da população e para o desenvolvimento tecnológico locorregional. Isso pode ser viabilizado a partir de parcerias estabelecidas com a rede de serviços de saúde instalada e outros recursos e equipamentos sociais existentes na região.

No que se refere ao atendimento das necessidades de saúde coletiva, os cursos devem abordar o processo saúde-doença em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção, para possibilitar que a atuação dos futuros profissionais nos serviços de saúde possa transformar, melhorar a realidade em que estão inseridos.

A investigação de problemas de saúde coletiva comporta o desempenho de análise das necessidades de saúde de grupos de pessoas e as condições de vida e de saúde de comunidades, a partir de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando as dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde, com os seguintes descritores:

I - acesso e utilização de dados secundários ou informações que incluam o contexto político, cultural, socioeconômico, ambiental e das relações, discriminações institucionais, movimentos e valores de populações em seu território, visando ampliar a explicação de causas e efeitos fundamentados na determinação social do processo saúde-doença, assim como seu enfrentamento;

II - relacionamento dos dados e das informações obtidas, articulando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais, ambientais, nutricionais e alimentares relacionados ao adoecimento e à vulnerabilidade de grupos; e

III - estabelecimento de diagnóstico de saúde e priorização de problemas, considerando sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e importância técnica, cultural e política do contexto.

III - Integração Ensino-Serviço-Gestão-Comunidade

Para a consolidação do SUS, é primordial investir na formação e desenvolvimento de seus profissionais, aqui considerados como agentes das mudanças necessárias para os avanços esperados. Na construção de habilidades e atitudes, as ações educativas devem ser compreendidas, para além do sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos, como um processo de formação de sujeitos críticos e reflexivos, de transformação da realidade e de criação de novas formas de gestão dos processos de trabalho.

O movimento “*O SUS como escola*”, em que a rede pública de saúde se transforma em uma rede de ensino-aprendizagem ao disseminar capacidade pedagógica nos serviços, precisa ser fortalecido, tendo em vista o desenvolvimento dos trabalhadores e do trabalho em saúde.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) propõe um processo longitudinal de reflexão sobre a realidade do trabalho, que se (re)constrói no cotidiano, buscando superar a fragmentação do saber que se apresenta quando são adotadas nas políticas educacionais somente abordagens estruturadas em temas segmentados, sem articulação entre si. Neste sentido, constitui-se em um dispositivo estratégico para a formação, a gestão, a atenção e o controle social em saúde.

A EPS considera *o mundo do trabalho como escola*, ou seja, que as experiências no trabalho são uma fonte sistemática de formação, de geração de novas ideias e proposições, de (re)elaboração de conhecimentos que emergem da prática.

Ao integrar o mundo do trabalho ao mundo da educação, o ambiente de aprendizagem dos estudantes e trabalhadores configura-se no próprio espaço da atenção e gestão do SUS. Essa aproximação faz com que o aprendizado seja fundamentado na reflexão das práticas, ganhando sentido por estar relacionado à realidade do trabalho em saúde.

Deste modo, os estudantes devem ser inseridos nos cenários de práticas do SUS e outros equipamentos sociais desde o início da formação, rompendo com a dicotomia teoria-prática, incluindo os serviços de reabilitação do SUS e os serviços conveniados, a exemplo das APAES, que atendem pessoas com deficiência intelectual e Síndrome de Down, e das AMAS, que atendem pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

A diversificação de espaços de práticas permite aos alunos vivenciar as políticas de saúde e de organização do trabalho em equipe interprofissional. Da mesma forma, a atuação junto à comunidade lhes garantirá conhecimentos e compromissos com a realidade de saúde do seu país e sua região. Nesta direção, é relevante que as DCN dos cursos de graduação da área da saúde valorizem a carga horária destinada às atividades práticas, à participação em atividades de extensão e aos estágios curriculares.

Essa inserção requer supervisão e acompanhamento constantes, entendendo que a aproximação com a realidade da assistência não pode adicionar riscos aos usuários do SUS. Não se trata de aprendizado empírico, mas sim, de exposição a uma realidade e processos assistenciais para os quais os futuros profissionais estão sendo preparados.

A integração das IES com as redes de serviços de saúde, consideradas como ambientes relevantes de aprendizagem, precisa ser formalizada por meio de convênios ou outros instrumentos que viabilizem pactuações e o estabelecimento de corresponsabilizações entre as instituições de ensino e as gestões municipais e estaduais de saúde.

Importante que haja representação dos gestores de saúde nas instâncias decisórias das IES para favorecer a efetiva integração ensino-serviço-gestão-comunidade. Esta articulação é essencial, frente aos muitos desafios que se apresentam nos cenários de práticas, relacionados à infraestrutura, disponibilidade de preceptores, ausência de PCCS (plano de carreiras, cargos e salários), rede de serviços não suficiente para o quantitativo de estudantes e disputas entre os setores público e privado, entre outros.

A parceria objetiva, portanto, garantir o acesso aos estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área como cenários de práticas para a formação, bem como estabelecer atribuições das partes relacionadas à integração ensino-serviço-gestão-comunidade, com vistas à superação dos nós críticos comuns no cotidiano desse processo, observando-se os seguintes princípios:

I – formação de profissionais de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, tendo como eixo a abordagem integral do processo de saúde-doença;

II – respeito à diversidade humana, à autonomia dos cidadãos e à atuação fundamentada em princípios éticos, destacando-se o compromisso com a segurança dos usuários do sistema, tanto em intervenções diretas quanto em riscos indiretos advindos da inserção dos estudantes nos cenários de práticas;

III – compromisso das instituições de ensino e gestões municipais, estaduais e federal do SUS com o desenvolvimento de atividades educacionais e de atenção à saúde integral;

IV – singularidade das instituições de ensino envolvidas no processo de pactuação e contratualização das ações de integração ensino e serviço, especialmente as especificidades relativas à natureza jurídica das instituições de ensino;

V – compromisso das IES com o desenvolvimento de atividades que articulem o ensino, a pesquisa e a extensão com a prestação de serviços de saúde, com base nas necessidades sociais e na capacidade de promover o desenvolvimento regional a partir do enfrentamento dos problemas de saúde da região;

VI – compromisso das instituições de ensino, estados e municípios com as condições de biossegurança dos estudantes nos serviços da rede;

VII – integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde;

VIII – planejamento e avaliação dos processos formativos, compartilhados entre instituições de ensino e serviços de saúde, garantida a autonomia progressiva do estudante no desenvolvimento de competências em serviço e de integração do processo de trabalho da equipe de saúde; e

IX – participação ativa da comunidade e/ou das instâncias do controle social em saúde.

Ainda, tendo em vista a relevância da formação em serviço para o sistema público de saúde, as instituições de ensino precisam ser estimuladas e apoiadas a desenvolverem Programas de Residência Médica, Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, respeitando-se os mesmos princípios aqui apresentados.

IV - Integralidade e as Redes de Atenção à Saúde (RAS)

A integralidade, como um dos princípios fundamentais do SUS, garante ao usuário uma atenção que abrange ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de prevenção e tratamento de agravos, permitindo acesso universal dos cidadãos aos serviços e ações do sistema de saúde. Pressupõe atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade.

A atenção básica tem um papel estratégico no SUS. Estudos demonstram que a Atenção Primária em Saúde (APS), bem organizada e estruturada, pode garantir a resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população. Ela se constitui como o primeiro contato com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível do cotidiano de vida e trabalho das pessoas.

Um marco histórico da APS é a Declaração de Alma-Ata, em 1978, quando se realizou a "Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde". Ela já propunha a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades da população, o trabalho interprofissional e a participação social na gestão de suas atividades. Entre outras formulações que constam no relatório final da Conferência, a Declaração concebe a saúde como um direito humano, o aumento de investimentos em políticas sociais para a redução de iniquidades, e a compreensão de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais.

Starfield (2002) também aponta a relevância da atenção primária no atendimento às necessidades de saúde das pessoas, e destaca os seguintes atributos para as práticas da atenção básica: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

No Brasil, a APS incorporou os princípios da Reforma Sanitária, enfatizando a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado. O Ministério da Saúde busca consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção básica e como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

A ideia de rede pressupõe ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatorios de especialidades e hospitais gerais e especializados. As RAS caracterizam-se, portanto, pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado interprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Seu fortalecimento passa necessariamente pelo compromisso em garantir a preservação e a utilização da melhor informação e canais de comunicação em rede. Os trabalhadores da área da saúde são atores importantes nesse processo ao atuarem em um sistema complexo e, para tanto, devem compreender as interfaces, fragilidades e riscos existentes nessa cadeia de serviços, garantindo a melhor assistência e a segurança do paciente.

A Atenção Básica, desta forma, tem papel chave para o estabelecimento das RAS, como coordenadora do cuidado e ordenadora dessas redes. Nesta perspectiva, a formação dos profissionais da saúde para atuar de forma efetiva, eficiente, eficaz e segura na APS assume uma importância estratégica, devendo equilibrar conteúdos e propiciar o desenvolvimento de habilidades e atitudes, tanto em saúde coletiva, como para a clínica/assistência individual em saúde, contemplando também o reconhecimento dos riscos existentes no sistema, para que os trabalhadores possam agir na sua mitigação.

V - Trabalho interprofissional

As DCN devem expressar a formação de um profissional apto a atuar para a integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional. O preceito da integralidade aponta também

para a interdisciplinaridade – enquanto integração de diferentes campos de conhecimentos; para a interprofissionalidade – ocasião em que há intensa interação entre diferentes núcleos profissionais; e para a intersetorialidade – envolvimento de diferentes setores da sociedade no atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde. A integralidade, sustentada por essas premissas, demanda em sua essência (re)situar os usuários na centralidade do processo de produção dos serviços de saúde.

O trabalho colaborativo, entendido enquanto complementaridade de diferentes atores atuando de forma integrada, permite o compartilhamento de objetivos em comum para alcançar os melhores resultados de saúde. O efetivo trabalho em equipe, dessa forma, precisa ser compreendido para além de diferentes sujeitos ocupando um mesmo espaço. É um processo permanente de colaboração sustentado pela parceria, interdependência, sintonia de ações e finalidades, e equilíbrio das relações de poder, possibilitando potencializar a atuação do usuário/paciente/sujeito, das famílias e comunidades na tomada de decisões e na elaboração de ações e políticas que possam dar respostas às suas demandas. Também se constitui em um instrumento poderoso para garantir a segurança do paciente, ao possibilitar uma comunicação produtiva entre os profissionais, pela diminuição da hierarquia, aumento da possibilidade de escuta e atenção compartilhada para as necessidades das pessoas no processo de saúde-doença.

A integralidade da atenção pressupõe a constituição de redes, ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção à saúde em sua concepção ampliada, enquanto exercício de cidadania determinado pela dinâmica sócio-histórica.

A partir desses fundamentos teóricos, conceituais e metodológicos, as diretrizes curriculares devem estimular a elaboração de projetos terapêuticos assentados na lógica interprofissional e colaborativa, reconhecendo os usuários dos serviços como protagonistas ativos e co-produtores do cuidado em saúde.

Nessa perspectiva, os projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde precisam apresentar estratégias alinhadas aos princípios da interdisciplinaridade, intersetorialidade e interprofissionalidade, como fundamentos da mudança na lógica da formação dos profissionais e na dinâmica da produção do cuidado.

Trazer esses princípios é reforçar o compromisso pela integralidade da atenção enquanto orientadora dos processos de fortalecimento e consolidação do SUS. É também reconhecer a centralidade dos usuários/pacientes, familiares e comunidades na dinâmica do trabalho em saúde, superando a perspectiva procedimento ou profissional centrado.

VI - Projetos Pedagógicos de Cursos e Componentes Curriculares coerentes com as necessidades sociais em saúde

Os Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) devem ser construídos com a participação ativa de representações de trabalhadores, discentes, usuários e gestores municipais/estaduais do SUS, tendo em perspectiva sua adequação ao contexto social e a integração dos componentes curriculares “intra” e “inter” cursos.

É relevante que os PPC e os componentes curriculares fundamentais dos cursos de graduação da área da saúde estejam relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade e a segurança assistencial em saúde. Deve-se considerar, ainda, que a formação na área requer competências políticas no estabelecimento de relações entre os trabalhadores, os serviços, a gestão em saúde e a comunidade, tendo em vista, entre outros aspectos:

I - as dimensões ética, humanística e política, com conteúdos do mundo real, de forma a desenvolver atitudes e valores orientados para a cidadania;

II - a integração e a interdisciplinaridade, buscando articular as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, de gênero, geracional, de orientação sexual, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais;

III - oportunidades de aprendizagem, desde o início do curso e ao longo de todo o processo de graduação, tendo as Ciências Humanas e Sociais como eixo transversal na formação de profissionais com perfil generalista;

IV - inovação das propostas pedagógicas, incluindo explicitação dos cenários de práticas e dos compromissos com a integralidade, a interprofissionalidade, o gerenciamento dos riscos, a prevenção de erros e a produção de conhecimentos socialmente relevantes;

V - compromisso com o desenvolvimento social, urbano e rural, por meio da oferta de atividades de extensão;

VI - abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, TEA, educação ambiental, língua brasileira de sinais

(Libras), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira, africana, dos povos tradicionais e indígena¹;

VII - preservação da biodiversidade com sustentabilidade, de modo que sejam respeitadas as relações entre ser humano, ambiente, sociedade e tecnologias, contribuindo para a incorporação de novos cuidados, hábitos e práticas de saúde;

VIII - identificação de oportunidades e de desafios na organização do trabalho nas redes de serviços de saúde, reconhecendo o conceito ampliado de saúde, no qual todos os cenários em que se produz saúde são ambientes relevantes e neles se deve assumir e propiciar compromissos com a qualidade e a segurança na atenção à saúde; e

IX – a união indissociável entre a saúde humana, animal e ambiental, tendo em vista a interconectividade existente entre elas, em consonância com o conceito de “Saúde Única”.

Neste contexto, o CNS orienta que as diretrizes dos cursos de graduação da área da saúde considerem os pressupostos e fundamentos da promoção da saúde e seus determinantes, da Educação Popular em Saúde, e das Práticas Integrativas e Complementares como elementos constituintes da formação, objetivando que os egressos estejam preparados para reorientar os serviços de saúde; o fortalecimento da autonomia dos sujeitos e da cidadania, com olhar emancipatório; e a humanização e a integralidade na atenção à saúde.

O exercício da Educação Popular em Saúde fomenta o autocuidado e a participação da comunidade na construção de estratégias direcionadas à garantia do acesso às ações e serviços de saúde, ao valorizar os saberes dos sujeitos e promover sua conscientização em relação aos direitos sociais previstos na CF/88.

¹ Em atendimento à Lei nº 9.394/96, com redação dada pelas Leis nº 10.639/2003 e nº 11.645/2008 e à Resolução CNE/CP nº 01, de 17 de junho de 2004, fundamentada no Parecer CNE/CP nº 3/2004, que estabeleceram diretrizes para **Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena**; ao disposto na Lei nº 9.795, de 27 de abril de 1999, e Decreto nº 4.281, de 25 de junho de 2002, no que se refere à **Política Nacional de Educação Ambiental**; às diretrizes nacionais para a **Educação em Direitos Humanos**, conforme disposto no Parecer CNE/CP nº 8, de 06/03/2012, que originou a Resolução CNE/CP nº 1, de 30/05/2012; à proteção dos direitos da pessoa com **Transtorno do Espectro Autista (TEA)**, conforme disposto na Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012; ao preconizado no Decreto nº 5.626/2005, no que se refere à Língua Brasileira de Sinais (**LIBRAS**); e às condições de **acessibilidade para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida**, conforme disposto na CF/88, artigos 205, 206 e 208, na NBR 9.050/2004, da ABNT, na Lei nº 10.098/2000, nos Decretos nº 5.296/2004, nº 6.949/2009, nº 7.611/2011 e na Portaria nº 3.284/2003.

Outro aspecto relevante a ser considerado na formação diz respeito às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que constituem o problema de saúde de maior magnitude no país e correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis. Como determinantes sociais das DCNT, são apontadas as iniquidades, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção.

Deste modo, é importante que a graduação em saúde considere os princípios e diretrizes das principais políticas públicas que contribuem para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo, tais quais: a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**, a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).

No âmbito da inclusão de pessoas com deficiência, ressalte-se que, em 2006, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, com o objetivo de “proteger e garantir o total e igual acesso a todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, e promover o respeito à sua dignidade”.

Essa Convenção foi incorporada à legislação brasileira em 2008. Após uma atuação de liderança em seu processo de elaboração, o Brasil decidiu, soberanamente, ratificá-la com equivalência de emenda constitucional, nos termos previstos no Artigo 5º, § 3º, da CF/88, e, quando o fez, reconheceu um instrumento que gera maior respeito aos Direitos Humanos. A Convenção e seu Protocolo facultativo são uma referência essencial para um país com acessibilidade, no sentido mais amplo desse conceito. Não é o limite individual que determina a deficiência, mas sim as barreiras existentes nos espaços, no meio físico, no transporte, na informação, na comunicação e nos serviços.

Ressalte-se que a Lei nº 13.146/2015 considera pessoa com deficiência “aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.

Nesta perspectiva, a formação em saúde deve contemplar a diversidade das pessoas com deficiência, incluindo deficiências intelectuais como o TEA, em que muitos não conseguem se comunicar. A legislação pertinente aponta para a “inclusão em conteúdos curriculares, em cursos de nível superior e de educação profissional técnica e tecnológica, de temas relacionados à pessoa com deficiência nos respectivos campos de conhecimento” e “o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista, bem como a pais e responsáveis”.

Para efeitos da Lei nº 12.764/2012, é considerada pessoa com TEA aquela portadora de síndrome clínica caracterizada por: 1) deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; e 2) padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

Também o envelhecimento populacional se configura em um desafio para a saúde pública. A velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica vivenciada pelo país nas últimas décadas repercute em uma série de novas questões para gestores, docentes, pesquisadores e profissionais dos serviços de saúde, em especial em um contexto de iniquidades sociais. Esse fenômeno requer da gestão e das instituições formadoras uma adequação que considere tecnologias específicas e a necessidade de profissionais preparados para atuarem junto aos idosos, tendo em vista os aspectos fisiopatológicos e psicossociais singulares que esse público apresenta.

Por sua vez, a **Segurança do Paciente** é um dos atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde, com a finalidade de oferecer uma assistência segura. Os incidentes associados ao cuidado em saúde, e em particular seus eventos adversos, representam uma elevada morbidade e mortalidade nos sistemas de saúde.

Neste sentido, as ações previstas no âmbito do **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)** contemplam as demais políticas de saúde e objetivam contribuir para a qualificação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

Ainda, no Brasil, assim como em todo o mundo, há um aumento no número de casos de urgência e emergência que demandam atenção dos hospitais e serviços de saúde em geral, o que ocorre em virtude do maior número e maior longevidade da população, da maior sobrevivência de pacientes com diversas doenças crônicas e do expressivo quantitativo de acidentes e casos de violência civil. Este quadro tem demandado adequações na formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde, que devem contemplar: a assistência direta aos pacientes nas situações de urgência e emergência; o conhecimento e a discussão das políticas públicas de saúde; e a prevenção e a reabilitação dos agravos, estimulando atividades que enfoquem a promoção da saúde no sentido de evitar a agudização de doenças crônicas e prevenir os diversos tipos de condições clínicas agudas e traumas, temas prioritários de saúde pública em todo o território nacional. Neste sentido, é importante que as DCN definam as competências requeridas na área de urgência e emergência, em consonância com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Portanto, os núcleos de conhecimento e práticas previstos nas diretrizes dos cursos da área da saúde devem dialogar com esse complexo cenário e com a construção histórica no país em que a Vigilância em Saúde se insere, **tendo em perspectiva** o fortalecimento das ações de promoção e proteção à saúde **relacionadas à vigilância** sanitária, epidemiológica, ambiental e à saúde do trabalhador.

Reafirmando os preceitos do SUS, recomenda-se a inclusão de processos pedagógicos que abordem: história da saúde; políticas públicas de saúde no Brasil; Reforma Sanitária; o SUS e seus princípios; e os desafios da organização do trabalho em saúde. A formação política e cidadã requer a realização de atividades teóricas e práticas que proporcionem informações e promovam diálogos sobre as relações humanas, estruturas e formas de organização social, suas transformações, suas expressões e seu impacto na qualidade de vida das pessoas, famílias, grupos e comunidades.

VII - Utilização de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa

Com vistas ao alcance das competências profissionais almeçadas, é importante que a avaliação da aprendizagem ocorra em consonância com as metodologias e com a dinâmica curricular definidas pelos Projetos Pedagógicos dos Cursos.

Recomenda-se a utilização de metodologias diversificadas para o processo de ensino-aprendizagem, que privilegiem a participação e a autonomia dos estudantes. Desta forma, os discentes são sujeitos ativos na construção do conhecimento, tendo os docentes como facilitadores/mediadores/ativadores desse processo, com vistas à formação integral, articulando o ensino com a pesquisa e a extensão.

As metodologias participativas proporcionam espaços de diálogo e reflexão sobre temas diversos e promovem a criticidade de todos os envolvidos nesse processo, possibilitando também que os profissionais da saúde desenvolvam habilidades e atitudes para uma atuação mais segura e proponham medidas para reduzir os riscos e eventos adversos, tendo em vista as interfaces críticas existentes no sistema.

A estrutura dos cursos, portanto, deve privilegiar a integração entre os conteúdos curriculares, de forma a possibilitar processos de aprendizagem colaborativa e significativa, com base na ação-reflexão-ação, favorecendo a autonomia e a alteridade.

Propostas educacionais pautadas em práticas interdisciplinares e integradas ao cotidiano dos docentes, estudantes, gestores, trabalhadores e comunidade promovem a formação de profissionais aptos a *aprender a aprender*, que compreende o *aprender a conhecer*, o *aprender a fazer*, o *aprender a conviver* e o *aprender a ser*, com vistas à integralidade da atenção à saúde.

Neste sentido, a utilização de abordagens pedagógicas participativas, que promovam a aprendizagem significativa, pode formar trabalhadores como sujeitos sociais com sensibilidade para atuarem de forma efetiva na complexidade do trabalho em saúde, a partir de competências técnicas, comportamentais, éticas e políticas.

VIII - Valorização da Docência na Graduação, do Profissional da Rede de Serviços e do Protagonismo Estudantil

Tendo em vista a relevância da aprendizagem “no” e “para” o trabalho em saúde, torna-se necessária a implementação de estratégias educacionais dirigidas à formação de docentes (inclusive para o desenvolvimento de atividades de tutoria) e trabalhadores que atuam na rede de serviços de saúde em atividades de preceptoria, fundamentadas nos pressupostos da EPS e que mobilizem o desenvolvimento de competências pedagógicas de profissionais vinculados ao ensino na área da saúde.

Nesta perspectiva, os cursos de graduação devem fomentar a participação dos profissionais da rede de serviços em programas permanentes de formação e

desenvolvimento para atuarem como preceptores, objetivando a melhoria do processo de ensino-aprendizagem nos cenários de práticas e da qualidade da gestão e da atenção à saúde.

Comumente, observa-se nas instituições de ensino uma valorização excessiva da pesquisa em detrimento da docência. Visando modificar esse cenário, é primordial que as IES, por meio de um efetivo apoio institucional (técnico e financeiro), intensifiquem seus programas de formação docente, com vistas à valorização do trabalho na graduação e ao maior envolvimento dos professores com o PPC e seu aprimoramento para a implementação de práticas pedagógicas inovadoras, pautadas na interdisciplinaridade e em atividades desenvolvidas nas comunidades, nas cidades, nas regiões de saúde ou junto às redes de gestão e atenção do SUS.

O desenvolvimento de competências comportamentais tem sido reconhecido como essencial para um cuidado em saúde seguro e de qualidade. Espera-se que os profissionais de saúde tenham atitudes de escuta, alteridade, empatia, comunicação e atenção aos riscos e eventos adversos. A educação na saúde tem papel estratégico nesse processo, quando promove o debate sobre comportamentos, atitudes e decisões que os profissionais devem ter na assistência em saúde.

Por sua vez, os estudantes são corresponsáveis nos processos de ensino-aprendizagem, desenvolvendo a curiosidade, formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional, com base na reflexão sobre as próprias práticas e no compartilhamento de saberes com profissionais da saúde e outras áreas do conhecimento. Neste cenário, devem ser observados o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos trabalhadores da saúde.

Importante que seja prevista a participação estudantil na estrutura dos PPC, seja nos Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) ou por meio de outros mecanismos de cogestão. Sugere-se que as atividades complementares, de livre eleição pelos estudantes, contemplem os campos do ensino, pesquisa e extensão, além do ativismo comunitário e estudantil, o que possibilita educar cidadãos com capacidade para o pensamento crítico e transformação da realidade. A participação nas instâncias de participação social do SUS, no movimento estudantil e nas entidades de representação de categorias profissionais, por exemplo, possibilita aos discentes compreender o papel dos cidadãos, gestores, trabalhadores e controle social na elaboração da política de saúde brasileira.

O fortalecimento dos mecanismos de participação e organização estudantil no âmbito das instituições de ensino é fundamental para garantir a formação de profissionais críticos, colaborativos e conscientes de seu papel enquanto cidadãos e agentes de transformação da sociedade. Desta forma, a comunidade acadêmica deve estimular o fortalecimento e a independência de entidades estudantis como centros/diretórios acadêmicos, diretórios estudantis, executivas de curso, entre outros. A cultura de participação e democracia interna nas instituições de ensino é essencial para o avanço dos movimentos de transformação da formação em saúde e deve ser reforçada por meio da paridade entre os segmentos universitários nos espaços colegiados e pelo constante diálogo com movimentos sociais, gestores, trabalhadores, usuários e outros sujeitos da comunidade.

IX - Educação e Comunicação em saúde

Com as novas tecnologias que levam à formação de redes vivas de relações dinâmicas em frequentes transformações, os PPC das instituições de ensino precisam ser reorientados considerando, inclusive, o papel social dos cursos e das IES.

Uma dimensão importante a ser incluída nas DCN dos cursos de graduação diz respeito à Comunicação em Saúde, incorporando as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), em suas diferentes formas, pautada pela participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar do indivíduo, famílias, grupos e comunidades, para interação a distância e acesso a bases remotas de dados. Fortalecer competências relacionadas à educação e à comunicação em saúde é primordial para profissionais que atuam/atuarão no âmbito do cuidado.

O compartilhamento de informações e a criação de instrumentos eficazes de comunicação são elementos fundamentais, produtores e indicadores da democracia na organização do trabalho em saúde e dispositivos para a garantia da segurança no cuidado em saúde. Comunidades de Práticas, por exemplo, são comprovadamente eficazes quando se abordam processos que exigem reflexão constante. Essa interação de pessoas, a partir das práticas vivenciadas na formação, atenção, gestão ou controle social, favorece o aprendizado coletivo e a construção de redes de informação e conhecimento.

Ressalte-se que estão disponíveis, atualmente, importantes ferramentas e estratégias que contribuem para a educação e a comunicação em saúde, tais quais o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), o Portal Saúde Baseada em Evidências, o Telessaúde Brasil Redes e o Portal de Periódicos da CAPES/MEC.

Considerando o caráter intersetorial da saúde e sua determinação social, a inter-relação comunicação e educação (“educomunicação”) deve dialogar com todos os espaços da vida social, pois ela é central para a mobilização e participação da comunidade. O compartilhamento de informações em saúde traz responsabilidades para a população sobre sua saúde e a saúde coletiva. A “educomunicação” contribui para o crescimento e o aprimoramento do SUS, ao elevar a capacidade do exercício do controle social, possibilitando o diálogo com a sociedade sobre o direito constitucional à saúde, na lógica da seguridade social.

Estabelecer uma relação mais próxima entre a área da saúde e as mídias e canais alternativos de comunicação é fundamental, para que a educação em saúde seja um instrumento que permita aos estudantes, trabalhadores, gestores e população em geral se apropriarem das informações, contribuindo para o exercício pleno da cidadania.

X - Avaliação com caráter processual e formativo

Os cursos de graduação da área da saúde devem utilizar metodologias participativas e critérios para o acompanhamento e a avaliação dos processos de ensino-aprendizagem, desenvolvendo instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, visando o contínuo aprimoramento do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), com seus três olhares que se completam e interligam: para as IES, para os cursos de graduação e para os estudantes, envolvendo na sua realização, portanto, gestores das instituições de ensino, docentes e discentes.

O processo avaliativo, na sua concepção formativa/emancipatória e como mecanismo fundamental de regulação e melhoria da qualidade da educação, desempenha um papel indutor fundamental para viabilizar mudanças na graduação, tendo em perspectiva a formação de profissionais aptos a prestar atenção à saúde de forma resolutiva e integral.

É essencial que a avaliação tenha caráter processual, contextual e formativo, com a utilização de instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, em um processo de construção dialógica, com reflexões coletivas que ofereçam diretrizes para a tomada de decisões e definição de prioridades. Deste modo, os processos avaliativos periódicos têm caráter abrangente, que incluem também a autoavaliação por parte de gestores, docentes e estudantes.

XI - Pesquisas e Tecnologias Diversificadas em Saúde

A promoção do pensamento científico e crítico e a produção de novos conhecimentos requerem: (1) utilização dos desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses e buscando dados e informações; (2) análise crítica de fontes, métodos e resultados, no sentido de avaliar evidências e práticas no cuidado, na gestão do trabalho e na educação de trabalhadores de saúde, pessoas sob seus cuidados, famílias e responsáveis; (3) identificação da necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde, a partir do diálogo entre a própria prática, a produção científica e o desenvolvimento tecnológico disponíveis; e (4) favorecimento ao desenvolvimento científico e tecnológico direcionado para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da sociedade.

A gestão do cuidado deve ocorrer com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas. As tecnologias em saúde estão necessariamente atreladas ao cuidado em saúde. Elas são frequentemente entendidas apenas enquanto tecnologias duras, porém, as DCN devem expressar também uma formação direcionada à utilização das chamadas “tecnologias leves”, os modos relacionais de atuação dos trabalhadores/equipes na produção da saúde, que se aplicam diretamente ao cuidado e que, portanto, propiciam o trabalho vivo em ato.

[...] o trabalhador, para atuar, utiliza três tipos de valises: uma que está vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, um estetoscópio, bem como uma caneta, papéis, entre vários outros tipos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por ‘tecnologias duras’; outra que está na sua cabeça e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica ou a epidemiologia ou a pedagogia, que expressam uma caixa formada por ‘tecnologias leve-duras’; e, finalmente, uma outra que está presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém ‘tecnologias leves’ implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem existência em ato [...] (MERHY, 2006).

A inovação em saúde requer o fomento a pesquisas com ênfase na investigação das necessidades da comunidade, comunicação em saúde, organização dos serviços de saúde, experimentação de novos modelos de intervenção, avaliação da incorporação de novas tecnologias e desenvolvimento de indicadores que permitam melhor estimativa da resolubilidade da atenção. Este processo deve considerar a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, construída coletivamente e publicada pelo Ministério da Saúde, o que irá favorecer a produção de conhecimentos em áreas prioritárias para o

desenvolvimento das políticas sociais e o estabelecimento de prioridades de pesquisa em saúde em consonância com os princípios do SUS.

Neste contexto, para além das pesquisas baseadas em evidências, é preciso que a investigação de problemas de saúde coletiva seja pautada nos pressupostos teórico-metodológicos da pesquisa-ação e da pesquisa-intervenção, pois suas concepções engendram processos teórico-metodológicos que se constituem em dispositivos de transformação social.

XII - Formação presencial e carga horária mínima para cursos de graduação da área da saúde

Tendo em perspectiva a garantia da segurança e resolubilidade na prestação dos serviços de saúde à população brasileira, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da já referida Resolução nº 515/2016, posicionou-se de forma contrária à autorização de todo e qualquer curso de graduação da área da saúde ministrado na modalidade de Educação a Distância (EaD), pelos prejuízos que tais cursos podem oferecer à qualidade da formação de seus profissionais, bem como pelos riscos que estes trabalhadores possam causar à sociedade, imediato, a médio e a longo prazos, refletindo uma formação inadequada e sem a necessária integração ensino-serviço-gestão-comunidade.

Não nos referimos aqui às oportunas Tecnologias de Informação e Comunicação em cursos de graduação **na modalidade presencial**, que, devidamente utilizadas, promovem e qualificam os processos pedagógicos na área da saúde.

Entretanto, ratificamos o posicionamento contrário à modalidade EaD na graduação em saúde. É fundamental que a formação dos trabalhadores da área ocorra na modalidade presencial, pois ela apresenta uma singularidade que inviabiliza a oferta de cursos a distância: a formação em saúde não pode ocorrer de forma dissociada do trabalho em saúde, ou seja, é imprescindível a **integração entre o ensino, os serviços de saúde e a comunidade**. A modalidade a distância desconsidera que a graduação em saúde requer interação constante entre os trabalhadores da área, estudantes e usuários dos serviços de saúde, para assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

A formação na área da saúde não se limita a oferecer conteúdos teóricos. Para além dos conhecimentos requeridos para a atuação profissional, ela exige o desenvolvimento de **habilidades e atitudes** que não podem ser obtidas por meio da

modalidade EaD, sem o contato direto com o ser humano, visto tratar-se de competências que se adquirem nas práticas inter-relacionais. *O aprender a conhecer*, e especialmente *o aprender a ser*, *o aprender a fazer*, e *o aprender a viver juntos*, não se viabilizam com a modalidade a distância. A aprendizagem significativa, que se realiza nos encontros e no compartilhamento de experiências, pressupõe convivência, diálogo e acesso a práticas colaborativas, essencialmente presenciais.

Desta forma, considerando o crescimento exponencial e desordenado, bem como os diagnósticos situacionais de cursos de graduação na modalidade a distância, que revelam um quadro incompatível para o adequado exercício profissional, **reitera-se que a formação dos trabalhadores da área da saúde deve ser viabilizada por meio de cursos na modalidade presencial, buscando a qualificação do cuidado em saúde e a aprendizagem “no” e “para” o trabalho.**

Neste sentido, as DCN devem expressar a necessidade de que a graduação dos trabalhadores da área da saúde ocorra por meio de cursos presenciais, considerando, ainda, que a maioria deles não preenche o número de vagas ofertadas, o que demonstra não apenas a impropriedade, como também a desnecessidade de cursos EaD na área da saúde.

Objetivando garantir uma formação profissional comprometida com a qualidade e necessidades em saúde da população, recomenda-se que a carga-horária total dos cursos de graduação da área da saúde deve ser de, no mínimo, 4.000 horas, em consonância com o disposto na Recomendação CNS nº 24, de 10 de julho de 2008.

Por fim, reafirmamos que a defesa pela formação presencial na área da saúde visa a segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões das práticas de atenção à saúde, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, com base em reconhecimento clínico-epidemiológico e nas vulnerabilidades das pessoas e grupos sociais.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a

articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: 2011. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, 29 de junho de 2011.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 8.754, de 10 de maio de 2016. Altera o Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006, que dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino. Brasília: 2016. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, 11 de maio de 2016.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 9.057, de 25 de maio de 2017. Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: 2017. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, 26 de maio de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990.

_____. Presidência da República. Lei nº 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 de dezembro de 1996.

_____. Presidência da República. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 de dezembro de 2012.

_____. Presidência da República. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de junho de 2014.

_____. Presidência da República. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 de julho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – PNS 2016 - 2019**. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 de junho de 2002.

_____. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 de fevereiro de 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 de maio de 2006.

_____. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de agosto de 2007.

_____. Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 de agosto de 2009.

_____. Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 de julho de 2011.

_____. Portaria GM/MS nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 de dezembro de 2011.

_____. Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 de abril de 2012.

_____. Portaria GM/MS nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de novembro de 2013.

_____. Portaria GM/MS nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 de abril de 2013.

_____. Portaria GM/MS nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 de novembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998**. Brasília, DF. Relaciona categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do CNS.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 350, de 09 de junho de 2005**. Brasília, DF. Aprova critérios de regulação para a autorização e reconhecimento de cursos de graduação da área da saúde.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 024, de 10 de julho de 2008.** Brasília, DF. Recomenda ao Conselho Nacional de Educação a definição da carga horária total mínima de 4.000 horas integralizadas em no mínimo 4 (quatro) anos para os cursos de graduação da área da saúde que não se encontram contempladas no Parecer CES/CNE n.º 08/2007 e Resolução CES/CNE nº 02/2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 507, de 16 de março de 2016.** Brasília, DF. Publica as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ª Conferência Nacional de Saúde, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade até que seja consolidado o Relatório Final.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 515, de 7 de outubro de 2016.** Brasília, DF.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de junho de 2014.

_____. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 1.133/2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 de outubro de 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília, DF, 2011.

DALLARI, S.G. **O Direito à Saúde.** Revista de Saúde Pública, 1988.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FREIRE, P. **Educação como Prática da Liberdade.** 19ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.

MERHY, E.E. **O cuidado é um acontecimento e não um ato.** In: Conselho Federal de Psicologia, I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS. Brasília-DF, 2006, p. 69-78.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Declaração de Alma-Ata.** OMS, Alma-Ata, 1978.

ROSCHKE, M.A. **Aprendizagem e conhecimento significativo nos serviços de Saúde.** Tradução livre do original publicado no livro de EPS de Honduras. OPAS/OMS: Honduras, 1997, p. 140-161.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.