

Série Interlocações Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

REFLEXÕES SOBRE FORMAÇÃO EM SAÚDE

TRAJETÓRIAS E APRENDIZADOS
NO PERCURSO DE MUDANÇAS

ALCINDO ANTÔNIO FERLA
SUZANA SCHWERZ FUNGHETTO
ORGANIZADORES

editora

redeunida



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORES
Alcindo Antônio Ferla
Suzana Schwerz Funghetto

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

REFLEXÕES SOBRE FORMAÇÃO EM SAÚDE: TRAJETÓRIAS E APRENDIZADOS NO PERCURSO DE MUDANÇAS

2ª Edição
(Revisada e Ampliada)
Porto Alegre
2022



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernáez (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Èrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Heïder Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Liliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Rossana Staeve Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglianian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza

Jaqueline Miotto Guarnieri

Márcia Regina Cardoso Torres

Renata Riffel Bitencourt

Projeto Gráfico | Diagramação
Lucia Pouchain

Revisão

Alcindo Antônio Ferla
Suzana Schwerz Funghetto
William Pereira Santos
Juliana Mucury

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

F357r Ferla, Alcindo Antônio; Funghetto, Suzana Schwerz (org.).

Reflexões sobre Formação em Saúde: trajetórias e aprendizados no percurso de mudanças / Organizadores: Alcindo Antônio Ferla e Suzana Schwerz Funghetto; Prefácio de Luiz Roberto Liza Curi. – 2. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

289 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 15).

E-book: 3.00 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-54329-44-0

DOI: 10.18310/9788554329440

1. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 2. Educação Continuada em Enfermagem. 3. Educação Interprofissional. 4. Política de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadoras.

21-3018096

CDD 610.6
CDU 614(815.2)

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Ensino, organizações, profissões.
 2. Medicina: Prática de ensino.
-

Catálogo elaborada pela bibliotecária Pedro Anizio Gomes - CRB 8 8846

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



DEDICATÓRIA

Dedicamos a segunda edição deste livro às pessoas que fazem do ensino da saúde um trabalho, uma missão civilizatória e o desafio de produzir um mundo melhor e com mais saúde. Sem os professores, não existiriam juízes, administradores, economistas, engenheiros, médicos, enfermeiros. Mas sem profissionais de saúde, formados por bons professores, não existiriam serviços e sistemas de saúde ou tecnologias e insumos. Portanto, pensar sobre a formação na saúde é pensar num mundo com mais saúde e mais reconhecimento do trabalho de ensiná-la.

EPIGRAFE

A atividade docente de que a discente não se separa é uma experiência alegre por natureza. É falso também tomar como inconciliáveis a seriedade docente e a alegria, como se alegria fosse inimiga da rigorosidade. Pelo contrário, quanto mais metodicamente rigoroso me torno na busca e na minha docência, tanto mais alegre me sinto e esperançoso também. A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo de busca. E ensinar e aprender não podem dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria. O desrespeito à educação, aos educandos, aos educadores e às educadoras corrói ou deteriora em nós, de um lado, a sensibilidade ou a abertura ao bem-querer da própria prática educativa, de outro a alegria necessária ao que fazer docente. É digna de nota a capacidade que tem a experiência pedagógica para despertar, estimular e desenvolver em nós o gosto de querer bem e o gosto da alegria, sem a qual a prática educativa perde o sentido.

Paulo Freire, *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*

Luiz Roberto Liza Curi

Abordar o tema da inovação na formação na área da saúde é muito relevante e atual. Há transformações bastante importantes no mundo do trabalho e o ensino das profissões da saúde não apenas deve absorvê-las, como antevê-las e, mesmo, produzi-las. A atuação de diversas entidades, seja no âmbito das profissões, seja no âmbito das políticas do Estado brasileiro, é fundamental. E iniciativas como o livro organizado pela Professora Suzana Schwerz Funghetto e pelo Professor Alcindo Antônio Ferla são contribuições de grande relevância para fomentar esse processo, sem perder de vista os acúmulos que temos tido nas últimas décadas, que também são potencialidades para seguirmos um caminho de avanços e de novos patamares de desenvolvimento social e econômico para o país. Comemoro o livro “Reflexões sobre formação em saúde: trajetórias e aprendizados no percurso de mudanças”, cada um dos capítulos que o compõe e o compromisso já de longa data dos organizadores com as políticas de ensino na área da saúde, com a inovação pedagógica, com a avaliação dos cursos e com o fortalecimento de propostas de formação articuladas com os serviços e, sobretudo, comprometidas com novos patamares de saúde e educação para o Brasil e outros países com os quais têm se articulado e apoiado.

Nesse contexto, considero o Conselho Nacional de Educação (CNE) como uma ferramenta de desenvolvimento da nação. E precisa ser, uma vez que não só é direito das pessoas frequentar escolas, estudar, aprender, evoluir nos estudos e na formação. Mas também é direito de todos e cada brasileiro e brasileira viver e se beneficiar com o desenvolvimento, entendido como o percurso da nação no caminho de novos patamares de civilidade, inclusão e competitividade econômica, que dá perspectivas de sustentabilidade ao percurso do desenvolvimento e da conquista de novos direitos. Não é apenas direito por estar registrado na Constituição brasileira, senão também na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Esses são direitos que decorrem de outros, conforme já está consolidado na compreensão de quase todos os países e de organismos de cooperação internacional. Assim o CNE age como representantes não de

governos, mas do Estado e da sociedade e seus atores mais relevantes na arena da educação, da ciência e da tecnologia, da inovação e da cultura.

Por isso, é importante o CNE ouvir as entidades profissionais da área da saúde para o estabelecimento das políticas educacionais para o país, como tem feito nesses últimos anos. A educação superior é uma política pública que interfere transversalmente em diversas outras e, sobretudo, na possibilidade e na velocidade do desenvolvimento nacional. É uma arena, que tem seus grupos de interesse, predominantes, mas é de certa forma uma arena aberta e, por isso, ela deve, necessariamente, integrar-se às mais diferentes áreas (saúde, ciência e tecnologia, indústria, infraestrutura), porque a educação está na base da qualificação e da mobilização mais dinâmica da competitividade econômica. Essa característica deve ser observada no desenho da política pública de educação, especialmente da educação superior que já produz a interface com as profissões, as especialidades e as especificações para todos os campos da economia e da sociedade. Portanto, não é possível um processo de transformação, se não for por meio de um amplo consenso e da identificação dos problemas que a sociedade coloca naquele setor.

Um exemplo dessa articulação necessária e que vem sendo promovida pelo CNE foi a revisão das Diretrizes Nacionais Curriculares dos Cursos de Medicina, onde foi feito um grande debate com a sociedade em relação à formação na área da saúde em geral, que tem ajudado na revisão das DCN dos demais cursos. Outro exemplo importante foi a participação do CNE na consolidação de editais de expansão dos cursos, para que observassem qualificações prévias e demandas sociais associadas e, também, a outras políticas públicas que interagem com a arena aberta da educação. A preocupação foi no sentido de promover uma expansão que atendesse esse conjunto de atores e de necessidades nacionais. Esse processo faz parte do amadurecimento da política pública de educação superior brasileira.

A política de educação superior no Brasil teve um processo de amadurecimento importante nas últimas décadas. O País desenvolveu um processo de avaliação consignado ao desenho da política educacional. Esse é um fato importantíssimo. Esses mecanismos foram sancionados na Lei nº 10.861/04, que instituiu o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). Essa Lei proporcionou o estabelecimento de uma política de Estado em torno da avaliação. Isso é um fator muito relevante na construção do conjunto da política.

É claro que é necessário ter mais atenção às transformações, às instituições, às universidades, como atores privilegiados na construção das políticas. Não é possível tratá-los como apenas como atores adjuntos de um processo de consolidação. Daí a preocupação em, cada vez, mais envolver as universidades na difícil tarefa de gerir essa arena aberta que envolve o conjunto da sociedade.

É necessário que haja um compromisso geral da política pública com as transformações que o país precisa, seja para dar conta das necessidades internas, seja para acompanhar de um lugar de protagonismo as tendências internacionais. Porque as áreas do conhecimento têm uma área dinâmica, que recebe indicações de transformação desde a pesquisa, que faz com que as áreas se diversifiquem cada vez mais, sejam integradas e multidisciplinares, estabeleçam redes nacionais e internacionais. E recebe indicações da conjuntura, cujo requisito profissional se altera. Então, não podemos ter currículos ou formulações estanques, fora do contexto atual e das prospecções de futuro. Elas têm que ser dinâmicas, transformadoras, para que elas também pautem novas atividades econômicas e novas cautelas sociais.

Alcançamos um lugar de referência internacional em termos de política educacional e é relevante registrar isso. O Brasil se constituiu em exemplo mundial no tema da avaliação do ensino superior. Hoje, nem um país no mundo tem uma avaliação tão sistemática quanto a brasileira: estabelecida em lei e com a abrangência que temos registrada nela. O Brasil já iniciou avaliações integradas no âmbito do Mercosul, sendo líder desse processo e um dos que mais trabalhou para que a avaliação regional fosse conquistada, ou seja, a avaliação dos países do Mercosul que gerasse um padrão possível de intercâmbio científico entre os egressos de diferentes cursos. Portanto o país não só tem uma situação proeminente em relação à avaliação, como incentiva outros países a fazer.

No contexto de todos esses avanços e acumulações para as políticas públicas de educação e de saúde que comemoro novamente o lançamento deste livro. Cumprimento novamente os organizadores, a Editora da Rede Unida e os autores das experiências aqui registradas, que contribuem para recuperar a história e para inspirar ainda mais iniciativas de inovação. Que todos e todas tenham uma excelente leitura e que ela inspire iniciativas para avançarmos ainda mais na formação dos profissionais da área da saúde e nas propostas do Estado brasileiro para a educação e o desenvolvimento nacional.

REFLEXÕES DENSAS SOBRE A FORMAÇÃO EM SAÚDE COMO EXERCÍCIO DE PENSAMENTO E EXPERIMENTAÇÃO.....14

Alcindo Antônio Ferla, Suzana Schwerz Funghetto

PARTE I | A BASE EPISTÊMICA E OS PONTOS DE PARTIDA.....29

DIRETRIZES CURRICULARES NA ÁREA DA SAÚDE: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS ENTRE A LEGISLAÇÃO E A REALIDADE BRASILEIRA30

Ihanmarck Damasceno dos Santos, Niube Ruggero, Ricardo Luiz Salvador, Simone Abrantes

A AVALIAÇÃO COMO MECANISMO DE INDUÇÃO DA QUALIDADE NOS INDICADORES DA FORMAÇÃO EM SAÚDE – UMA DISCUSSÃO SOBRE A APLICAÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS.....37

Suzana Schwerz Funghetto

O IMPACTO DA EXTENSÃO NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE.....56

Renata Innecco Bittencourt de Carvalho, Míriam Saraiva Farias, Mariana Oliveira Machado

DIRETRIZES DE ENFERMAGEM E A NOVA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL: EM FOCO O MOVIMENTO “EM TEMPOS DE NOVAS DCN” DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM68

Elizabeth Teixeira

METODOLOGIAS INOVADORAS PARA A FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE: COMO REALIZAR?78

Eloá de Aguiar Gazola, Hélia Cardoso Gomes da Rocha, Juliana Souza Closs Correia, Isabel Cristiane Kuniyoshi, Maria Eliza de Aguiar e Silva

COMO TRABALHAR O EIXO GESTÃO EM SAÚDE NA PRÁTICA? A EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS DO CURSO DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ - CESUPA98

João Paulo Mendes Filho, Nara Alves de Almeida Lins, Milena Coelho Fernandes Caldato

O TRABALHO E O ENSINO DA SAÚDE EM ALIANÇA: O OLHAR DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE NAS INICIATIVAS FORMAÇÃO PROFISSIONAL DA ÁREA..... 113

Mírian Benites Falkenberg, Teresa Passarella, Francisca Valda da Silva, Alcindo Antônio Ferla

PARTE 2 O PERCURSO E AS APRENDIZAGENS	133
RESIDÊNCIAS EM SAÚDE E OS CENÁRIOS DE FORMAÇÃO: DESAFIOS ATUAIS ÀS POLÍTICAS DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO NA SAÚDE	134
<i>Alcindo Antônio Ferla, Suzana Schwerz Funghetto</i>	
REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO NO BRASIL	151
<i>Margô Gomes de Oliveira Karnikowski, Andréa Pecce Bento</i>	
A INOVAÇÃO SOCIAL NOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE - DO CONCEITO À PRÁTICA	164
<i>Jean Marcel Chamon, Marcus Vinícius CM Cavalcante, Patrícia Martins, Ana Cláudia Mallab Lopes Chamon</i>	
ROMPENDO O ISOLAMENTO EM ROMPANTES INTERCULTURAIS: EXPERIÊNCIAS NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS E OS POVOS ORIGINÁRIOS	179
<i>Marcus Vinícius Marcelini Silveira Ribeiro, Alcindo Antônio Ferla</i>	
QWERT: POR QUE TEM QUE SER ASSIM?	202
<i>Alessandro Rezende da Silva</i>	
PEER INSTRUCTION: UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO LACUNA ZERO* ...	217
<i>Ceres Murad</i>	
PRECONCEITO E DESCONHECIMENTO NO ENSINO E NA ATENÇÃO: SAÚDE DA FAMÍLIA E A GENITORIALIDADE LGBT+	227
<i>Mateus Pavei Luciano, Ricardo Burg Ceccim</i>	
ESTÁGIO DOCENTE EM BIOLOGIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: NOVAS RELAÇÕES DE TRABALHO IMPOSTAS PELO VÍRUS DA DESIGUALDADE E A APRENDIZAGEM EM ATO	245
<i>William Pereira Santos, Alcindo Antônio Ferla</i>	
APRENDIZAGENS E AFETOS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: ANOTAÇÕES DE UMA EXPERIÊNCIA INTERPROFISSIONAL EM UMA CLÍNICA-ESCOLA	263
<i>Suelen Beal Miglioransa, Ricardo Burg Ceccim</i>	
SOBRE OS AUTORES E AUTORAS	281



REFLEXÕES DENSAS SOBRE A FORMAÇÃO EM SAÚDE COMO EXERCÍCIO DE PENSAMENTO E EXPERIMENTAÇÃO

Alcindo Antônio Ferla
Suzana Schwerz Funghetto

Introdução

Estamos felizes pela conclusão da revisão dos capítulos da edição anterior e incorporar novos capítulos a esse livro, agora em segunda edição, revista e ampliada. Muito satisfeitos com o resultado dessa iniciativa. Queremos que essa seja uma contribuição significativa para as necessárias reflexões sobre as mudanças na formação dos profissionais da saúde nesse percurso de 20 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). O ensino, seus paradigmas teóricos e metodológicos e as instituições de ensino, em si, são sempre produtos de um contexto, com o qual interagem. Sendo assim, pensar sobre os temas que interferem na formação é uma tarefa permanente das pessoas que têm inserções produtivas no “mundo da educação”. Entre uma edição e outra, tivemos o advento da pandemia, que tornou ainda mais necessária essa atividade.

Temos nos ocupado já há alguns anos no estudo de políticas e iniciativas e no desenvolvimento de tecnologias para o ensino da saúde, principalmente para a formação das profissões da saúde. No percurso profissional e acadêmico, a avaliação dos cursos, a formulação e implementação de políticas, o ensino no cotidiano das instituições e nos serviços de saúde.

A articulação do pensamento está assentada no estudo, na pesquisa e na prática profissional, o que acende uma inquietação de grande intensidade, na medida em que cada uma dessas inserções constitui um falseamento à toda naturalização de pensamento que surge isoladamente, seja num dos campos de inserção, seja em qualquer das disciplinas com as quais a formação profissional em saúde dialoga e que, em alguma medida, constituem parte do patrimônio intelectual que mobilizamos para a atuação nesse campo. As sociedades têm se habituado às naturalizações entre o conhecimento e a prática nos últimos séculos,

mas estamos, definitivamente, numa etapa evolutiva em que não é mais possível desconsiderar a complexidade da produção da saúde no cotidiano da vida e, nesse caso, há efeitos relevantes sobre a formação dos profissionais da saúde.

Os caminhos que vem sendo percorridos para incorporar a aprendizagem da complexidade da produção da saúde à formação tem sido, justamente, as aproximações entre a formação e o trabalho.

Nos sentimos muito convidados à essa reflexão, que, de certa forma, também compõe nossos percursos profissionais. Habitamos um largo território entre a educação e a saúde desde a formação inicial até as atividades atuais. Mas essa não é a única contribuição singular: nós também temos nos aproximado de amplas redes de produção de conhecimentos e tecnologias no encontro entre a educação e a saúde e a organização do livro nos permitiu fazer novas conexões. Aqui sim está a melhor definição do que empreendemos nesse projeto: mobilizar uma rede de diferentes pessoas e instituições para refletir de forma multidimensional nas temáticas relativas à formação das profissões da saúde no percurso das mudanças que vem sendo indicadas há pouco mais de duas décadas, pelas políticas oficiais, mas que se embasa em iniciativas e ideias que lhe são anteriores e, ao mesmo tempo, têm sido atualizadas constantemente.

Um trabalho de pesquisa e de reconhecimento de iniciativas antecedeu a primeira edição do livro e foi retomado no projeto de sua atualização. Diversos textos foram mantidos como publicados inicialmente, que nos pareceu que a contribuição mais relevante era tornar visíveis ideias e iniciativas que tiveram expressão num determinado momento e que foram suficientemente relevantes para recuperar como registro histórico. Outros capítulos foram revisados e atualizados e mobilizamos novos capítulos, com parceiros que fizeram falta na primeira edição.

Mantivemos o conceito inicial, em que as trajetórias e as aprendizagens ocupassem lugar central na produção do pensamento avaliativo sobre os percursos trilhados pelas iniciativas, não necessariamente como resultado das políticas ou teorias, mas compreendendo que as construções sociais e históricas também são atravessadas pelos projetos institucionais e pela natureza viva do trabalho que se desenvolve no cotidiano. A história também é feita de inusitados e acreditamos que experiências e iniciativas que descrevem os atores e atrizes da

educação na saúde no seu cotidiano tem grande potência de tornar visíveis os inusitados. Não nos mobilizou predominantemente a escala da abrangência de cada experiência relatada ou ensaio construído para essa coletânea. A seleção de cada uma delas decorreu da capacidade de representar um ponto de viabilidade no inusitado da história, mas, precisamos confessar já de início, de representar alguma contribuição ao percurso de mudanças na formação que está indicado, desde os anos 2000, pela legislação e pelos consensos de especialistas.

Sendo assim, a aproximação da educação com o trabalho assume um ponto de visibilidade e de potência muito grande, na orientação das políticas, mas, também nas diferentes iniciativas que vêm sendo implementadas de forma inovadora, considerando inovação como o possível que produz movimentos na direção indicada pela orientação de mudanças.

Saberes e práticas na saúde: técnica e produção social como obras

A orientação de mudanças na formação dos profissionais de saúde é uma referência ao ciclo paradigmático inaugurado por Flexner, em 1910, quando o ensino da saúde migrou para o hospital de ensino que, até aquele momento, estruturava os sistemas de saúde (CECCIM, 2020). Mas ao receber a missão do ensino, o hospital de ensino se diferenciou dos demais e deixou-se tomar ainda mais pela fragmentação técnica e profissional do trabalho e pela especialização do conhecimento. Por um lado, participou fortemente do desenvolvimento tecnológico, da produção de conhecimentos e do desenvolvimento do trabalho na saúde com essa ênfase, a cura das doenças e os processos controlados no interior da instituição. Cem anos depois do Relatório Flexner, diversas revistas científicas especializadas anunciaram a abertura de um novo ciclo: da aprendizagem embasada nos serviços (CECCIM, 2020; FRENK *et al.*, 2010). Tal ciclo superava o ciclo anterior, da aprendizagem embasada em tecnologias pedagógicas e o ciclo original, do ensino disciplinar. O ciclo mais contemporâneo anunciado pela literatura internacional tem similaridades muito grandes, sobretudo em relação às diretrizes e direcionalidades, com as orientações de mudanças que vêm orientando os processos de mudanças do ensino das profissões da saúde no Brasil (FERLA, 2020; DIAS *et al.*, 2020). A principal diferença é que há uma origem diversa em experiências latino-americanas e brasileiras: o movimento não teve

início em críticas pedagógicas ao modelo anterior, senão em formulações do campo da saúde coletiva, a partir das inadequações constatadas nas capacidades profissionais nos serviços. Dois autores muito relevantes nos permitem evidenciar esse destaque, um deles cuja obra seminal comemora 30 anos.

Em 1992, publicou-se no Brasil uma tradução em edição ampliada de um dos clássicos do pensamento sobre a formação e o trabalho na saúde do final dos anos 1990 e início dos anos 2000. Trata-se do livro “Pensar em Saúde”, do médico e pensador latino-americano Mário Testa, que na tradução ao português do Brasil teve a luxuosa revisão técnica da psicóloga Sandra Fagundes e do psiquiatra Delvo Oliveira (TESTA, 1992). O livro originalmente foi lançado em espanhol pela Organização Panamericana de Saúde (TESTA, 1989). Passa despercebida ao leitor menos atento a contribuição do livro ao movimento de mudanças na formação das profissões da saúde, cujas bases epistêmicas foram lançadas principalmente nos anos 1970 a 1990.

Os textos agregados no livro de Mário Testa foram escritos e publicados entre setembro de 1983 a novembro de 1985, nos *Cuadernos* CENDES, na Venezuela; nos *Cuadernos Médico Sociales, do Centro de Estudios Sanitarios y Sociales*, da *Asociación Médica de Rosario*; e em diversos eventos no Equador, Brasil, Uruguai e Argentina. Mário Testa fez repercutir seus textos no continente e na OPAS. Chamamos atenção aqui para um movimento de pensamento que inclui Maria Cecília Donnangelo, com sua tese de doutorado defendida na Faculdade de Medicina da USP em 1973, publicada em primeira edição pela Editora Pioneira (DONNANGELO, 1975) e em segunda edição pela Editora Hucitec (DONNANGELO, 2011), cujo título é “Medicina e Sociedad: o médico e seu mercado de trabalho”.

Há certamente outros autores que adensaram o pensamento sobre as relações entre a ciência, a contemporaneidade, a formação e o trabalho das profissões da saúde nas três décadas que antecederam à primeira onda das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a indução de mudanças nos cursos de graduação, que tiveram uma ênfase muito próxima nos cursos das profissões com atuação na saúde. Mas é inegável que o livro do prof. Mário Testa, assim como as produções de Maria Cecília Donnangelo, tiveram um efeito-pensamento forte e, mais do que isso, estabeleceram uma inflexão nos processos até então disparados.

Mário Testa, um médico argentino com atuação muito relevante na OPAS/OMS no campo das práticas profissionais, sobretudo em relação ao trabalho de gestão de sistemas e serviços de saúde, teve contribuições muito relevantes no fortalecimento da gestão de sistemas nacionais de saúde no continente latino-americano desde os anos de 1960. Mas o livro “Pensar em Saúde” fez uma torção no seu percurso e coloca a gestão e a saúde como dois conceitos que não são naturalmente associados e, assim, abre um leque de reflexões sobre os diferentes fazeres que ocupam o campo da saúde, inclusive em relação ao planejamento e à gestão de sistemas, ok, mas que se traduz também no cotidiano do trabalho no interior de sistemas e serviços.

A edição brasileira foi acrescida de uma entrevista primorosa do autor com Sandra Fagundes e Delvo Oliveira, que torna muito precisa a compreensão do livro como um todo, não como uma coleção de textos ocasionalmente agregados, mas como uma obra que segue um caminho próprio, diverso inclusive daquele que havia percorrido o autor, antes da sua produção. Em resposta a uma pergunta feita pelos entrevistadores, Mario Testa explicita:

“Pensar em Saúde” exprime não apenas um posicionamento diferente da linha instituída pelo “pensamento da doença”, como eixo da ação política, mas também a intenção de uma demonstração da contradição expressa nisso que está instituído. Em consequência, quando “penso em saúde”, a ideia não apenas supera amplamente os limites daquilo que oficial e culturalmente se entende por “saúde”, ou “problemas de saúde”, senão exprime uma posição ideológica distinta, enquanto a questão do poder se constitui em eixo de análise (TESTA, 1992, p. 12).

Várias questões poderiam desdobrar-se do diálogo com essas frases. Certamente o descolamento da saúde às abordagens centradas nas doenças dos indivíduos, abrindo caminho para o que se denominou em “conceito ampliado de saúde”, fazendo referência frequente, no caso brasileiro, ao Artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988, que dilata o escopo do fazer saúde ao definir que é direito de todas as pessoas que estão sob jurisdição da Carta Constitucional e que deve ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Art. 196).

Ao leitor mais atento não passa despercebida também a conexão evidente com a noção de que a saúde é produzida por ações e serviços, como já, aliás, nos havia alertado Lalonde em 1974 (LALONDE, 1974), mas também por um conjunto de condicionantes e determinantes que se expressam em relações materiais nas sociedades em cada tempo. O autor utiliza a expressão “questão de poder” como “eixo de análise”, para dar visibilidade a essa ideia.

Bem nesse aspecto, as ideias de Testa se encontram com a produção de Donnangelo (1975; 2011), em cujos estudos se consolida a ideia de que o conhecimento e a prática médicas, assim como a ciência e as políticas de saúde, não são processos que independem da história e das relações sociais que se estabelecem a cada tempo. Ao contrário, o contexto histórico e social define a medicina como instituição (e a extensão às demais profissões e áreas de conhecimento da saúde não é artefato, mas conhecimento compartilhado da autora) e como um conjunto de saberes e fazeres que são aceitos pelas diferentes sociedades em cada tempo.

Não se trataria centralmente e prioritariamente de entender o trabalho médico – e das demais profissões da saúde – como trabalho técnico que se acumula apenas pela pesquisa biomédica, o que, ainda assim, implicaria em identificar políticas e iniciativas de apoio da sociedade para o seu desenvolvimento, mas também, e prioritariamente, sua dimensão social, relativa aos modos como se insere nas instituições e na sociedade. Para Donnangelo, a análise empírica da medicina oferece “um ângulo estratégico para a análise das formas de organização desse setor da produção [a saúde] e para a compreensão do modo como ele se insere na estrutura da sociedade” (DONNANGELO, 2011, p. 207). Assim, a especialização do conhecimento, a fragmentação técnica e profissional do trabalho em saúde, a expansão dos sistemas e serviços de saúde, a escala das demandas sociais pelos cuidados em saúde, entre outras questões, engendrou na história das políticas e sistemas de saúde desde a segunda metade do século passado, uma transição da medicina “artesanal” para novos padrões de organização e produção do trabalho na saúde.

Essa transposição trouxe desacomodações de várias ordens, mas a expansão do acesso aos serviços de saúde, com o fortalecimento dos sistemas público e privado de saúde, têm mobilizado ações corporativas, sobretudo na medicina, em busca de modelos de prática profissional que retomem o conceito

original do trabalho artesanal, sobretudo na sua dimensão liberar da dupla autonomia (técnica, relativa ao fazer, que se conecta, originalmente, com as melhores evidências da ciência; e organizativa, com um trabalho escassamente controlado institucionalmente pelos serviços, sejam públicos ou privados). Mas construiu também um razoável consenso sobre a importância de aproximar a educação do trabalho, dada a complexidade do trabalho. A senha da aproximação, com a formação estruturalmente conectada com o trabalho, reconhece que o mundo do trabalho é complexo e, portanto, não redutível ao que já se produziu de conhecimentos e tecnologias, e, também, que a análise e a reflexão sobre o trabalho produzem conhecimentos, atualizam os conhecimentos disponíveis e não apenas oferecem a escala de repetição para a aquisição de habilidades práticas (FERLA, 2021; DIAS *et al.*, 2020).

De um lado, dessa vertente nasceram as bases para a educação permanente em saúde (CECCIM, 2020; CECCIM; FERLA, 2008), que se tornou política e base epistêmica para a aprendizagem nos serviços, que se conecta com a orientação de “aprender a aprender” registrada nas DCN de vários cursos da saúde, e tem evidências nas pedagogias construtivistas que assumem a possibilidade de aprendizagem ao longo da vida, assim como na educação popular freireana. De outro lado, a aprendizagem ativa anunciada como base metodológica para o ensino contemporâneo se aproxima dos territórios em que as pessoas vivem e trabalham para desenvolver a capacidade profissional de compreender como se produz a saúde e a vida concretamente nos territórios e o que se pode mobilizar de recursos para fortalecer a saúde. Nesse entrecruzamento se ilumina também a conexão local/global do novo paradigma da formação: ao compreender como se produz concretamente a saúde num determinado território e articulando os conhecimentos disciplinares já disponíveis, mesmo que predominantemente focados no tratamento das doenças, se amplia a capacidade de atuar profissionalmente em territórios diversos. Aqui há que se destacar que a dimensão técnica do trabalho volta ao domínio dos agentes, mas no formato de atuação interprofissional, de trabalho colaborativo em equipe.

Bem, o conjunto de capítulos que oferecemos à leitura nesta coletânea circula por todas essas temáticas, com diversos lugares de formulação e pensamento, justamente para ativar as reflexões sobre essa temática, que não

podem se reduzir à dimensão normativa das políticas e, tampouco, à simples convicção de cada instituição ou autoridade. O convite que fazemos, diante de uma diversidade de experiências, posições e acúmulos de percurso, é que entre em diálogo com as ideias e deixe seu pensamento ser ativado. Parte do percurso, como na produção artística, é feito ao caminhar. E, diante de impasses como nos encontramos, o diálogo e a capacidade de seguir em frente, ajustando os percursos aqui e acolá, são a chamada para superar a crise civilizatória que vivemos e os desafios sanitários e sociais que o trabalho e a formação em saúde estão imersos.

Aprendizagens do percurso: o que dizem nossos interlocutores

Os capítulos que recebemos para compor a coletânea foram agrupados em dois em duas seções: uma primeira com as bases epistêmicas e pontos de partida; e uma segunda, que denominamos pragmaticamente de percursos e aprendizagens. Na segunda edição, pela atualidade e relevância das ideias e pelo reconhecimento à trajetória profissional, mantivemos inalterado o prefácio escrito pelo Prof. Luiz Roberto Liza Curi, a quem renovamos o agradecimento pela contribuição.

O primeiro capítulo trata das “**Diretrizes curriculares na área da saúde: convergências e divergências entre a legislação e a realidade brasileira**”. Os autores Ihanmarck Damasceno dos Santos, Niube Ruggero, Ricardo Luiz Salvador e Simone Abrantes abordam a relação das ações com serviços públicos de saúde para que o conceito de Saúde seja construído na formação dos profissionais de saúde dentro dos princípios, das diretrizes e das necessidades do Sistema Único de Saúde. É feita uma análise do processo de elaboração das diretrizes na perspectiva das diretrizes curriculares da área da Saúde para os seus respectivos cursos de graduação, que são também um conjunto de indicações que servem de referência para os processos de avaliação de cursos.

No segundo capítulo, foi abordada “**A avaliação como mecanismo de indução da qualidade nos indicadores da formação em saúde – uma discussão sobre a aplicação das diretrizes curriculares nacionais**”. A autora Suzana Schwerz Funghetto apresentou o resultado de pesquisa de doutorado interdisciplinar na área de ciências e tecnologias da saúde. Ela traz à tona dados referentes aos indicadores que verificam o cumprimento das diretrizes no projeto pedagógico, no período de 2012 a 2014, por meio de análises descritivas e do teste de Kruskall-Wallis para identificar

as diferenças entre cursos da saúde. Observa-se que as avaliações institucionais e de cursos são realizadas por visitas nas quais docentes da educação superior que fazem parte do Banco Nacional de Avaliadores - BASIs verificam as condições de oferta considerando as dimensões, explicando os indicadores e critérios em instrumentos específicos orientados pelas legislações vigentes.

O terceiro capítulo traz à reflexão o tema **“O impacto da extensão na formação do profissional de saúde”**. As autoras Renata Innecco Bittencourt de Carvalho, Míriam Saraiva Farias e Mariana Oliveira Machado, retratam que o extensionismo universitário pode ser situado entre um dos principais instrumentos da Educação Superior frente aos obstáculos para a construção de uma sociedade mais justa. Mesmo com as palavras escritas nos documentos estruturantes das instituições de ensino superior, as atividades de extensão só surtem os efeitos necessários para uma formação integral quando, de fato, alcançam a transformação do indivíduo pela reflexão crítica que leva à prática inovadora. Nesse contexto, elas explicam que é imprescindível analisar a atuação dos egressos dos cursos de graduação da área de saúde para identificar as consequências da participação dos alunos em atividades extensionistas durante a formação acadêmica universitária.

O quarto capítulo, é elaborado por Elizabeth Teixeira, que analisa a temática das **“Diretrizes de enfermagem e a nova formação do profissional: em foco o movimento “em tempos de novas dcn” da associação brasileira de enfermagem”**. O objetivo deste capítulo é descrever a ação participativa da Associação Brasileira de Enfermagem a favor da formação do profissional de Enfermagem e os resultados obtidos com o movimento “Em tempos de novas DCN”, deflagrado em 2015, que culminou com a minuta de DCN entregue ao CNE pela ABEn em 2017.

O capítulo cinco fala sobre as **“Metodologias inovadoras para a formação na área da saúde: como realizar?”**. As autoras Eloá de Aguiar Gazola, Hélia Cardoso Gomes da Rocha, Juliana Souza Closs Correia e Isabel Cristiane Kuniyoshi, descrevem sistematicamente a discussão atual de como formar profissionais éticos capazes de intervir e mudar a realidade, sensíveis às questões da vida e da sociedade, entendendo o paciente como um indivíduo integral e valorizando a promoção a saúde em detrimento ao cuidado da doença. Elas abordam que, para isso, é preciso romper a formação por conteúdos e promover

uma formação em que o aluno seja autônomo, desenvolva a visão crítica voltada para a promoção da saúde, que é a proposta de organização curricular para a formação em saúde. Relatam sobre as metodologias ativas, o processo de reflexão do professor e a avaliação do processo ensino/aprendizagem tida como elemento essencial na formação por competências

O sexto capítulo desenvolve o tema **“Como trabalhar o eixo gestão em saúde na prática, e relata a experiência de 10 anos do curso de medicina do Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA”**. Os autores João Paulo Mendes Filho, Nara Alves de Almeida Lins e Milena Coelho Fernandes Caldato, compartilham a experiência sobre o tema, além de alguns aspectos considerados relevantes, que nortearam a concepção, a construção, o desenvolvimento e a gestão do projeto pedagógico do Curso de Medicina do CESUPA. Além disso, discorrem sobre a inserção do eixo Gestão em Saúde nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 e sua importância revelada nas oito dimensões para o curso de graduação em Medicina, e sobre a construção e os referenciais do projeto pedagógico. As organizações estudantis podem exercer um importante papel no desenvolvimento, tanto do curso, como do próprio aluno, já que participar dessas organizações permite o desenvolvimento de habilidades de liderança e gestão, bem como a capacidade de administração de conflitos e do seu próprio tempo pessoal.

O capítulo sete aborda **“O trabalho e o ensino da saúde em aliança: o olhar do Conselho Nacional de Saúde nas iniciativas formação profissional da área”**. Os autores Mirian Benites Falkenberg, Teresa Passarella, Francisca Valda da Silva e Alcindo Antônio Ferla, refletem sobre a formação em saúde no Brasil no período posterior às Diretrizes Curriculares Nacionais, sobretudo aquelas para os cursos da área da saúde. Abordam o que foi produzido a partir da reflexão sobre a experiência acumulada na Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) na avaliação da relevância social e sanitária da formação, no âmbito da graduação e nos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e psicologia, conforme previsto na legislação atual. Dissertam sobre a reflexão acumulada ao longo dos anos em implementar uma etapa de regulação social, relativamente à perspectiva da sociedade e às entidades que atuam no setor saúde, que dê o formato previsto constitucionalmente ao ensino das profissões da saúde como um todo. Ou seja, sistematizam a perspectiva da participação social na saúde.

O capítulo oitavo, dá início à Parte 2 do livro, que denominamos de “O percurso e as aprendizagens”, para agrupar reflexões que descrevem acúmulos institucionais ou pessoais no processo de mudanças na formação em saúde. Os autores Alcindo Antônio Ferla e Suzana Schwerz Funghetto, falam sobre as Residências em saúde e os cenários de práticas. Além disso, explicam a mudança na orientação da estratégia de ordenamento da formação profissional, protagonizada pelo Conselho Nacional de Educação, que centrou o modo de propor o desenvolvimento de capacidades profissionais na complexidade das realidades locais. Descrevem ainda, sobre a implementação de mudanças substantivas no modo de organizar o cuidado às pessoas e o fortalecimento da atenção básica/primária em saúde, em sintonia com as experiências internacionais, e sua grande expansão em termos de abrangência populacional; a grande diversificação de serviços, inclusive mudanças relevantes no perfil dos hospitais, produzindo redes regionalizadas, muitas vezes envolvendo diversos municípios e transcendendo as fronteiras dos estados.

O nono capítulo, intitulado “**Reflexões sobre a formação do profissional farmacêutico no Brasil**”, é assinado pelas autoras Margô Gomes de Oliveira Karnikowski e Andréa Pecce Bento, que abordam a formação dos profissionais da saúde, tema amplamente discutido no que diz respeito à construção de perfis acadêmicos, que contemplem o atendimento às necessidades de saúde da população brasileira, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Notam neste capítulo, a construção e implementação dos projetos pedagógicos para os cursos de Farmácia, que devem primar pela qualidade necessária ao cumprimento de competências atribuídas a estes profissionais e distribuídas nos eixos estruturantes citados anteriormente. Falam sobre os principais desafios identificados pelo setor da educação farmacêutica envolvendo a elaboração de uma matriz de ensino por competências, bem como a distribuição e implementação, ao longo do curso, de atividades nos cenários de prática e dos estágios curriculares.

O décimo capítulo, aborda “**A Inovação Social nos Cursos da Área da Saúde - do conceito à prática**”. Os autores Jean Marcel Chamon, Marcus Vinícius CM Cavalcante, Patrícia Martins e Ana Cláudia Mallab Lopes Chamon, abordam a preocupação de pensar em como progredir em direção a uma área compartilhada para as Instituições de Ensino Superior (IES), respeitando tradições e a diversidade

deixou de ser uma preocupação exclusiva para os europeus e tornou-se uma necessidade global. Neste capítulo, eles explicam que a Inovação Social é uma rede de aprendizado com as comunidades em que estão inseridas as IES, e defendem que a criação de instrumentos avaliativos próprios do impacto social, no processo de autoavaliação, possibilita um maior foco nas ações que mais causam impacto social na comunidade.

O décimo primeiro capítulo desta obra, foi intitulado **“Rompendo o isolamento em rompantes interculturais: experiências no programa mais médicos e os povos originários”**, e foi elaborado pelos autores Marcus Vinícius Marcelini Silveira Ribeiro e Alcindo Antônio Ferla. Eles compartilham um ensaio cujo objetivo foi apresentar a experiência profissional de supervisão acadêmica no Programa Mais Médicos em regiões indígenas. Não se trata apenas do relato de experiência, senão de uma reflexão sobre a formação e o trabalho médicos que emerge a partir dessa experiência, no contexto concreto das políticas e iniciativas voltadas para o ordenamento da formação e do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). O ensaio é um empreendimento ao qual nos dedicamos há algum tempo, como parte de um percurso de mestrado profissional em saúde da família na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul e a estruturação atual é o acúmulo a partir de versões anteriores, mas que nos permitiram outras ênfases, agora especificamente sobre o encontro da educação com a saúde na formação médica. Para tanto, foram contextualizadas características do programa e dos territórios, assim como de situações que permitem refletir sobre a relevância do fortalecimento de conexões entre a formação e o exercício profissional de médicos e demais profissões e ocupações da saúde com territórios diversos, onde a complexidade da saúde se expressa de forma significativa à compreensão da saúde, gerando capacidades locais e globais, como apontam os atuais paradigmas do ensino médico pós-flexneriano.

O décimo segundo capítulo, foi elaborado por Alessandro Rezende da Silva. Seu título **“QWERT: por que tem que ser assim?”** retrata sobre o cuidado na atenção básica, que é o conjunto de procedimentos iniciais que norteia as demais ações. Para tanto, a melhoria dos serviços de saúde como indispensável para uma resposta efetiva à dupla carga de adoecimento de países de média e baixa renda requer a melhoria dos serviços de saúde. Observa ainda, sobre o pedido

por um gerenciamento de saúde mais eficaz implora por um entendimento da complexidade populacional, demográfica, social, econômica, etc. Evidência que é preciso provocar resultados diferentes como os atuais ao propor aos coletivos e equipes práticas de superar limites e experimentar outras maneiras de organização de serviços e novos modos de produção e circulação de poder.

O décimo terceiro capítulo desta obra, **“Peer instruction as a GAP free evaluation”**, foi escrito por Ceres Murad, e trata de uma proposta de avaliação lacuna zero. A abordagem conceitual proposta por Mazur na PI nos pareceu apropriada para o nosso objetivo, uma vez que a prova bimestral seria constituída unicamente de problemas. Entretanto, utilizá-la com o propósito revisional demandou adaptações, em especial, em função da situação remota em que seria aplicada. O termo lacuna zero foi escolhido para dar nome à técnica PILZ por representar uma varredura, conceito a conceito, dentre aqueles selecionados pelo professor como importantes para a aprendizagem da disciplina. A aplicação foi feita em todos os 14 cursos de bacharelado, 178 professores e 3.573 alunos, da UNDB, nas áreas de humanas, técnica e de saúde, com o propósito de detectar lacunas na aprendizagem dos alunos e tratá-las com a ajuda de pares. Foi programada a Semana Peer Instruction Lacuna Zero, antes das provas, em que todos os professores realizaram a revisão de conceitos com a técnica.

O décimo quarto capítulo, titulado **“Preconceito e desconhecimento no ensino e na atenção: saúde da família e a genitorialidade LGBT+”**, trata de uma análise feita em cima de uma pesquisa recente, realizada junto ao atendimento de saúde de pessoas LGBT+, que mostra que essa população tem menor acesso ao sistema de saúde, encontrando um atendimento não humanizado, uma atenção discriminatória e resistente às questões da diversidade sexual por parte de profissionais da saúde. Mostra também a relevância dessa temática tornar-se mais visível e mais densamente desenvolvida na formação dos profissionais de saúde e da educação, de forma mais geral, considerando que se trata de uma característica da cultura da sociedade.

Na sequência, temos o capítulo escrito por William Pereira Santos e por Alcindo Antônio Ferla, onde ambos abordam a temática do **“Estágio docente em biologia durante a pandemia da Covid-19 e as novas relações de trabalho impostas pelo vírus da desigualdade e a aprendizagem em ato”**. O estágio

docente adquire uma textura de conectar conhecimentos, áreas de políticas públicas e instituições, no caso a escola e o sistema de saúde, no contexto da pandemia de Covid-19. A mudança observada no sistema de ensino, sobretudo nos ensinamentos fundamental e médio, também impactou a atividade de estágio supervisionado para os cursos de graduação, marcada pela aproximação do estudante de graduação à prática docente com atuação nas escolas. Aqui a questão central não era propriamente o atraso na conclusão dos cursos, mas a possibilidade objetiva de que essas atividades curriculares pudessem contribuir com o enfrentamento à pandemia.

Por fim, o último capítulo do livro, trata das **“Aprendizagens e afetos na formação em saúde: anotações de uma experiência interprofissional em uma clínica-escola”**. Os autores Suelen Beal Miglioransa e Ricardo Burg Ceccim apresentam dados de parte de um projeto de mestrado no Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEdu/UFRGS). Com uma perspectiva cartográfica, a pesquisa problematiza a história e ação de uma clínica-escola que em seu nascimento rompia com a tradicional proposta formativa de certos cursos de graduação, oferecendo uma clínica com compromisso social por parte da universidade ao mesmo tempo que configurando um espaço privilegiado de aprendizagem para seus estudantes.

Como se registrou anteriormente, os textos colecionados na obra têm, ao mesmo tempo, um caráter histórico, sistematizando questões associadas ao movimento de mudanças na formação das profissões da saúde no Brasil ao longo dos mais de 20 anos de percurso, desde as DCN; e um caráter avaliativo, quando apresenta o conhecimento que se produziu ao longo desse período sobre essa temática, principalmente em iniciativas institucionais de mudança e em estudos e pesquisas realizadas em programas de pós-graduação e em instituições que apostaram na mudança, embasada na legislação e na necessidade social e sanitária de novos perfis profissionais.

Sistematizá-los aqui teve a motivação forte de produzir uma certa imunidade aos modismos de “novas mudanças”, sem a radicalidade das experiências prévias, que tem nos mostrado ser, também, um movimento de resistência às mudanças. Para não enfrentar problemas estruturais, muitas vezes se torna confortável decretar a saturação das políticas anteriores e das iniciativas existentes. Então,

desejamos uma excelente leitura e muita inspiração para fortalecer iniciativas que nos permitam avançar ainda mais, com densidade epistêmica e ética, no caminho de ensinar às profissões da saúde o caminho da mudança.

Referências

CECCIM, R. B. Coletivos aprendentes e coletivos de prática: das mutações de cenário e das práticas educativas em educação na saúde. Em: SANTOS, Adriano Maia dos; BISPO JÚNIOR, José Patrício; PRADO, Níliá Maria de Brito Lima (Org.). **Caminhos da pesquisa em saúde coletiva no interior do Brasil**. Salvador: EDUFBA, 2020. p. 117-136.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde** [online], v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso.

DÍAS, M. T. G. (org.) *et al.* **Quando o ensino da saúde percorre territórios**: dez anos da Coordenadoria de Saúde. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/quando-o-ensino-da-saude-percorre-territorios-dezanos-da-coordenadoria-de-saude/>.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina & Sociedade**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

FERLA, A. A. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais**: Educação na Saúde, v. 5, n. 2, p. 81-94, ago./dez. 2021 81. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/119022/65813>

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an independent world. **The Lancet**, London, v. 376, p. 1923-1950, 2010. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5).

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. Disponível em: https://www.webcitation.org/5gbib2ON9?url=http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf.

TESTA, M. **Pensar em salud**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1989. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18738>

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

PARTE 1

A BASE EPISTÊMICA E OS PONTOS DE PARTIDA



DIRETRIZES CURRICULARES NA ÁREA DA SAÚDE: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS ENTRE A LEGISLAÇÃO E A REALIDADE BRASILEIRA

Ihanmarck Damasceno dos Santos

Niube Ruggero

Ricardo Luiz Salvador

Simone Abrantes

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural e não representa a mesma coisa para todas as pessoas, pois depende da época, do lugar, da classe social. Em termos legais, o conceito de saúde expresso na Constituição Federal de 1988, no artigo 196, é definido como direito fundamental, de todos os cidadãos brasileiros, sendo 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.

Ainda com relação às ações e serviços públicos de saúde, o artigo 198 da Carta Magna coloca que essas ações integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, que prevê ainda a ordenação para a formação de recursos humanos na área de Saúde. Para que o conceito de Saúde seja construído na formação dos profissionais de saúde dentro dos princípios, das diretrizes e das necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), é necessária uma permanente articulação com a Educação, por meio de políticas e mecanismos capazes de suprir as reais necessidades de atendimento da população. Nesse sentido, construir políticas de formação pressupõe uma articulação entre as instituições normativas, regulatórias, as instituições formadoras e o SUS, e tem sido um desafio permanente para os que fazem Saúde e Educação no Brasil.¹

Cabe ao Conselho Nacional de Educação (CNE), órgão colegiado deliberativo e normativo do Ministério da Educação (MEC), a construção de diretrizes curriculares que devem ser seguidas por instituições de educação superior, por municípios, estados e União após homologação do Ministério.

As diretrizes seriam a expressão do compromisso que a mudança na formação teria ao posicionar a universidade perante seu papel social nos campos de Saúde e Educação. Feuerwerker, Almeida e Llanos enfatizam, no entanto, a existência de imprecisões no texto das diretrizes, que refletiriam a existência de disputas em torno das futuras mudanças e que, ao deixarem brechas sobre o tipo de orientação a ser adotado, apenas sugerem a superação das abordagens tradicionais:

Diretrizes curriculares expressam uma orientação geral, algumas vezes genérica, justamente porque não pretendem ser a expressão de um Currículo Nacional [...]. As orientações das diretrizes estimulam as escolas a superar as concepções conservadoras, a rigidez, o conteudismo e as prescrições estritas existentes nos currículos mínimos, mas não definem um caminho único (p. 14)

As diretrizes curriculares nacionais para área da saúde foram construídas sobre a égide das discussões da Reforma Sanitária Brasileira, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como base a Constituição Federal, a Lei Orgânica 8.080/1990, no acesso à educação, com a participação da família, do Estado no processo educacional, além do vínculo ao mundo do trabalho e à prática social, prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, no Plano Nacional de Educação, Lei nº 10.172/2001; no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), Lei nº 10.861/2004 e Decreto nº 5.773/2006. Essas diretrizes tiveram uma concepção que traçou habilidades específicas, competências gerais associadas a um perfil profissional capaz de tomar decisões, de se comunicar com os pares e com a sociedade, de liderar para mudanças, de gestão, tendo como base um processo de educação permanente e de atenção às questões da saúde e da formação.

O Conselho Nacional de Educação (CNE) por meio da Câmara de Educação Superior é órgão responsável pela construção de diretrizes curriculares nacionais que visam expressar o conceito de qualidade expresso na Constituição de 1988, bem como orientar as instituições brasileiras de ensino na organização, articulação, desenvolvimento de suas propostas pedagógicas e de seus currículos. Esse conselho foi instituído pela Lei 9.131 de 1995, tem atribuições normativas, deliberativas e de assessoramento ao Ministro de Estado da Educação.

A construção do texto das diretrizes elaboradas pelo CNE após ampla discussão entre a área da Educação e Saúde, envolvendo instituições de educação superior, rede de trabalhadores da saúde e sociedade em geral, tem na descrição do perfil desejado do formando o ponto principal do processo de formação para a área da saúde, com foco na atenção básica, com competências comuns e habilidades para atuação no SUS. Desta diretriz geral para os cursos da área da Saúde foram discutidas pelo CNE, no período de 2001 a 2004, as diretrizes para cada curso.

As competências expressas nessa proposta de formação comum têm como objetivo propiciar, conforme a base de formação para o século XXI da UNESCO, que os alunos possam, ao longo do currículo: aprender a aprender, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e humanização do atendimento

Para subsidiar construção de currículos dos cursos para a área da saúde as diretrizes colocam ações de articulação entre teoria e prática, o estabelecimento de orientações para avaliações periódicas do processo de ensino aprendizagem e o incentivo a uma formação geral sólida por meio do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente e saúde.

Por outro lado, um movimento de definição de Diretrizes Curriculares Nacionais, que atendesse às tendências contemporâneas da educação, representou uma significativa contribuição à formação profissional para o SUS.

O processo de elaboração das diretrizes inclui análise das propostas constantes nos pareceres elaborados pelo CNE e submetidos à consulta da comunidade educacional, para que, após esse procedimento, sejam formalizadas em termos de resoluções, de caráter mandatório para todos os sistemas de ensino do território nacional e servem também de referência para os processos de avaliação dos cursos.

As diretrizes dos cursos da Saúde foram elaboradas pelas Comissões de Especialistas da Secretaria de Ensino Superior (SESu) do Ministério da Educação (MEC) e encaminhadas ao CNE em 2001 para que subsidiassem os pareceres e as resoluções dos cursos dos respectivos cursos graduação.

Após amplo debate com a comunidade educacional, científica, dos conselhos profissionais, dos trabalhadores da área da saúde e tendo como elementos básicos de estruturação a definição do perfil do egresso; as competências e habilidades desejáveis; organização do curso, os conteúdos curriculares; os

estágios e as atividades complementares, acompanhamento e avaliação foram encaminhados pelo CNE¹ os textos dos pareceres que fundamentaram as resoluções que constituíram-se em orientações para a elaboração dos currículos com competências comuns² aos profissionais de saúde que devem necessariamente ser adotadas por todas as instituições de ensino.

Em especial, cabe destacar que a concepção de uma formação generalista expressa nessas diretrizes³, teve como premissa a atuação em equipe, em um sistema descentralizado, hierarquizado de referência e contrarreferência recebeu influências do Sistema Único de Saúde (SUS), da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990. Outro fator importante a ser destacado é que no momento da publicação em 7 de agosto do 2001 do Parecer CNE 1.133, da Câmara de Educação Superior que tratou Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.

Este Parecer definiu o objeto das diretrizes curriculares a partir da articulação entre a Educação Superior e a Saúde:

Permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdo, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo de Reforma Sanitária Brasileira [...] levar os alunos dos cursos de graduação em saúde à aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo

1 O CNE analisou as propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino e encaminhadas pela SESu/MEC ao CNE, tendo como referência os seguintes documentos: Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde nº 080 de 19/9/1990; Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 394 de 20/12/1996; Lei que aprova o Plano Nacional de Educação nº 172 de 9/1/2001; Parecer CES/CNE 776/97 de 3/12/1997; Edital da SESu/MEC nº 4/97 de 10/12/1997; Parecer CES/CNE 583/2001 de 4/4/2001; Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998; Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000; Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999; Documentos da OPAS, OMS, Rede UNIDA e Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde.

2 A Rede Unida produziu em 1998 um texto preliminar encaminhado à SESu/MEC, no qual formulou competências comuns aos profissionais de saúde. Este texto é conhecido como “Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde”, publicado na Revista Olho Mágico.

3 As diretrizes curriculares para os cursos da área de Saúde foram aprovadas entre 2001 e 2004. As resoluções dos cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição são de 2001, Farmácia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Odontologia de 2002, Biomedicina, Medicina Veterinária de 2003 e Educação Física de 2004. Em 2014, baseada na Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, que cria o Programa Mais Médicos, são promulgadas as novas diretrizes para os cursos de Medicina.

a capacitação e profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

Stella e Puccini (p. 53) analisam que essas diretrizes se constituem em uma mudança paradigmática na formação dos currículos dos profissionais saúde, pois deixam de se centrar em um modelo flexneriano, biomédico e curativo para desenvolver estruturas curriculares que enfocam o binômio saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção.

Já Feuerwerker, Almeida e Llanos lembram que as diretrizes para a área da Saúde foram definidas dentro de um contexto em que sua modulação se dava a partir dos interesses e orientações do sistema público de saúde, público, democrático garantindo a busca pela universalidade e integralidade da atenção.

Nessa perspectiva as diretrizes curriculares da área da Saúde para os seus respectivos cursos de graduação são também um conjunto de indicações que servem de referência para os processos de avaliação de cursos.

Nesse sentido os autores apontam como fundamental o papel da avaliação no processo de configuração de mudanças, ou seja, apesar de orientarem processos de mudanças profundos, por serem muito genéricas, também comportam mudanças mais tímidas e circunscritas.

Caracterização da área da saúde e contextualização das DCN

As diretrizes curriculares para a área da Saúde compreendem pressupostos que norteiam o ensino por meio da delimitação do que deve ser transmitido ao aluno e de que modo deve dar-se essa transmissão, tendo como perspectiva o aprender conviver, a ser, a fazer, a conhecer para aprender a aprender.

Nas DCN estão contidas os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação para a área com orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente respeitadas por todas as instituições de ensino superior.

As diretrizes curriculares seguiram as determinações expressas no Edital nº 4/97 da SESu/MEC. Este edital define o conjunto de elementos constitutivos que as diretrizes curriculares deveriam contemplar: *perfil, competências e habilidades*,

conteúdos curriculares, duração dos cursos, estrutura modular, estágios e atividades complementares e conexão com a avaliação institucional. A apresentação desses elementos no Edital, ao mesmo tempo que procurou ordenar o debate nacional, também pode ter contribuído para limitar a criatividade e a flexibilidade necessárias ao processo de construção coletiva, para uma sistematização pela SESu e depois envio ao CNE, para construção das resoluções e pareceres de cada curso.

De acordo com o Parecer CNE/CES 776/97 e o Edital 4/97 da SESu/MEC, as diretrizes curriculares deveriam ser construídas para:

Ser orientações para a elaboração dos currículos; assegurar às IES ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida; apontar apenas indicações de tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem, evitando ao máximo a fixação de conteúdo específicos com cargas horárias pré-determinadas; diminuir a duração dos cursos; incentivar uma sólida formação geral, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferentes em um mesmo programa (flexibilidade).

A área construção e caracterização da área da Saúde, após amplo debate realizado pela Rede Unida, traçou o delineamento de um perfil comum que teve como foco a formação generalista. Esse delineamento fez com que o CNE descrevesse no CNE/CES Parecer nº. 1133 de 2001, construísse as DCNAS, que além de todos os elementos constitutivos elencados no Edital 4/97, incluísse a questão do SUS com a Referência e Contrarreferência. As DCNAS criaram uma unidade para área e um conceito de formação profissional de acordo com os princípios do SUS. Todas as DCN dos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional e Educação Física têm artigos comuns em suas resoluções que fazem referências as DCNAS. Os artigos que expressam as competências comuns para a formação são os cinco primeiros: CNE/CES Resolução 2/2002, CNE/CES Resolução 3/2001, CNE/CES Resolução 4/2001, CNE/CES Resolução 5/2001, CNE/CES Resolução 3/2002, CNE/CES Resolução 4/2002, CNE/CES Resolução 5/2002, CNE/CES Resolução 6/2002, CNE/CES Resolução 2/2003.

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área da Saúde, em vários itens do art. 5º, reiteram a importância da formação superior: propiciar

competências e habilidades para o trabalho em equipe multiprofissional e para atuar de forma a garantir a integralidade da assistência.

Nesse sentido ao verificarmos alguns elementos escritos em tais resoluções, a partir dos princípios do SUS, observamos que foram enfocados os conceitos centrais de acordo com a LOA 8080/90 e as DCNAS, que preveem as ações de promoção, prevenção em educação e saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, enfocadas em propostas de currículos flexíveis que devem propiciar a aquisição de um perfil generalista, com habilidades e competências profissionais observadas e aprendidas tanto o individual quanto o coletivo, em diferentes metodologias de aprendizagem em múltiplos cenários de ensino.

Referências

STELLA, R.C.R.; PUCCINI, R.F. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina. *In*: PUCCINI, R. F.; SAMPAIO, L. O.; BATISTA, N. A., orgs. **A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social** [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. p. 53-69.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p.

A AVALIAÇÃO COMO MECANISMO DE INDUÇÃO DA QUALIDADE NOS INDICADORES DA FORMAÇÃO EM SAÚDE – UMA DISCUSSÃO SOBRE A APLICAÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

Suzana Schwerz Funghetto

Introdução

A avaliação preconizada pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) além de ser referencial básico para o processo regulatório é indutora de qualidade. Desde 2004, os cursos da saúde participam do processo de avaliação *in loco*, sob a responsabilidade do Instituto Nacional Anísio Teixeira (INEP) utiliza um instrumento que enfoca três dimensões projeto pedagógico, infraestrutura e corpo docente. Este capítulo é resultado de pesquisa de doutorado interdisciplinar na área de ciências e tecnologias da saúde. Traz à tona dados referentes aos indicadores que verificam o cumprimento das diretrizes no projeto pedagógico, no período de 2012 a 2014, por meio de análises descritivas e do teste de Kruskal-Wallis para identificar as diferenças entre cursos da saúde.

O Brasil tem realizado desde 2004, em função da Lei nº 10.861/2004 que rege o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), ações que objetivam avaliar a capacidade das Instituições de Educação Superior (IES) o desenvolvimento dos cursos de graduação e a formação dos estudantes nesse nível de ensino. O SINAES induz a garantia da qualidade da oferta prevista desde 1988 por ato constitucional através de medidas regulatórias, avaliativas e de supervisão em diferentes atos autorizativos (BRASIL, 1988; SINAES, 2007; GRIBOSKI, 2014; FUNGHETTO, 2015).

Em especial, consolida a avaliação da qualidade em instituições, cursos e desempenho dos estudantes, por meio de instrumentos específicos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009). As avaliações institucionais e de cursos são realizadas por visitas nas quais docentes da educação superior que fazem parte do Banco

Nacional de Avaliadores - BASIs verificam as condições de oferta considerando as dimensões, os indicadores e critérios em instrumentos específicos orientados pelas legislações vigentes.

O instrumento de avaliação de curso possui três dimensões avaliativas sendo que a dimensão 1 trata do projeto pedagógico, a dimensão 2 refere-se ao corpo docente e a dimensão 3, a infraestrutura.

Os procedimentos de aplicação, previstos pelo SINAES, consistem em realizar uma avaliação na IES para investigar o curso a partir de documentos apensados antecipadamente em formulário eletrônico próprio para esse fim, de documentos relevantes disponibilizados na ocasião da visita, da análise crítica às instalações e de entrevistas com interlocutores chave ao processo. Com base nas informações obtidas, os avaliadores preenchem o instrumento, indicador a indicador, em uma escala em que 1 é o valor mínimo e 5 o máximo, a média dos valores inseridos por dimensão formam o conceito da dimensão. Os conceitos 3, 4 e 5 são considerados satisfatórios pelo SINAES. Os atos autorizativos são concedidos pelo Ministério da Educação e representam os seguintes momentos: autorização (início do curso), reconhecimento (implementação do curso), renovação de reconhecimento (consolidação do curso) realizadas a partir da análise dos projetos pedagógicos, das diretrizes e legislações vigentes (SINAES, 2007, GRIBOSKI, 2014, FUNGHETTO, 2015).

Uma média ponderada dos conceitos das dimensões, com peso diferenciado em função do ato autorizativo, formam o conceito final que tem arredondamento para se enquadrar numa escala categórica de cinco pontos. Os pesos por ato e dimensão são assim definidos para autorização: organização didático-pedagógica (30), corpo docente e tutorial (30) e infraestrutura (40); e para reconhecimento e renovação de reconhecimento: organização didático-pedagógica (40), corpo docente e tutorial (30) e infraestrutura (30). Os conceitos das dimensões resultam da média aritmética simples dos seus respectivos indicadores, considerando no resultado a primeira casa decimal.

O conceito do curso (CC) é calculado automaticamente, pelo sistema eletrônico do Ministério da Educação, com base na média aritmética ponderada dos conceitos das dimensões, com arredondamento no resultado final. Os requisitos legais e normativos não fazem parte do cálculo, que eram essencialmente regulatórios.

O instrumento que avalia os cursos da área da saúde passou, por seis momentos diferentes em 2006, 2008, 2009, 2012, 2015, 2016 e 2017. Em 2006, foi construído um instrumento único, de Avaliação de Cursos de Graduação que foi utilizado para os atos de reconhecimento e renovação de reconhecimento dos cursos de Bacharelado, Licenciatura e Tecnológicos, nas modalidades presencial e a distância. Esse instrumento único tinha como características, abrangência e a flexibilização necessárias para assegurar avaliação fidedigna dos cursos, respeitando suas peculiaridades contempladas nas Diretrizes Curriculares Nacionais de cada curso, a diversidade regional e a identidade institucional (BRASIL, 2006, p. 7).

Entre 2008 e 2009, foram criados doze instrumentos, sendo cinco para autorizações de funcionamento, seis para reconhecimentos de cursos e um para as renovações de reconhecimento de cursos. Nesse período, cada instrumento tinha uma lógica (BRASIL, 2015, p. 61).

Em 2012, passou a existir um instrumento de avaliação capaz de subsidiar os processos avaliativos em caso de diferentes atos regulatórios, cursos (bacharelados, licenciaturas e tecnológicos) e modalidades (presencial e a distância). (BRASIL, 2012). Por essas características, associadas ao fato de ter sido elaborado a partir de uma releitura dos instrumentos vigentes até contemplar critérios de qualidade dos cursos de graduação, o instrumento tinha cunho matricial (FUNGHETTO; GRIBOSKI, 2011). Esse instrumento, adaptado aos diferentes momentos dos cursos, considerava as especificidades das diferentes Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), o projeto pedagógico, o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), os requisitos legais e normativos, os objetivos do SINAES e os processos de Avaliação Institucional (interna e externa). Por ser um instrumento matricial há inclusão de alguns termos nos critérios de análise dos indicadores o que possibilitou a distinção dos atos autorizativos no momento da avaliação *in loco*. Em relação aos critérios de análise dos respectivos indicadores, criou-se o termo “análise sistêmica e global” para as dimensões cujas características exigem mais de um objeto de análise, como a dimensão “infraestrutura”. Para a consideração das especificidades das organizações acadêmicas, dos graus dos cursos (tecnológico, bacharelado e licenciatura), modalidade de ensino (presencial e a distância), e dos próprios cursos, sobretudo o de Medicina e da Área da Saúde, foi utilizada a expressão “não se aplica” (NSA) (FUNGHETTO, 2015).

Em 2015 houve alteração dos indicadores da área da saúde que foram motivados pela publicação da Lei dos Mais Médicos, das diretrizes curriculares do curso de Medicina e do trabalho realizado pelo INEP com comissões específicas, conselhos profissionais, Conselho Nacional de Saúde, SEGETS do Ministério da Saúde para a melhoria da avaliação *in loco*.

Entre 2015 e 2016 os cursos da área da saúde tiveram na autarquia estudos específicos que resultaram em capacitações de avaliadores e na elaboração de documentos orientadores dando origem a um novo instrumento em 2016, que foi suspenso e revogado em 2017 com uma nova publicação de instrumento (FUNGHETTO; GRIBOSKI; MUNIDM, 2016).

Com uma lógica diferenciada o “novo instrumento vigente” em 2018 tem um cunho mais regulatório a partir da publicação com o Decreto 9.235 que tratou sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições de educação superior e dos cursos de graduação e de pós-graduação no sistema federal de ensino. Esse instrumento traz além das dimensões, indicadores e critérios de análise associados sob a forma de aditivos. Esses aditivos além de induzir a qualidade através de uma única ótica, provocam ações de mudanças nos projetos pedagógicos que alteram o dia a dia universidades, centros universitários e faculdades. Essas alterações aumentam as especificidades de atendimento estimulando inovações para os cursos na área da saúde.

Entre 2015 e 2017 o Conselho Nacional de Educação (CNE), por meio da Câmara de Educação Superior promoveu audiências públicas que discutiram a formação e novas diretrizes para os cursos de Educação Física, Medicina, Enfermagem, Farmácia e Saúde Coletiva.

Essas discussões para área da saúde realizadas pelo CNE foram primordiais pois se pautaram no desenho de formação generalista que envolve o núcleo comum de formação para todos os cursos, a articulação entre teoria e prática, o estabelecimento de orientações para avaliações do processo de ensino aprendizagem, o incentivo a uma formação geral sólida por meio do desenvolvimento intelectual, autônoma e permanente e saúde, a atuação em equipe, em um sistema descentralizado, hierarquizado de referência e contra referência, onde a gestão e a educação e saúde foram incorporadas. Nesse sentido, as diretrizes apontam para um processo formativo que deve ser iniciado desde a graduação e continuada em serviço, pois

está atrelada às necessidades de saúde da população, por meio de uma política de educação permanente, de acordo com princípios e diretrizes do SUS, da atenção integral e a construção da cadeia do cuidado progressivo à saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009; OLIVEIRA *et al.* 2011, FUNGHETTO, 2015).

Este capítulo tem como objetivo apresentar um panorama das avaliações *in loco* na área da saúde realizadas pelo INEP, no período de 2012 a 2014, tendo como recorte, os indicadores referentes ao projeto pedagógico (dimensão 1 do instrumento matricial), cotejando os diferentes momentos dos cursos e atos autorizativos.

Para análise proposta foram utilizados de dados secundários, obtidos via Diretoria de Avaliação da Educação Superior (DAES) com dados gerados pela Diretoria de Tecnologia e Disseminação de Informações Educacionais (DTDIE) do INEP, em dezembro de 2014 e fazem parte de uma tese de doutorado finalizada em 2015.

Os dados formam coletados da base de informações do sistema eletrônico do Ministério da Educação, referentes a 1048 avaliações *in loco* dos atos autorizativos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento, ocorridas de 2012 a 2014, para os cursos de Biomedicina – BIO (83), Educação Física – EDFIS (268), Enfermagem – ENF (229), Farmácia – FAR (110), Fisioterapia – FISIO (111), Fonoaudiologia – FONO (15), Medicina – MED (72), Nutrição – NUT (97), Odontologia ODONT – (55) e Terapia Ocupacional – TO (8). Com relação ao ato autorizativo, o recorte feito foi para a modalidade presencial, estando distribuído da seguinte forma: autorização (277), reconhecimento (494) e renovação de reconhecimento (275) (FUNGHETTO, 2015).

O instrumento adotado para análise das avaliações de cursos foi o Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância, adotado até abril de 2015 (IACG 2012). O instrumento foi composto por 63 indicadores, divididos em três dimensões: organização didático-pedagógica (22 indicadores), corpo docente e tutorial (20) e infraestrutura (21). Devido ao objetivo de análise do impacto das diretrizes na formação da em saúde, foi feito um recorte para trabalhar os resultados referentes ao projeto pedagógico retirados os indicadores exclusivos da medicina e que não se relacionam com a área.

Uma vez que se buscou identificar a existência de diferença significativa nos escores dados para cada indicador individualmente, adotando como variáveis predictoras os cursos e os atos autorizativos, primeiramente foram analisados

como os dados se comportam por meio de medidas de tendência central (média, mediana, moda) e de dispersão (desvio-padrão e variância) e simetria. Uma vez que os pressupostos de normalidade e homogeneidade da variância não foram alcançados, mesmo após procedimentos de transformação dos dados, optou-se por adotar teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para identificar as diferenças e como *post hoc* o teste de Mann-Whitney caso a caso, com correção de Bonferroni para controlar o erro de tipo I (FUNGHETTO, 2015).

Resultados e Discussão

Para análise das especificidades dos indicadores do IACG 2012 foram observados na dimensão que avalia os projetos pedagógicos todos os indicadores que têm relação com o PPC e as DCN, que para a área da saúde, de modo em geral, orientam a educação em sintonia com o modelo de saúde vigente, o Sistema Único de Saúde (SUS), para responder às necessidades sociais de saúde na perspectiva da integralidade e da atuação em equipe.

Para esse recorte foram escolhidos os indicadores 1.1 contexto educacional; 1.2 políticas institucionais no âmbito do curso; 1.3 objetivos do curso; 1.4 perfil do egresso; 1.5 estrutura curricular; 1.6 conteúdos curriculares; 1.7 metodologia; 1.8 estágio curricular supervisionado; 1.9 atividades complementares; 1.10 trabalho de conclusão de curso; 1.11 apoio ao discente; 1.12 ações decorrentes aos processos de avaliação do curso; 1.14 tecnologias da informação e comunicação; 1.17 processos de avaliação da aprendizagem e 1.18 número de vagas.

Essa escolha também ocorreu devido as diretrizes da área da saúde que descrevem as competências e habilidades comuns para a construção de seus cursos, pois as mesmas atendiam a formação para o SUS necessitando de projetos pedagógicos que propusessem a diversificação dos cenários de práticas e do fortalecimento da parceria e da interação entre ensino-serviço e comunidade. Além disso, é na dimensão 1 que o projeto pedagógico e o currículo são concebidos e fundamentados nos referenciais socioantropológicos, psicológicos, epistemológicos e pedagógicos em consonância com o perfil do egresso previsto nas Diretrizes Curriculares (BRASIL, 2006:11, HADDAD *et al.*, 2009).

Todos os indicadores analisados se relacionavam com as diretrizes comuns dos cursos da área da saúde. Partindo do pressuposto de que os

projetos pedagógicos ao terem como base as diretrizes e os princípios do SUS os indicadores 1.1, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.14, 1.17 e 1.18 deveriam expressar os conhecimentos e saberes considerados necessários à formação das competências estabelecidas a partir do perfil do egresso.

Os indicadores 1.2, 1.11, 1.12 e 1.18 se relacionam com o PDI, as políticas institucionais e com a concepção da criação dos cursos da saúde. O indicador 1.18 verifica os critérios quanto à qualidade de curso e sua oferta.

A tabela 1 apresenta as médias e os desvios-padrão por curso para cada um dos indicadores eleitos.

Tabela 1. Comparação das médias e desvio padrão entre cursos da área da saúde para os indicadores referente à organização didático-pedagógica (Dimensão 1) do instrumento avaliativo (IACG/2012).

Indicadores IACG 2012	BIOMEDICINA (n=83)		EDUCAÇÃO FÍSICA (n=268)		ENFERMAGEM (n=228)		FARMÁCIA (n=118)		FISIOTERAPIA (n=111)		FONOAUDILOGIA (n=15)		MEDICINA (n=72)		NUTRIÇÃO (n=97)		ODONTOLOGIA (n=55)		TERAPIA OCUPACIONAL (n=8)	
	MÉDIA	DV	MÉDIA	DESVIO	MÉDIA	DESVIO	MÉDIA	DESVIO	MÉDIA	DESVIO	MÉDIA	DESVIO	MÉDIA	DESVIO	MÉDIA	DESVIO	MÉDIA	DESVIO	MÉDIA	DESVIO
1.1 CONTEXTO EDUCACIONAL	3.49	0.86	3.42	0.72	3.25	0.70	3.56	0.70	3.48	0.72	3.25	0.68	3.83	0.87	3.50	0.68	3.57	0.76	3.50	0.93
1.2 POLÍTICAS INSTIT. NO CURSO	3.17	0.91	3.15	0.76	3.18	0.73	3.21	0.60	3.14	0.80	3.25	0.86	3.44	0.80	3.41	0.71	3.13	0.78	3.50	0.76
1.3 OBJETIVOS DO CURSO	3.26	0.92	3.19	0.74	3.25	0.75	3.38	0.64	3.30	0.78	3.38	0.81	3.78	0.87	3.43	0.69	3.41	0.88	3.38	0.74
1.4 PERFIL DO EGRESSO	3.32	0.84	3.25	0.76	3.37	0.71	3.32	0.61	3.27	0.75	3.38	0.89	3.93	0.86	3.45	0.63	3.52	0.96	3.25	1.04
1.5 ESTRUTURA CURRICULAR	3.14	0.78	2.91	0.74	2.99	0.78	3.29	0.67	2.99	0.78	3.06	0.57	3.45	0.87	3.09	0.70	3.13	0.85	3.38	0.52
1.6 CONTEÚDOS CURRICULARES	3.22	0.78	2.97	0.72	3.07	0.78	3.39	0.60	2.94	0.76	2.94	0.68	3.49	0.89	3.00	0.72	3.30	0.88	3.13	0.64
1.7 METODOLOGIA	3.41	0.81	3.21	0.64	3.24	0.68	3.37	0.62	3.27	0.79	3.38	0.62	3.49	0.99	3.41	0.63	3.36	0.66	3.13	0.35
1.8 ESTÁGIO CURRICULAR	3.48	0.80	3.19	0.76	3.24	0.83	3.37	0.74	3.00	0.81	3.13	0.89	3.64	0.88	3.29	0.77	3.25	0.79	3.13	0.64
1.9 ATIVIDADES COMPLEMENT.	3.53	0.80	3.47	0.74	3.41	0.72	3.56	0.70	3.48	0.77	3.69	0.79	3.66	0.83	3.68	0.80	3.59	0.74	3.38	0.92
1.10 TCC*	3.61	0.81	3.42	0.77	3.43	0.73	3.60	0.66	3.56	0.72	3.25	0.86	4.00	0.84	3.62	0.71	3.67	0.79	3.63	0.74
1.11 APOIO AO DISCENTE	3.57	0.93	3.27	0.77	3.37	0.80	3.64	0.76	3.52	0.86	3.38	0.62	3.55	1.00	3.49	0.89	3.56	0.81	3.88	0.83
1.12 AÇÕES DECORR. PROCAVAL	3.26	0.90	3.20	0.75	3.31	0.67	3.36	0.77	3.30	0.76	2.94	0.93	3.61	0.84	3.26	0.72	3.28	0.73	3.38	0.92
1.14 TIC**	3.74	0.78	3.25	0.67	3.39	0.68	3.61	0.69	3.48	0.78	3.31	0.60	3.69	0.87	3.42	0.82	3.21	0.90	2.88	0.64
1.17 PROCESSO AVALIAÇÃO APREND	3.69	0.82	3.41	0.63	3.40	0.61	3.56	0.64	3.44	0.67	3.50	0.73	3.52	0.85	3.51	0.62	3.48	0.59	3.50	0.53
1.18 NÚMERO DE VAGAS	3.63	1.06	3.42	0.88	3.32	0.92	3.44	0.81	3.18	0.85	3.06	0.57	3.56	1.10	3.66	0.83	3.02	0.97	3.25	0.89

* Trabalho de Conclusão de Curso ** Tecnologia da Informação

Fonte: DAES/INEP,2014.

Observa-se que as médias preponderantes estão próximas ao conceito 3, primeiro nível satisfatório do SINAES. Uma das linhas de interpretação desse fato é a existência de certa relação entre o conceito 3 e o que está expresso nas diretrizes curriculares, ou seja, há uma tendência dos PPC espelharem as DCN o que, por conseguinte, gera uma propensão dos cursos a implementarem aquilo que é fundamental. Isso sugere uma carência de um aprofundamento na verificação dos objetivos gerais propostos nos currículos tendo como perspectiva a formação do profissional de saúde com competências comuns.

Não obstante à tendência, verifica-se a incidência de médias em torno do valor dois em quatro indicadores (1.5, 1.6, 1.12 e 1.14) distribuídos em cinco cursos. O indicador 1.5 estrutura curricular teve três ocorrências de médias

próximas ao conceito 2 nos cursos de Educação Física, Enfermagem e Fisioterapia. O indicador 1.6 conteúdos curriculares também teve três ocorrências de médias em torno do valor 2 nos cursos de Educação Física, Fisioterapia e Fonoaudiologia. Nessa esteira, os indicadores 1.5 e 1.6 possuem intrínseca relação com as diretrizes curriculares que determinam os conteúdos essenciais à formação profissional, e com isso a estrutura curricular na perspectiva da integralidade, do cuidar em saúde, dos conhecimentos morfofisiológicos, dos determinantes socioculturais do processo saúde-doença, da ética e da humanística na relação com o paciente (CAVALCANTE; MELO, 2015). Cabe destacar que tais médias observadas foram próximas ao conceito 3, primeiro nível satisfatório do SINAES.

A média quatro aparece apenas no curso de Medicina no indicador 1.10 Trabalho de Conclusão de Curso que sugere uma importância dada à pesquisa e do conhecimento científico na formação dos profissionais médicos.

Apesar do resultado das avaliações apontarem para projetos pedagógicos que tem como base as diretrizes curriculares, as médias encontradas com predominância no conceito 3 demonstram pouca inovação quanto a construção de currículos na área. Em relação a essa similaridade, ao verificarmos as questões pertinentes nas diretrizes da área da saúde quanto aos artigos comuns de todos os cursos, recaímos sobre o conceito de competências e o seu processo no avaliativo. O conceito de competência é polissêmico definido por autores como Le Boterf (1995), Perrenoud (2000) sendo considerado a base da construção das DCN. Marinho-Araújo e Rabelo (2015) quando abordam esse conceito na educação superior colocam que as mudanças pedagógicas induzidas pelas diretrizes curriculares vêm sinalizando a necessidade de a investigação educacional pautar-se nos indicadores da trajetória de formação educativa, expressa em competências, habilidades, conhecimentos e saberes fundamentais.

Se essa trajetória da formação tem como fio condutor um conjunto de competências comuns, o resultado encontrado nas avaliações da área da saúde refletem apenas o proposto pelas diretrizes elaboradas pelo CNE, entre os anos 2001 a 2004, porém não ultrapassam novas maneiras de construção de projetos pedagógicos (CNE/CES Resolução 2/2002, CNE/CES Resolução 3/2001, CNE/CES Resolução 4/2001, CNE/CES Resolução 5/2001, CNE/CES Resolução 3/2002, CNE/CES Resolução 4/2002, CNE/CES Resolução 5/2002, CNE/CES Resolução 6/2002, CNE/CES Resolução 2/2003).

Parece relevante verificar se há diferença no desempenho dos indicadores por curso e por ato autorizativo. Para isso, uma vez que os pressupostos de normalidade e homogeneidade da variância não foram alcançados, e as amostras são formadas por grupos independentes, optou-se pelo método de Kruskal-Wallis que é considerado uma contraparte não paramétrica da análise de variância (FIELD, 2012). A tabela 2 apresenta os valores do teste e a significância por indicador.

Tabela 2. Resultados de significância por indicador da dimensão 1 representado pelo teste Kruskal-Wallis para os Cursos da área da saúde

Teste Kruskal-Wallis por Indicador e por Curso		
1.1	CONTEXTO EDUCACIONAL	H(9) = 49237, p<0,01
1.2	POLITICAS INSTIT. NO CURSO	H(9) = 22902, p<0,01
1.3	OBJETIVOS DO CURSO	H(9) = 44114, p<0,01
1.4	PERFIL DO EGRESSO	H(9) = 54558, p<0,01
1.5	ESTRUTURA CURRICULAR	H(9) = 47407, p<0,01
1.6	CONTEUDOS CURRICULARES	H(9) = 62359, p<0,01
1.7	METODOLOGIA	H(9) = 20710, p<0,05
1.8	ESTAGIO CURRICULAR	H(9) = 42528, p<0,05
1.9	ATIVIDADES COMPLEMENT.	H(9) = 14553, p>0,05
1.10	TCC	H(9) = 36659, p<0,01
1.11	APOIO AO DISCENTE	H(9) = 29865, p<0,01
1.12	AÇÕES DECORR. PROC AVAL.	H(9) = 24259, p<0,01
1.14	TIC	H(9) = 60552, p<0,01
1.17	PROCESSO AVALIAÇÃO APREND.	H(9) = 14789, p>0,05
1.18	NUMERO DE VAGAS	H(9) = 36505, p<0,01

* Trabalho de conclusão de Curso ** Tecnologia da Informação e Comunicação

Fonte: DAES/INEP, 2014.

Chama atenção na tabela acima que somente dois indicadores não apresentaram diferença significativa entre os cursos: 1.9 – atividades complementares e 1.17 – processo de avaliação ensino-aprendizagem. Isso pode ser explicado pelas características comuns da formação dos cursos, que tem competências similares nas diretrizes, que propõe um arcabouço teórico do SUS, com valorização dos postulados éticos e da cidadania, que favorecem a formação profissional de acordo com referenciais nacionais e internacionais (HADDAD *et al.* 2009). Como o indicador 1.9 enfoca as atividades complementares e o 1.17 o processo de avaliação da aprendizagem ambos seguem uma padronização textual das diretrizes. Porém se compararmos o indicador 1.7 que é a metodologia escolhida no projeto pedagógico e o processo de avaliação da aprendizagem encontramos diferenças significativas quanto a sincronia dos resultados obtidos,

uma vez que esses indicadores se complementam na estruturação de uma proposta de um projeto de curso.

Ao compararmos os indicadores 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.10, 1.11, 1.12, 1.14, e 1.18 observamos que todos apresentaram diferença significativa. Adotou-se Mann-Whitney, com correção de Bonferroni, como teste *post hoc* com os seguintes resultados: para o indicador 1.1 os cursos que apresentaram diferenças significativas ($p < 0,01$) foram: BIO/MED (U=2924,5), EDFIS/ENF (U=31723), EDFIS/MED (U=8635), ENF/FAR (U=11769), ENF/FISIO (U=13340), ENF/MED (U=6639), ENF/ODONT (U=5784), FAR/MED (U=3981), FISIO/MED (U=3947,5), FONO/MED (U=418), MED/NUT (U=3428). Para o 1.2: BIO/MED (U=3037), BIO/NUT (U=3783,5), EDFIS/MED (U=9809). Para o 1.3: BIO/MED (U=2577), EDFIS/MED (U=7609), DESFIS/NUT (U=12582), ENF/MED (U=7140), FAR/MED (U=3600), FISIO/MED (U=3630,5), MED/NUT (U=3428), MED/ODONT (U=2039,5). Para o 1.4: BIO/MED (U=2324), EDFIS/MED (U=7023), ENF/MED (U=6838), FAR/MED (U=2943), FISIO/MED (U=3077,5), MED/NUT (U=3032), MED/ODONT (U=2018). Para o 1.5: EDFIS/FAR (U=12033,5), BIO/MED (U=2992,5), EDFIS/MED (U=8081), ENF/FAR (U=11780,5), ENF/MED (U=7892,5), FAR/FISIO (U=5655), FISIO/MED (U=3803,5), MED/NUT (U=3496,5). Para o 1.6: EDFIS/FAR (U=11514,5), BIO/MED (U=3040), EDFIS/MED (U=8115), EDFIS/ODONT (U=6865,5), ENF/FAR (U=11255), ENF/MED (U=7920,5), FAR/FISIO (U=4816), FAR/NUT (U=4405,5), FISIO/MED (U=3438,5), FISIO/ODONTO (U=2908), MED/NUT (U=3100). Para o 1.10: BIO/MED (U=1986), EDFIS/MED (U=5005,5), ENF/MED (U=4883), FAR/MED (U=2533,5), FISIO/MED (U=2645), FONO/MED (U=268,5), MED/NUT (U=2364,5). Para o 1.11: BIO/EDFIS (U=10235), EDFIS/FAR (U=12320), EDFIS/FISIO (U=14748), EDFIS/MED (U=10104,5), EDFIS/ODONT (U=6764,5), ENF/FAR (U=12188), FAR/ODONT (U=2639,5). Para o 1.12: BIO/MED (U=2994,5). O indicador 1.12 somente apresentou situação semelhante entre Biomedicina e Medicina.

Esses dados apontam que os cursos da saúde não apresentam uma variação dos dados muito expressiva na avaliação *in loco*, o que sugere que há um padrão de formatação do projeto pedagógico, alinhado com o que está descrito nas

diretrizes curriculares propostas pelo CNE. É factível crer que isso ocorre porque elas reafirmam a necessidade e o dever das IES em formar profissionais de saúde voltados para o SUS, com a finalidade de adequar a formação às necessidades de saúde da população brasileira (CNE/CES Resolução 2/2002, CNE/CES Resolução 3/2001, CNE/CES Resolução 4/2001, CNE/CES Resolução 5/2001, CNE/CES Resolução 3/2002, CNE/CES Resolução 4/2002, CNE/CES Resolução 5/2002, CNE/CES Resolução 6/2002, CNE/CES Resolução 2/2003). Medicina é uma exceção que será abordada em separado.

As diferenças encontradas entre os indicadores 1.7 e 1.8, que enfocam a metodologia e o estágio curricular, são significativas para: 1.7 - EDFIS/MED (U=9721), ENF/MED (U=9079), FISIO/MED (U=4452); 1.8 - BIO/EDFIS (U=10317), BIO/FISIO (U=3875,5), EDFIS/MED (U=8554,5), ENF/FISIO (U=13450), ENF/MED (U=8109,5), FAR/FISIO (U=5483,5), FAR/MED (U=4084,5), FISIO/MED (U=3231), FISIO/NUT (U=5310), MED/NUT (U=3507), MED/ODONT (U=1922,5). Essas dissimilaridades podem ser explicadas devido ao fato de que ao propor a metodologia de um projeto pedagógico dos cursos as IES com ênfase no SUS que tem como base as diretrizes e a formação em serviço tenham que assegurar a qualidade no processo formativo, a humanização do atendimento, além de atender os regulamentos que são comuns para os estágios curriculares.

O indicador que teve maior número de diferenças significativas foi o 1.14 (13 casos) que trata das Tecnologias de Informação e comunicação no processo ensino-aprendizagem, seguido pelos 1.1 (contexto educacional), 1.6 (conteúdos curriculares) e 1.8 (estágio curricular supervisionado), 11 vezes cada. O *post hoc* aponta os seguintes cursos com diferenças significativas: Para o 1.14: BIO/EDFIS (U=8188), BIO/ENF (U=8443,5), EDFIS/FAR (U=11798,5), BIO/NUT (U=3587,5), BIO/ODONT (U=1831), BIO/TO (U=149), EDFIS/FISIO (U=14821,5), EDFIS/MED (U=8670,5), ENF/FAR (U=12149), ENF/MED (U=8803), FAR/TO (U=216,5), MED/ODONT (U=1912,5), MED/TO (U=168). Para o 1.18: BIO/FISIO (U=4103,5), BIO/ODONT (U=1864,5), EDFIS/FISIO (U=14869), ENF/NUT (U=10921), FAR/ODONT (U=2751,5), FISIO/MED (U=4272), FISIO/NUT (U=4617,5), FONO/NUT (U=513), MED/ODONT (U=1944), NUT/ODONT (U=2083). Tais diferenças podem ser

observadas pelas questões específicas descritas nas diretrizes para formação de cada um dos cursos. Essas diferenças demonstram ainda a fragmentação dos cursos em relação as questões comuns do processo formativo que ainda encontra obstáculos para a construção de um profissional que possa atender todas as questões relacionadas ao SUS.

Do total de diferenças significativas encontradas na comparação entre todos os cursos ($n=105$), Medicina responde por 56,2% ($n=59$). Ao compararmos os indicadores dos cursos de Odontologia e Medicina verificamos que as diferenças significativas permanecem, porém não constatamos diferenças entre os indicadores de Odontologia e os outros cursos. As diferenças significativas encontradas em relação ao curso de Medicina, no instrumento IACG 2012, podem ser explicadas em parte pelo fato de que esse curso, assim como o de Odontologia, necessitem de autorização independentemente de serem Universidades ou Centros Universitários, conforme Art.28 do Decreto nº 5.773/2006. No entanto, não explicam as diferenças encontradas entre os cursos de Odontologia e Medicina. Outra hipótese que poderia contribuir para explicar as diferenças significativa no processo avaliativo entre a Medicina e demais cursos da saúde, seria que os projetos pedagógicos estejam mais bem embasados para esse curso, pois no período anterior ao do IACG 2012, haviam instrumentos específicos para os diferentes atos autorizativos da Medicina, em que o avaliador tinha que se posicionar de forma discursiva na dimensão 1, em relato global sobre o projeto pedagógico e sobre a formação médica (BRASIL, 2008, p. 8). Tal indução pode ter produzido projetos pedagógicos específicos em acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais, além de fornecer elementos para a política de expansão específica do Ministério da Educação para os cursos de Medicina.

Além de verificar as diferenças entre cursos, ponderou-se pertinente a comparação entre atos autorizativos disponibilizados na tabela a seguir.

Tabela 3. Comparação das médias e desvio padrão entre Atos Autorizativos dos indicadores da dimensão 1 para os Cursos da Saúde no período 2012 a 2014.

		AUTORIZAÇÃO (n=277)		RECONHECIMENTO (n=494)		RENOV. RECONH. (n=275)	
		MÉDIA	DV	MÉDIA	DV	MÉDIA	DV
1.1	CONTEXTO EDUCACIONAL	3,36	0,82	3,5	0,75	3,48	0,66
1.2	POLÍTICAS INSTIT. NO CURSO	3,19	0,71	3,26	0,83	3,16	0,69
1.3	OBJETIVOS DO CURSO	3,17	0,81	3,38	0,79	3,38	0,71
1.4	PERFIL DO EGRESSO	3,28	0,81	3,41	0,77	3,42	0,72
1.5	ESTRUTURA CURRICULAR	2,97	0,79	3,08	0,79	3,15	0,71
1.6	CONTEÚDOS CURRICULARES	2,99	0,81	3,16	0,77	3,15	0,76
1.7	METODOLOGIA	3,20	0,74	3,35	0,71	3,32	0,68
1.8	ESTÁGIO CURRICULAR	3,09	0,79	3,29	0,8	3,4	0,82
1.9	ATIVIDADES COMPLEMENT.	3,36	0,89	3,56	0,78	3,59	0,74
1.10	TCC	3,40	0,78	3,58	0,76	3,62	0,72
1.11	APOIO AO DISCENTE	3,38	0,78	3,5	0,87	3,42	0,79
1.12	AÇÕES DECORR. PROC AVAL.	3,28	0,71	3,31	0,78	3,3	0,76
1.14	TIC	3,32	0,77	3,48	0,78	3,44	0,69
1.17	PROCESSO AVALIAÇÃO APREND.	3,36	0,63	3,54	0,69	3,47	0,66
1.18	NÚMERO DE VAGAS	3,06	0,91	3,47	0,91	3,6	0,86

*TCC - Trabalho de Conclusão de Curso/ * TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

Fonte: DAES/INEP,2014

O IACG 2012, por ter característica matricial, conferiu ao processo avaliativo uma possibilidade comparativa para os diferentes momentos de desenvolvimento do curso. Para autorização, considerado o ato de entrada do curso no sistema há termos de previsão quanto ao projeto pedagógico para a dimensão 1. Para reconhecimento e renovação de reconhecimento, atos que caracterizam a permanência no sistema, há termos que possibilitam a verificação da implantação e consolidação do projeto pedagógico do curso.

Em relação a comparação das médias e desvios-padrão entre os atos autorizativos, apresentados na tabela 3 observamos que há diferença significativa entre as avaliações de autorização em relação as avaliações de reconhecimento e renovação de reconhecimento. Apesar dos conceitos médios continuarem em torno de 3, observamos que as diferenças entre as propostas de projetos pedagógicos no momento da autorização têm conceitos médios abaixo de 3 nos indicadores 1.5 e 1.6, que estão explicitamente ligados às diretrizes curriculares. Outro viés que podemos analisar é que no SINAES todos os cursos da área da saúde que passam por processo de autorização são

faculdades, exceto Odontologia e Medicina que podem estar nessa organização acadêmica ou nas outras.

O processo avaliativo de reconhecimento é obrigatório para todos os cursos, independente da organização acadêmica. Já os processos de renovação de reconhecimento têm dispensa de avaliação de visita *in loco* pela regulação devido o Conceito Preliminar de Curso, índice que tem no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) a variável de maior peso, incluindo o Indicador de Diferença entre os Desempenhos Observado e Esperado (IDD), o questionário socioeconômico, e o Cadastro de Docentes. Na comparação das médias observamos que o conceito 4 não aparece, o que sugere, novamente, pouca inovação na construção dos projetos pedagógicos.

Para identificarmos as diferenças encontradas entre os atos autorizativos aplicamos novamente o teste de Kruskal-Wallis, demonstrado na tabela 4.

Tabela 4. Identificação das diferenças por indicador da dimensão 1 do Instrumento avaliativo único entre Atos Autorizativos para os cursos de saúde no período de 2012 a 2014.

1.1	CONTEXTO EDUCACIONAL	H(4) = 1406, p<0,01
1.2	POLÍTICAS INSTIT. NO CURSO	H(4) = 5343, p>0,05
1.3	OBJETIVOS DO CURSO	H(4) = 15878, p<0,01
1.4	PERFIL DO EGRESSO	H(4) = 942, p<0,05
1.5	ESTRUTURA CURRICULAR	H(4) = 10272, p<0,05
1.6	CONTEÚDOS CURRICULARES	H(4) = 11332, p<0,05
1.7	METODOLOGIA	H(4) = 12764, p<0,05
1.8	ESTÁGIO CURRICULAR	H(4) = 22442, p<0,01
1.9	ATIVIDADES COMPLEMENT.	H(4) = 21150, p<0,01
1.10	TCC	H(4) = 19473, p<0,01
1.11	APOIO AO DISCENTE	H(4) = 21761, p<0,01
1.12	AÇÕES DECORR. PROC AVAL.	H(4) = 7661, p>0,05
1.14	TIC	H(4) = 10273, p<0,05
1.17	PROCESSO AVALIAÇÃO APREND.	H(4) = 15884, p>0,05
1.18	NÚMERO DE VAGAS	H(4) = 61375, p<0,05

Fonte: DAES/INER,2014

Verifica-se na tabela 4 de comparação entre atos autorizativos que três indicadores não apresentaram diferença significativa entre a média dos conceitos emitidos: 1.2 – políticas educacionais no âmbito do curso, 1.4 – perfil do egresso, 1.12 – ações decorrentes dos processos de avaliação de curso e 1.17 – procedimento de avaliação ensino-aprendizagem. Isso pode ser explicado em parte pela articulação do PDI por meios das políticas institucionais, com a

construção dos projetos pedagógicos dos cursos e com o desenho de um perfil profissional descrito nas diretrizes curriculares.

Novamente foi adotado como *post hoc* Mann-Whitney, com correção de Bonferroni. Para o indicador 1.1 os atos que apresentaram diferenças significativas ($p < 0,01$) foram: autorização/reconhecimento ($U=74660$) e autorização/renov. Reconhecimento ($U=43341$). Para o 1.3: autorização/reconhecimento ($U=72586$) e autorização/renov. Reconhecimento ($U=41099,5$). Para o 1.5: autorização/renov. Reconhecimento ($U=41491,5$). Para o 1.6: autorização/reconhecimento ($U=73698$) e autorização/renov. Reconhecimento ($U=42160$). Para o 1.7: autorização/reconhecimento ($U=73964$). Para o 1.8: autorização/reconhecimento ($U=71576$) e autorização/renov. Reconhecimento ($U=38271$). Para o 1.9: autorização/reconhecimento ($U=71148,5$) e autorização/renov. Reconhecimento ($U=39495$). Para o 1.10: autorização/reconhecimento ($U=69052$) e autorização/renov. Reconhecimento ($U=35632$). Para o 1.14: autorização/reconhecimento ($U=77063,5$). Para o 1.18: autorização/reconhecimento ($U=62775$) e autorização/renov. Reconhecimento ($U=32148,5$).

O comportamento dos indicadores demonstra que as expectativas de formação profissional na área independem de o curso estar sendo autorizado, implantando ou consolidado. E mais, demonstra que embora sejam indicadores com conceitos suficientes, a maioria dos cursos não estão inovando nesses quesitos, pois os resultados não atingiram em média, conceitos condizentes com muito bom (4) e excelente (5). Assim, para que o processo de avaliação *in loco* cumpra o papel de indutor formativo e emancipatório, como previsto na Lei dos SINAES, se faz necessário que os Cursos utilizem, de forma mais crítica e reflexiva, os resultados do processo avaliativo em busca de uma qualidade cada vez maior.

Chama atenção que não houve diferença significativa entre o reconhecimento e a renovação de reconhecimento. Isso sugere que não há diferença entre o projeto pedagógico do curso que está implantado (reconhecimento) e consolidado (renovação de reconhecimento).

Os indicadores referentes à estrutura curricular, metodologia e às tecnologias de informação e comunicação no processo ensino-aprendizagem apresentaram diferença ou com relação ao reconhecimento/autorização ou com renovação

reconhecimento/autorização. Isso porque há diferença entre a proposta (autorização) e os outros atos autorizativos onde o curso encontra-se em funcionamento.

Entre os princípios do SINAES estão à garantia qualidade e da orientação para expansão da oferta dos cursos e IES no Brasil, que tem na avaliação *in loco* o elemento basilar para a tomada de decisão regulatória. Em especial na área da saúde, as diretrizes comuns são o referencial básico, pois garantem a esse campo do saber, a definição do perfil de formação da profissão, a relevância social, a articulação entre teoria e prática, o estabelecimento de orientações para avaliações do processo de ensino aprendizagem bem como o incentivo a uma formação geral sólida por meio do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente em saúde.

Nessa perspectiva cabe ao processo avaliativo a verificação se a concepção do curso, expressa no projeto pedagógico está coerente com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a área, explicitando a integração entre a saúde e a educação por meio da inserção do estudante nos diversos cenários de prática e aprendizagem já no início de sua formação no SUS e na comunidade.

Os dados encontrados demonstram que nos 14 anos do SINAES o processo avaliativo trouxe à tona os resultados de cada indicador para compreensão real, do processo formativo desse futuro profissional de saúde, que ocorre nas instituições de educação superior.

A análise dos dados de indicadores comuns, verificadas sob o ângulo de princípios formativos comuns pertencentes a dimensão que avalia o projeto pedagógico, demonstrou que apropriação pelos cursos das diretrizes apontam para uma formação que precisa ser inovada na contextualização das condições de saúde da população, da rede de serviços em saúde assim como um perfil adequado as necessidades locais e regionais e considerando o desenvolvimento dos cursos na perspectiva dos atos autorizativos.

Ainda que se reconheça a importância dos SINAES, na identificação de um diagnóstico basilar para a educação superior, em consonância com o preconizado nas políticas e reforçado pelo instrumento matricial dos diferentes cursos, permanece a certeza sobre a necessidade de uma melhor apropriação do processo avaliativo enquanto ferramenta a ser utilizada na indução da qualidade, por parte dos cursos.

A presente consideração encontra-se embasada na análise daqueles indicadores que não apresentaram diferenças significativas ao se considerar os atos autorizativos e que em média obtiveram um padrão de construção classificado na escala do IACG 2012, com conceito 3, primeiro nível satisfatório do SINAES. Isso demonstra que as DCN estão cumprindo o seu papel em relação a indução da qualidade. Porém, verificou-se o retrato apresentado não apresenta inovações frente aos projetos pedagógicos e aos planos de Desenvolvimento institucionais. A formação do profissional da saúde deve atender aos preceitos do SUS, a partir de projetos pedagógicos alinhados às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, a definição de um perfil que atenda as reais necessidades de saúde, no dia a dia do SUS, necessita de uma formação adequada ao cuidado, mas também a ressignificação do compromisso com a gestão, com o trabalho em equipe, com as instituições formadoras, com os conselhos de classe e com o controle social. Os resultados demonstraram também que a inovação tão sonhada na formação advém de um entendimento e maturação dos cursos em relação ao proposto nas DCN e verificada na avaliação *in loco*.

Os dados comprovam também a importância de que esse profissional da saúde, dentro dos princípios do SUS tem uma formação comum, conforme as DCN, com ênfase no cuidado e na atenção, uma vez que a formação deve criar espaços que propiciem aos alunos atuação no sistema de saúde. Se a formação dos futuros agentes do SUS não estiver voltada para que tais objetivos sejam alcançados, o enfraquecimento do sistema se torna palpável, no que diz respeito a um de suas principais dimensões, que é formar o profissional. Outro fator registrado a partir da análise dos dados, é a necessidade de internalização, tanto das DCNs como do processo avaliativo no dia a dia dos cursos. Porém, essa situação só será possível quando forem disponibilizados todos os dados referentes às avaliações para que se reconheça a diversidade proposta pelo SINAES, em relação à formação.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Lei 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais.** Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. P. 162.

BRASIL. Ministério da Educação. **Instrumento de avaliação de cursos de graduação.** Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP). **Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância.** Brasília. INEP, 2012. <[Http://download.inep.gov.br/educacao_superior/avaliacao_cursos_graduacao/instrumentos/2012/instrumento_com_alteracoes_maio_12.pdf](http://download.inep.gov.br/educacao_superior/avaliacao_cursos_graduacao/instrumentos/2012/instrumento_com_alteracoes_maio_12.pdf)>. Acesso em: 08 nov. 2013.

CAVALCANTE, L. P. F.; MELLO, M. A. **Avaliação da aprendizagem no ensino de graduação em saúde: concepções, intencionalidades, reflexões.** Avaliação (Campinas), Sorocaba, v. 20, n. 2, p. 423-442, jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.590/S1414-40772015000200008>.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Resolução CNE/CES 3/2001.** Câmara de Educação Superior. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Resolução CNE/CES 4/2001.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO **Resolução CNE/CES 2/2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 9. 1

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Resolução CNE/CES 3/2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Resolução CNE/CES 4/2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 11.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Resolução CNE/CES 5/2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Resolução CNE/CES 6/2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Resolução CNE/CES 2/2003.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Biomedicina. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de fevereiro de 2003. Seção 1, p. 16.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Resolução CNE/CES 3/2014.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.

DIAS SOBRINHO, J. Avaliação ética e política em função da educação como direito público ou como mercadoria? **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 88, p. 703-725, out. 2004.

FIELD, A. P. *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics: and sex and drugs and rock 'n' roll (fourth edition)*. London: Sage publications. 2013.

FUNGHETTO, S. S. **A organização pedagógica nos cursos da área da saúde e seus reflexos no processo formativo – uma análise a partir da avaliação**. Tese (Doutorado no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências e Tecnologias em Saúde), Faculdade de Ceilândia - Brasília, 2015.

FUNGHETTO, S. S.; GRIBOSKI, C. M., MUNDIM, F. **Nota técnica DAES/INEP n.34/2016. Dispõe sobre os documentos de orientadores de referência aos processos de avaliação in loco do SINAES**. DAES/INEP, 2016.

FUNGHETTO, S. S.; GRIBOSKI, C. M. **Reformulação dos Instrumentos de Avaliação dos Cursos de Graduação da Educação Superior para Operacionalização do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior-SINAES**. Brasília, DF, 2011. Nota Técnica. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/nota-tecnica1>>.

GRIBOSKI, C. M. **Regular e/ou induzir qualidade? Os cursos de pedagogia nos ciclos avaliativos do Sinaes**. 2014. 482 f., il. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

HADDAD, A. E. *et al.* **Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, June/2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000015>.

MARINHO-ARAUJO, C. M.; RABELO, M. L. **Avaliação educacional: a abordagem por competências**. Avaliação (Campinas), Sorocaba, v. 20, n. 2, p. 443-466, jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.590/S1414-40772015000200009>.

REDE UNIDA. **Contribuição para as novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da área da Saúde**. Revista Olho Mágico. <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/n16/home.htm>

SALES, S. R. Diretrizes curriculares. In: OLIVEIRA, D. A.; DUARTE, A. M. C.; VIEIRA, L. M. F. **DICIONÁRIO: trabalho, profissão e condição docente**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010. CDROM

STELLA, R. C. R.; PUCCINI, R. F. **A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina**. In: PUCCINI, RF., SAMPAIO, L.O., and BATISTA, N.A., orgs. *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social* [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. pp. 53-69.

SINAES. **Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: Da concepção à regulamentação**. 4ª ed., ampl. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2007.

UNESCO. **Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI: Visão e ação**. Paris: Conferência Mundial sobre Ensino Superior, 1998.

OLIVEIRA, E. R.; CODATO, L. A. B.; MASSAOKA, S. T.; GABRIEL, M. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: formação baseada nos pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais**. Revista da ABENO, n. 1, p. 43-46, 2011.



O IMPACTO DA EXTENSÃO NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Renata Innecco Bittencourt de Carvalho
Míriam Saraiva Farias
Mariana Oliveira Machado

Introdução

O extensionismo universitário pode ser situado entre um dos principais instrumentos da Educação Superior frente aos obstáculos para a construção de uma sociedade mais justa. Mesmo com as palavras escritas nos documentos estruturantes das instituições de ensino superior, as atividades de extensão só surtem os efeitos necessários para uma formação integral quando, de fato, alcançam a transformação do indivíduo pela reflexão crítica que leva à prática inovadora.

Nesse contexto, é imprescindível analisar a atuação dos egressos dos cursos de graduação da área de saúde para identificar as consequências da participação dos alunos em atividades extensionistas durante a formação acadêmica universitária.

Atualmente, acredita-se que, no que tange à Educação Superior, durante o período de preparo dos estudantes para o exercício de uma profissão, não basta repassar informações teóricas sem aplicabilidade, sob pena de prepará-los para um ideal e, não, para a realidade. É importante que os alunos apliquem o conhecimento, mesmo que de maneira experimental e sob supervisão de professores, antes de atuarem sozinhos, ou seja, as instituições de ensino superior precisam derrubar os muros que possam separar os *campi* da vida em sociedade e que deixam nos alunos a impressão de que há fronteiras entre a vivência acadêmica e a social. Os conteúdos e métodos dos cursos de graduação e de pós-graduação são alimentados pelas pesquisas científicas resultando em uma aprendizagem teórica que deve ser aplicada na sociedade, mesmo antes da formação completa dos alunos.

A exigência da legislação brasileira em sustentar-se a Educação Superior sobre a tríade ensino, pesquisa e extensão, é necessária para a formação cidadã dos egressos como futuros profissionais. Contudo, a baixa frequência de pesquisas que contemplem a análise dessas repercussões tem deixado à mercê das suposições

a elaboração de políticas institucionais de extensão. Mesmo que se desenvolvem propostas que contemplem ações sociais, é necessário desenvolver atividades extensionistas que, de fato, contribuam para a inserção, no mundo do trabalho, de profissionais com consciência e atitude cidadã que se responsabilizem e ajam em prol do desenvolvimento sustentável da sociedade, principalmente, voltados à sustentabilidade dos recursos ambientais existentes.

Extensão universitária

Em relação às origens da extensão como elemento básico da Educação Superior, Rocha (2001, p. 15) remonta à própria história do início das Universidades, em especial o reconhecimento, em 1158, da Universidade de Bolonha com a mais antiga da Europa. Neste sentido, Ullmann e Bohnen (1994, p. 304) consideram que *Alma Mater* medieval desempenhou igualmente um papel de Extensão porque irradiou a cultura para fora de seus muros nos diversos segmentos da sociedade.

A denominação Extensão Universitária surge em 1967 na Universidade de Cambridge, na Inglaterra, que iniciou um programa de palestras e passou a institucionalizar a extensão como componente de sua estrutura (ROCHA, 2001, p. 16). A extensão, pela própria etimologia da palavra, não é externa, mas, sim, uma ampliação, proveniente do significado de extenso. Neste sentido representa uma ampliação da qualidade da educação superior e, conseqüentemente, uma extensão da concepção do egresso na relação dele com a sociedade. É uma extensão da condição humana, da responsabilidade, da atuação dos futuros profissionais na sociedade, não só como técnicos ou especialistas em áreas específicas, mas como cidadãos. A extensão não existe se a atividade desenvolvida estiver dissociada do ensino.

Para Cruz e Carvalho (2007), historicamente, a Extensão Universitária inglesa estava vinculada a uma nova ideia de educação continuada para a população adulta em geral, que não se encontrava na Universidade. As demandas específicas dessa clientela eram atendidas em cursos breves e outras atividades (NOGUEIRA, 2001; PAIVA, 1986).

A extensão inglesa irradiou-se até os Estados Unidos com atividades voltadas para a prestação de serviços tanto na área rural quanto nas cidades. Isto se deveu, principalmente, aos ideais da Revolução Americana e aos projetos

de desenvolvimento regional que criaram Escolas de Extensão, os *Land Grant Colleges*, experiências do extensionismo cooperativo ou rural.

Quanto à história do ensino superior no Brasil, as orientações legais sempre definiram a organização das Instituições de Ensino Superior, considerando o ensino, a pesquisa e a extensão como elementos indissociáveis na oferta de um ensino de qualidade. Essa forma de trabalhar o ensino superior ao longo dos anos ficou predominantemente voltada para as universidades e em especial para as universidades públicas.

Nesse cenário, as universidades começaram a trabalhar a extensão não só no sentido do fortalecimento da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, mas também para atuar em áreas que o governo estadual e o governo federal não tinham a possibilidade de um atendimento de forma mais abrangente. A área agrária e a área de atendimento à população com a medicina nos Estados onde se encontravam as universidades com campi avançados tiveram ênfase especial.

A Extensão nos Estados Unidos influenciou os países da América Latina no sentido de implantar uma extensão universitária técnica associada a programas de desenvolvimento. A realização de encontros latino-americanos de intercâmbio de experiências universitárias, a partir da segunda metade dos anos 90, fortaleceu a percepção da extensão universitária como projeto social. Segundo Rocha (2001, p. 24) o primeiro desses encontros, realizado em Havana-Cuba, em junho de 1996, reuniu 66 Universidades de 11 países. Além do reconhecimento da necessidade de haver um projeto participativo por parte das Universidades e das comunidades, defendeu-se a importância da elaboração de um Programa Latino-Americano de Extensão.

Contextualização histórica da extensão no Brasil

Para contextualizar a história da Extensão Universitária no Brasil, Sousa (2000) identifica várias definições, que vão desde a tentativa de criar barreiras para a sua prática, e até como justificativas para práticas que acontecem sem espaço claro na academia. Para contextualizar a Extensão universitária, é importante dividir a sua história em fases desde a Colônia até os dias atuais, sob a perspectiva de três sujeitos envolvidos: Discente, Estado e Instituições de Ensino Superior (IES).

Na perspectiva Discente, a Extensão aparece com o Movimento Estudantil, que teve como maior motivação atuar nos problemas sociais. Sousa (2000) para contar como aconteceu, apresenta os seguintes períodos:

- a) Primeiro período - da colônia até o estado novo: grande expressão do Movimento Estudantil que não era organizado, em momentos históricos. Os jovens que constituíam o Movimento Estudantil nessa época eram em sua maioria de classes sociais mais altas que iam à defesa dos “oprimidos”. Nesse primeiro momento, a Extensão Universitária pode ser observada na atuação discente no cenário nacional como a participação dos estudantes nos movimentos políticos da época;
- b) Segundo período - do Estado novo até o Golpe Militar 1964: Os estudantes se organizaram e criaram a União Nacional dos Estudantes (UNE). Nesse período, a UNE apareceu no cenário nacional com uma atuação no cenário político, social e cultural, entendendo que essas atividades citadas eram ações extensionistas que deveriam acontecer por parte da Universidade;
- c) Terceiro período - do golpe de 1964 até os dias atuais: a UNE se tornou clandestina, pois o governo da época não cedia espaço para sua existência, e a extensão foi tomada pelo Estado e institucionalizada com a reforma de ensino, e devolvida aos estudantes como um desafio político, excluindo os movimentos estudantis. A UNE voltou após anos como instrumento de lutas contra a ditadura. A extensão sobre a ótica do Movimento Estudantil cresceu ao longo da história, mesmo quando não era um movimento organizado.

Na perspectiva do Estado, é destacada a concepção da Extensão sob a ótica do Ministério da Educação (MEC):

- a) Primeiro período - da Colônia até o golpe de 1964: a extensão não era reconhecida pelo Estado como uma prática universitária. E sua primeira aparição na legislação da educação brasileira foi em 1931, colocando-a como instrumento da vida social da universidade, que se tornou reconhecida pelo oferecimento de cursos e conferências de caráter revolucionário. Um exemplo foi a criação da Universidade Rural do Brasil, que tinha como um de seus objetivos expandir os conhecimentos técnico-científicos para a comunidade rural. Nesse primeiro momento o Estado vê a Extensão Universitária como formada por modelos importados, referindo-se a ela apenas como sinônimo de oferta de cursos e conferências;

- b) Segundo período - do golpe de 1964 até a abertura política: após o Golpe, a Extensão só aparece na legislação no decreto-lei nº 252/67, onde é possível se verificar que a Universidade deve atender a comunidade em forma de cursos serviços, porém, nessa época, a educação ainda era um assunto de segurança nacional. Um exemplo disso era o projeto Rondon, pois não direcionava as questões da Universidade, tendo ela apenas uma participação. Já em 28 de novembro de 1968 foi sancionada a Lei 5.540 que trata da reforma universitária tornando a Extensão Universitária obrigatória em todas as Instituições de Ensino de terceiro grau. Durante esse período, a Extensão foi tratada principalmente como uma prestação de serviços a comunidades carentes;
- c) Terceiro período - da abertura política até os dias atuais: em uma avaliação a respeito da Extensão realizada em 1990 por iniciativa do MEC junto com as IES, teve como resposta que a extensão estava ocorrendo naquele momento com projetos totalmente desvinculados do processo acadêmico, com uma perspectiva assistencialista. Desde então, houve um avanço na construção de uma Extensão Universitária a partir das heranças que foram acumuladas dos modelos europeus e norte-americano.

Em relação à perspectiva da extensão nas Instituições de Ensino Superior (IES) o período foi subdividido em quatro partes:

- a) Primeiro período - início do ensino superior até as primeiras experiências extensionistas: é possível dizer que o ensino superior chegou ao Brasil em 1549, junto com os padres da Companhia Jesus. A extensão esteve presente naquela época com o desenvolvimento de ações como o curso de artes aberto à comunidade. É possível reconhecer algumas atividades como extensionistas, porém as mesmas não recebiam o título de extensionistas, e nem havia um interesse por parte das IES em conceituá-las;
- b) Segundo período - das primeiras experiências extensionistas até o Golpe de 1964: no Brasil, as ações extensionistas estavam surgindo mais fortemente na linha de prestação de serviços no meio rural. A

universidade prestava serviços à população apenas com o intuito de atender as necessidades manifestadas. Nesse período, as IES no que diz respeito da Extensão seguiram o modelo norte-americano sem inovação ou originalidade;

- c) Terceiro período - do Golpe de 1964 até a abertura política: foi criado o Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB) que se tratava de uma manifestação das IES frente à política educacional do país, porém este não provocou alterações nas práticas extensionistas das IES. Nesse período não houve nenhum registro marcante da Extensão nas IES, sendo que ela correspondia à prestação de serviços de assistência a comunidades carentes, ações estas que eram representados pela existência dos Centros Rurais de Treinamento e Ação Comunitária (CRUTAC);
- d) Quarto período - da abertura política até os dias atuais; a década de 1980 marcou o início de uma nova fase da universidade com a implementação de sua democracia, dentro desse contexto, novas discussões começaram a acontecer, inclusive, uma reformulação do conceito utilizado para a extensão, sendo ela definida como o processo educativo, cultural e científico que propicia uma relação transformadora entre universidade e sociedade.

Nos períodos citados, foi possível perceber que há eixos norteadores do histórico da extensão no Brasil. O primeiro deles seria que não havia uma concepção própria do conceito de extensão e houve uma tentativa de transferência dos modelos norte-americanos e europeus para as Universidades Brasileiras que ainda estavam no início.

O segundo eixo que pôde ser verificado foi o surgimento de um interlocutor assumindo a Extensão como uma prática, por exemplo, o Movimento Estudantil que participou dos movimentos políticos da época.

O terceiro eixo apresentado foi o do Estado no período da Ditadura Militar que caracterizava a Extensão Universitária apenas como prestadora de serviços e assistência à comunidade carente. O quarto e último eixo apontou para a operacionalização da Extensão: o que era antes prestação de serviços, passou a ser a sua comercialização do mesmo.

Para Sousa (2000), está “nas mãos” da Extensão Universitária fazer com que a Universidade seja relevante socialmente, articulando ensino e pesquisa entre a Universidade e Sociedade, sem deixar que a Universidade perca sua perspectiva crítica.

Os primeiros relatos sobre as ações extensionistas no Brasil estão relacionados à chegada da Companhia de Jesus em 1949. Naquele momento, a presença da extensão pôde ser notada por conta do desenvolvimento de atividades como o curso de artes aberto à comunidade, que tinha como objetivo final procurar jovens que pretendiam desenvolver vocações religiosas (SOUSA, 2000).

Seguindo essa perspectiva, por volta de 1926, a extensão passou a ser vista como prestadora de serviços ao meio rural, onde a universidade prestava serviços à população com o intuito de atender as demandas manifestadas (SOUSA, 2000). Cabe destacar que é bem diferente do que o I Encontro Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas propõe para a atualidade: “[...] A Extensão é uma via de mão-dupla, com trânsito assegurado à comunidade acadêmica, que encontrará, na sociedade, a oportunidade de elaboração da práxis de um conhecimento acadêmico. No retorno à Universidade, docentes e discentes trarão um aprendizado que, submetido à reflexão teórica, será acrescido àquele conhecimento [...]” (I ENCONTRO NACIONAL DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS, 1987).

Na história inicial da extensão universitária também estiveram presentes o Movimento Estudantil, que era constituído normalmente por jovens de classes sociais mais altas que iam em busca de mais direitos para os mais “oprimidos”. A extensão nesse momento pôde ser observada com a presença do discente nos movimentos políticos da época. A partir do movimento estudantil foi criada a União Nacional dos Estudantes (UNE), atuando no cenário, político, social e cultural, entendendo que essas atividades citadas eram ações extensionistas que deveriam acontecer por parte da Universidade (SOUSA, 2000).

Em 1931, o Estado reconheceu a Extensão como uma prática universitária e a colocou como um instrumento da vida social da universidade, que se tornou reconhecida pelo oferecimento de cursos e conferências (SOUSA, 2000). Naquela época, o Estado ainda percebia a Extensão de uma forma muito limitada, referindo-se a ela apenas como sinônimo de oferta de cursos e conferências, mas já no I Encontro Nacional de Pró-Reitores

de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras, em 1987, essa situação mudou e a extensão passa a ser conhecida como “[...] processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre a universidade e a sociedade [...]” (I ENCONTRO NACIONAL DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS, 1987).

O primeiro grande movimento da Extensão foi a organização do I Encontro Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas em 1987, que contribuiu para retirar/afastar da extensão a conotação assistencialista que vinha sendo usada até esse período. Durante esse encontro também foi definido um novo conceito para a Extensão Universitária como já foi citado anteriormente. Até então, as Instituições de Ensino Superior (IES) particulares não eram incluídas nas discussões a respeito da Extensão, somente em 2003 com o apoio da Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular (Funadesp), foi criado o Fórum de Extensão das IES Brasileiras. Em 2006, o Fórum mudou seu estatuto e passou a se chamar Fórum de Extensão das Instituições de Educação Superior Particulares, e esse passou a ser o espaço para discussão desse segmento educacional. A criação do Fórum das IES particulares se deu pela não abertura do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras (CALDERÓN; PESSANHA; SOARES, 2007).

O impacto da extensão na atuação profissional

Para analisar o impacto da extensão na formação do profissional de saúde foi realizada, pelas autoras deste artigo, uma pesquisa de opinião com egressos de cursos de graduação de uma Instituição de Ensino Superior (IES) brasileira.

A pesquisa de opinião é reconhecida por Novelli (2005) como um método de investigação científica para diversas áreas do conhecimento, ela diz respeito a um levantamento estatístico de uma amostra específica da opinião pública, indica as opiniões de certa população analisada, é uma forma de verificar o que as pessoas de um determinado perfil pensam e/ou se comportam. Utilizada como método quantitativo, permite a coleta de uma grande quantidade de dados trazidos de um grande número de entrevistados.

O primeiro passo da operacionalização da metodologia da pesquisa foi entrar em contato com o setor responsável pelo acompanhamento de egressos da IES a fim de solicitar a relação dos contatos dos egressos da instituição.

No questionário procurou-se identificar em qual ano e curso os egressos e, ainda, se participaram de algum projeto de extensão. Foram analisados os questionários de egressos de cursos da área da saúde que citaram títulos de projetos de extensão institucionais.

As respostas às perguntas do foram categorizadas em:

- Percepção da atuação do egresso no projeto de extensão;
- Influência da participação no projeto na atuação profissional;
- Conscientização referente às questões sociais relacionadas à educação;
- Contribuição pessoal dos egressos para a melhoria da sociedade.

Em relação à pergunta “Como foi a sua atuação no projeto de extensão?”, todos os respondentes apresentaram respostas bem positivas: “Eu gostei bastante”, “Excelente” e “Ótima”.

Pode-se, devido ao exposto, identificar indícios de satisfação dos alunos na participação em atividades desenvolvidas em projetos de extensão institucionais. Em relação à influência da participação nos projetos na atuação profissional, os respondentes afirmaram que:

- Atuam profissionalmente na área do curso que concluíram;
- Conseguem perceber a influência da atividade nos projetos de extensão com a sua atividade profissional e destacam como influências: “a parte da coleta de dados é igual ao que eu faço no meu atual trabalho e tudo o que eu vivi no projeto, hoje, de fato, é o meu trabalho”, “sai preparado para mercado de trabalho” e “Tive a oportunidade de vivenciar a prática”;
- O projeto de extensão fez com que o curso fosse diferente porque “me ajudou a associar a teoria com a prática”, “teria saído da graduação com pouca experiência (caso não tivesse participado)” e “Entrei a princípio pela carga horária e me apaixonei e a base que obtive na área que atuo foi no curso de graduação e no projeto de extensão”.

Pode-se verificar que houve influência direta das atividades desenvolvidas nos projetos de extensão com a prática profissional do egresso na área de formação do curso concluído.

Em relação à conscientização referente às questões sociais relacionadas à educação, todos os respondentes se percebem como privilegiados dentro do cenário social atual e, ainda, consideram que a educação pode ser um caminho para a diminuição da desigualdade social e justificam: “na medida em que as pessoas têm educação, elas têm mais oportunidades de lutar pelos seus direitos”, “quanto mais pensadores tivermos, menos executores teremos” e “o entendimento dos problemas possibilita discussão e conseqüentemente resolução de algumas questões”.

Com base nos dados analisados, é notória a conscientização da condição privilegiada dos egressos por terem a oportunidade de concluir curso de graduação no Brasil e, ainda, a percepção do diferencial transformador da educação para diminuição da desigualdade social.

Em relação ao papel dos respondentes em relação à contribuição de cada uma para a melhoria da sociedade pela pergunta “Você considera que, por meio do exercício da sua profissão, você tem conseguido contribuir para a melhoria da sociedade?”, foram obtidas as seguintes respostas: “Sim, porque ajudar os outros com seu conhecimento técnico é de extrema importância”, “Sim, presto alguns serviços de graça para pessoas que necessitam”, “Porque trabalho diretamente com educação e meio ambiente, áreas que impactam e são impactadas pelo comportamento da sociedade”.

E, ainda, afirmaram que além da atuação profissional, eles têm contribuído para a sociedade “faço trabalho em comunidades carentes”, “ministrando aulas de jiu-jitsu para crianças carentes” e “participo de alguns grupos de voluntariado”.

Os egressos respondentes da pesquisa apresentada que participaram de projetos de extensão demonstram influência da extensão com a prática profissional e parecem ter sido formados com a capacidade de comprometimento com a transformação social por intermédio de uma formação cidadã baseada em experiências teórico-práticas, pois se reconhecem como transformadores sociais e afirmam realizar contribuições para a sociedade.

Além de apresentarem indícios de satisfação dos respondentes durante a participação nas atividades extensionistas institucionais, é notória a

conscientização das suas condições privilegiadas por terem a oportunidade de concluir um curso de graduação no Brasil, bem como a percepção do diferencial transformador da educação para a diminuição da desigualdade social.

Com relação à contextualização histórica da extensão no Brasil apresentada no início do artigo, foi possível encontrar quatro eixos históricos da extensão no país:

- a) falta de conceituação da extensão;
- b) presença de interlocutores na extensão como forma de manifestação política;
- c) percepção da extensão como prestadora de serviços de assistência à comunidade carente;
- d) comercialização das atividades e serviços extensionistas.

Atualmente, foi possível perceber que os objetivos das atividades extensionistas têm sido modificados, mas ainda é necessário hercúleo esforço institucional para que se possa alcançar os objetivos descritos nas políticas institucionais de extensão visando:

- Enfatizar a interação dialógica entre as IES e a sociedade, prioritariamente em relação às demandas regionais, no sentido de promoção de trocas de saberes e experiências gerando laços e transformações de suas realidades;
- Contribuir para o incremento da dimensão social das IRS que tem sido enfraquecida pela mercantilização das atividades universitárias; e
- Promover a interdisciplinaridade e a indissociabilidade com o ensino e com a pesquisa, oferecendo ao professor condições de conhecer as expectativas da sociedade para conciliar o rigor metodológico e a relevância social legitimando socialmente a sua prática pedagógica e a produção acadêmica.


Em destaque, parece necessária a disseminação da conceituação e dos objetivos extensionistas na comunidade acadêmica. Nos dados apresentados, foi possível perceber um desconhecimento generalizado das características de projetos de extensão pelos egressos quando 24% de todos os respondentes dos questionários não se lembraram de terem participado de projetos de extensão,

mas, principalmente, quando mais de 50% dos egressos que citaram títulos de projetos de extensão que participaram informaram títulos de projetos não identificados institucionalmente e ou informaram títulos de outros tipos de atividade acadêmica.

O desenvolvimento da pesquisa com o objetivo de analisar o impacto da extensão na formação do profissional de saúde permitiu afirmar que o desenvolvimento e a divulgação de outras pesquisas a respeito da extensão universitária são indispensáveis para a disseminação e para o fortalecimento da extensão no ensino superior brasileiro. Em consequência, diante dos indícios de que o aluno extensionista de cursos de graduação da área de saúde, a partir das atividades desenvolvidas, é formado com a capacidade de comprometimento com a transformação social, serão beneficiadas as IES e a sociedade contemporânea e, no futuro, as próximas gerações.

Referências

- CALDERÓN, A. I.; PESSANHA, J. A. O.; SOARES, V. L. P. C. **Educação Superior: construindo a extensão universitária nas IES Particulares**. São Paulo: Xamã, 2007.
- CRUZ, C. A. da; CARVALHO, R. I. B. de. A revolução na extensão universitária. In: MACEDO, A. R. de. **O Impacto dos Centros Universitários no Ensino Superior Brasileiro 1997 – 2007**. Brasília: ANACEU, 2007.
- DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: DUARTE, J; BARROS, A (org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.
- NOGUEIRA, N. R. **Pedagogia dos projetos: uma jornada interdisciplinar rumo ao desenvolvimento das múltiplas inteligências**. São Paulo: Érica, 2001.
- NOVELLI, A. L. R. Pesquisa de opinião. In: DUARTE, J; BARROS, A. (org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em Comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.
- PAIVA, V. (org.). **Perspectivas e dilemas da educação popular**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- ROCHA, R. M. G. A Construção do Conceito de Extensão universitária na América Latina. In: FÁRIA, D. S. (org.). **Construção Conceitual da Extensão na América Latina**. Brasília: Editora UnB, 2001.
- SOUSA, A. L. M. **História da extensão universitária**. São Paulo: Alínea, 2000.
- ULLMANN, R.; BOHNEN, A. **Universidade: das origens à Renascença**. São Leopoldo: Editora Unisinos, 1994.



DIRETRIZES DE ENFERMAGEM E A NOVA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL: EM FOCO O MOVIMENTO “EM TEMPOS DE NOVAS DCN” DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Elizabeth Teixeira

A Associação Brasileira de Enfermagem, fundada em 1926, completou em 2017, 91 anos. De acordo com seu estatuto social (ABEn, 2013, p.4), “tem como eixos a defesa e a consolidação da educação em enfermagem, da pesquisa científica, do trabalho da Enfermagem como prática social, essencial à assistência social e à saúde, à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde”.

A preocupação dessa entidade com as questões da educação em enfermagem está confirmada no seu primeiro estatuto, datado de 1929, com o seguinte registro, ao se referir aos fins da Associação: “Trabalhar incessantemente pelo progresso da educação de enfermeiras e pelo estabelecimento de escolas de enfermagem que tenham os mesmos requisitos da Escola Oficial do Governo” (FERNANDES; VALE, 2006, p. 24).

Se considerarmos como marco da formação de enfermeiros o modelo *nightingaleano*, podemos apontar cinco delineamentos curriculares até o ano de 2001: Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (1923); Lei nº 775 (1949); Parecer nº 271 (1962); Parecer nº 163 (1972); Portaria nº 1721 (1994). A partir da aprovação da 2ª Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394 (1996), passou-se ao cenário atual em que o modelo de currículo mínimo é substituído por diretrizes curriculares.

A aprovação em 2001 das atuais Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN-Enf) foi precedida de um amplo e coletivo debate, em que a ação participativa da ABEn foi efetiva. Tal ação não foi diferente a partir de 2015 quando a ABEn liderou a construção das novas DCN.

O objetivo deste capítulo é descrever a ação participativa da Associação Brasileira de Enfermagem a favor da formação do profissional de Enfermagem e os resultados obtidos com o movimento “Em tempos de novas DCN”, deflagrado em 2015, que culminou com a minuta de DCN entregue ao CNE pela ABEn em 2017.

Ação participativa da ABEn 1997-2001: tensões e diálogos possíveis para a aprovação das DCN de 2001

Em 1997, a Secretaria de Educação Superior do MEC (SESu/MEC) convidou todas as IES, públicas e privadas, além de associações profissionais, para apresentarem propostas para as Diretrizes Curriculares dos Cursos Superiores, com vistas à sua elaboração pela Comissão de Especialistas de Ensino (CEE - SESU/MEC).

No ano seguinte, em 1998, a ABEn promoveu o 3º Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem (SENADEn), cujo tema central foi “As Diretrizes para a Educação em Enfermagem no contexto da LDB”. O documento final com vistas a contribuir com as DCN-Enf foi a CARTA DO RIO.

Em 1999, o MEC apresenta a proposta denominada “Enquadramento das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem”, que foi discutida em todas as seções da ABEn. Como as seções não concordaram com o que foi apresentado, a ABEn realizou um Seminário em abril para avançar na discussão e promoveu uma Reunião de Escolas e Cursos de Graduação, durante o 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congresso Panamericano de Enfermeira, realizados em Florianópolis-SC.

Os resultados dessas discussões originaram a CARTA DE FLORIANÓPOLIS, que considerou a proposta de “Enquadramento das Diretrizes Curriculares do Curso de Enfermagem” como um texto técnico, que ignorava todo um processo de discussão e produção democrática efetivada pela categoria sobre o modelo pedagógico de ensinar e aprender em enfermagem (FERNANDES; VALE, 2006, p.27).

Em 2000 a ABEn promoveu o 4º SENADEn, em Fortaleza, e a CARTA DE FORTALEZA manteve manifestação contrária ao Enquadramento das DCN-Enf. A ABEn e a Comissão de Especialistas de Enfermagem que assumiu os trabalhos nesse ano, com base em todo esse processo participativo, delinearam uma nova proposta, que foi encaminhada ao CNE.

A partir daí intenso processo de articulação e participação foi deflagrado e o Conselho Nacional de Saúde, interessado na formação de profissionais para a área da saúde, encaminhou ao CNE, um pedido de audiência pública, que foi prontamente aprovado e realizado. Enfim, foi com base no amplo debate realizado

e na nova proposta, originária da mobilização dos profissionais da enfermagem, por meio da ABEn, que foi aprovada a Resolução CNE/CES Nº 3 de 7/11/2001.

A partir de 2001, a ABEn executou o Programa de Sustentabilidade para Implantação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem, que possibilitou o investimento em um expressivo elenco de atividades e eventos locais, estaduais, regionais e nacionais (FERNANDES; VALE, 2006, p.28).

Ação participativa da ABEn 2001-2014: produção de evidências sobre a formação em Enfermagem

Em 2004, a ABEn participou do estudo “A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde 1991-2004”. Os resultados apontaram uma expansão quantitativa de cursos de Enfermagem, concentrada nas capitais, e um crescimento significativo de vagas nas IES privadas em detrimento das públicas.

Em 2006, participou da pesquisa “A Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais”. Realizou-se uma primeira avaliação da implantação das DCN-Enf após 5 anos de aprovação. O estudo revelou um índice de aderência de 72%, considerado abaixo das expectativas esperadas.

Em 2011, integrou, junto com COFINS e FNE, o Grupo Técnico Movimento pela Qualidade da Formação. Foi realizado DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DA EDUCAÇÃO DE ENFERMAGEM NO BRASIL 1996-2011. O estudo apontou: a expansão quantitativa de cursos, o processo de interiorização das IES predominantemente privadas, a concentração da formação em faculdades, dentre outros aspectos preocupantes para a qualidade da formação em enfermagem.

Em 2012, considerando os 10 anos de aprovação das DCN-Enf, a ABEn promoveu o 12º SENADEn com o tema “A Década das Diretrizes Curriculares Nacionais”. Durante o evento, foi constituído o GT Educação com vistas a mapear a educação em enfermagem no Brasil na década das DCN-Enf.

Em 2013, foi publicado na Revista Brasileira de Enfermagem o resultado do estudo do GT Educação no artigo intitulado “Panorama dos Cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na Década das DCN-Enf”. A construção do panorama indicou uma expansão instalada que precisa ser regulada. Assim, emerge um conjunto de estratégias, com vistas à formulação de políticas de formação profissional de Enfermagem.

Os estudos apontaram que a formação em enfermagem na década das DCN-Enf foi marcada por mudanças quantitativas sem, na mesma intensidade, se consolidar mudanças qualitativas. A conjuntura desfavorável e preocupante, tendo em vista os princípios inovadores que as DCN-Enf trouxeram, motivou a ABEn a deflagrar um novo movimento para discutir os caminhos para a educação em enfermagem. Há que se levar em conta que nesta mesma década, ocorreram mudanças no âmbito da Educação Superior, e novos dispositivos legais também impactaram o contexto da formação em Enfermagem. Era tempo de mudanças.

Foi com essa perspectiva que se deram os debates, em 2014, no 14º SENADEn. A Carta de Maceió, convergente com as discussões e expectativas dos participantes de todas as regiões do país, recomenda revisar e atualizar as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a formação do enfermeiro considerando os determinantes sociais da saúde, as necessidades do SUS, as mudanças do modelo de atenção à saúde no Brasil, e em conformidade com os pressupostos da Resolução nº 350 de 2005, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Ação participativa da ABEn 2015-2017: movimento em tempos de novas DCN

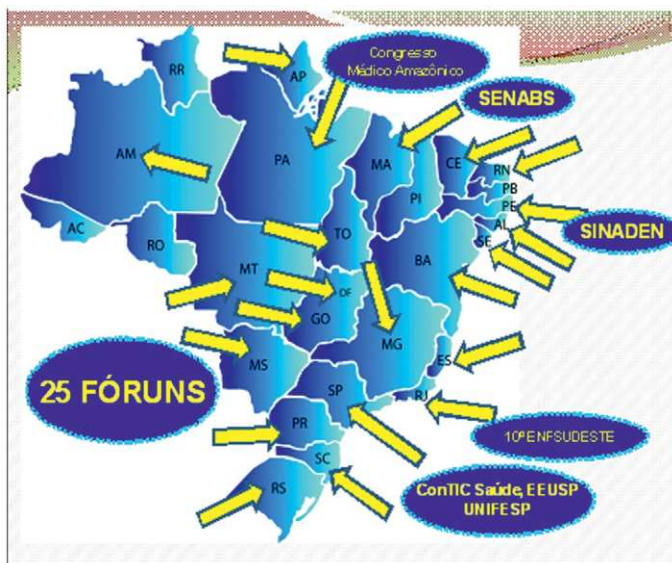
Dada a necessidade premente de revisão e atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN-Enf), a ABEn propôs que a reunião ampliada do Conselho Consultivo Nacional de Escolas e Cursos de Enfermagem realizada durante o 67º CBEn de São Paulo/SP, em outubro de 2015, discutisse o tema “Em tempos de Novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem”.

Com base no resultado da reunião, em que os representantes de todas as seções votaram a favor da construção de novas DCN-Enf, no mês seguinte, novembro, foi protocolada no CNE carta da entidade requerendo a revisão das DCN-Enf.

O Centro de Educação em Enfermagem da ABEn Nacional convidou as seções a realizar nos seus Estados discussões sobre o tema. Para nortear o trabalho das seções, em marco de 2016, encaminhou a Circular 01-2016, solicitando que as discussões tivessem como foco quatro questões: O que manter das atuais DCN-Enf? O que mudar? O que incluir? O que retirar?

As questões deveriam ser respondidas tendo como base o texto das diretrizes vigentes estabelecido pela RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. A partir daí, foram realizados 25 Fóruns nas seções estaduais, com participação de docentes, discentes, enfermeiros assistenciais, gestores e outros interessados. Ver Figura 1.

Figura 1. Marcação por Estado dos Fóruns e Eventos em que se discutiu a construção das novas DCN.



A síntese preliminar dos relatórios desses Fóruns foi apresentada na Reunião Ampliada do Conselho Consultivo Nacional de Escolas e Cursos de Enfermagem realizada durante o 15º SENADEn, em agosto, em Curitiba-PR.

Nessa reunião, foi recomendada a ampliação da discussão sobre as DCN-Enf e o encaminhamento às seções de uma nova síntese, que reunisse os relatórios de todos os fóruns, incluindo marcos conceituais, teóricos e metodológicos, e eixos estruturantes e transversais. Foi também aprovada uma agenda de trabalho do Centro de Educação em Enfermagem da ABEn Nacional até o 68º Congresso Brasileiro de Enfermagem, a ocorrer em outubro.

Para levar a cabo esta tarefa, foi constituído um Grupo de Trabalho (GT), composto pelas integrantes do Centro de Educação em Enfermagem da ABEn Nacional, a saber: Elizabeth Teixeira (Diretora, docente da Escola

de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro), Flávia Ramos (integrante, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina), Kenia Lara dos Santos (integrante, docente Universidade Federal de Minas Gerais) e Josicelia Dumet Fernandes (integrante, docente Universidade Federal da Bahia).

No dia 1 de outubro, como agendado, o Consolidado dos relatórios foi encaminhado à todas as seções, solicitando-se novas contribuições bem como a ampliação do número de participantes. A partir das contribuições recebidas, o GT elaborou uma versão ampliada do Consolidado, que foi debatida no final do mês, durante o 68º Congresso Brasileiro de Enfermagem, em Brasília. Após as discussões e as 24 contribuições recebidas, o GT conseguiu elaborar a primeira minuta de DCN-Enf, encaminhada à todas as seções no dia 1 de dezembro, incluindo as escolas e cursos associados filiados e especialistas em educação em enfermagem das cinco regiões do país.

A primeira minuta recebeu 22 contribuições, e foi então redigida a segunda minuta. Em março, ocorreram reuniões tanto no CNE como na CIRHRT/CNS, em que a ABEn apresentou os resultados parciais da ação participativa deflagrada em março de 2016. Em abril a segunda minuta retornou às seções. Em agosto, a partir das 15 contribuições que chegaram, a terceira minuta foi redigida e encaminhada ao GT das DCN do CNS para apreciação. Com base na análise e recomendações, finalmente se chegou a uma quarta e última minuta das DCN-Enf, que foi entregue em setembro ao CNE.

Nova formação profissional a partir da proposta de DCN: a quarta minuta em foco

A proposta para as DCN-Enf objetiva a formação do enfermeiro pautada no processo de aprender a aprender. A proposta têm como fundamentos: projeto pedagógico construído coletivamente, eixo norteador dos conteúdos essenciais para a formação, flexibilidade curricular, formação humana integral, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, predominância da formação sobre a informação, articulação entre teoria e prática, indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, diversificação dos cenários de aprendizagem, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, incorporação de atividades complementares.

A proposta está organizada em 6 capítulos, à saber: I- Das Diretrizes; II- Dos marcos teóricos e metodológicos; III- Das áreas do processo formativo; IV – Dos conteúdos curriculares e projeto pedagógico; V – Da organização do curso; VI – Do acompanhamento e avaliação.

As DCN/Enf situam-se no contexto de formação para o Sistema Único de Saúde (SUS), considerando seus princípios e diretrizes. Este contexto implica considerar a Atenção Primária à Saúde e a rede de atenção à saúde (RAS) como eixos coordenadores e integradores para a formação.

A formação de enfermeiros deve estar orientada para as necessidades individuais e coletivas da população, respeitando as diversidades subjetivas, biológicas, mentais, étnicas, de gênero, de orientação sexual, social, econômica, política, ambiental, cultural, ética, espiritual.

O processo de trabalho em enfermagem se expressa por meio da utilização do instrumento exclusivo da enfermagem - o processo de enfermagem, a sistematização e os sistemas de linguagem padronizadas, em todos os níveis da rede de atenção à saúde. O processo educativo e formativo do enfermeiro deve estar fundamentado na educação emancipatória e crítica, na prática baseada em evidências (PBE).

A formação deve ser desenvolvida nas seguintes áreas ou núcleos de competência: I – Cuidado de Enfermagem na Atenção à Saúde Humana; II – Gestão/Gerência do cuidado de enfermagem e dos serviços de enfermagem e saúde; III - Educação em Saúde; IV - Desenvolvimento Profissional em Enfermagem; V – Investigação/Pesquisa em Enfermagem e saúde; VI - Docência na Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Enfermagem.

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem contemplar: I - Ciências Biológicas e da Saúde; II - Ciências Humanas, Políticas e Sociais; III – Ciências Exatas e Naturais; IV - Ciências da Enfermagem. Neste tópico de estudo, incluem-se: a) Fundamentos de Enfermagem; b) Processo de cuidar em Enfermagem; c) Gestão e Gerenciamento em enfermagem e saúde; V - Educação em saúde e Enfermagem; VI - Investigação em saúde e enfermagem; VII - Temas transversais; VIII - Conteúdos obrigatórios da educação superior; IX - Conteúdo eletivo: LIBRAS.

Os conteúdos essenciais (I ao VI) devem fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa e a extensão-assistência, assim como o

estímulo às práticas de estudos independentes, visando autonomia intelectual e profissional, identidade e valorização profissional do enfermeiro.

O Estágio Curricular Supervisionado (ECS) é obrigatório na formação do enfermeiro nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem, e não exclui ou substitui as atividades práticas desenvolvidas ao longo da formação do enfermeiro em cenários diversificados da atenção à saúde. No planejamento, acompanhamento, avaliação e supervisão do graduando em atividades do Estágio Curricular Supervisionado será assegurada efetiva participação dos docentes, preceptores e enfermeiros do serviço de saúde.

O Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem deve ser criativo, inovador e flexível, sendo construído coletivamente (com docentes, discentes, profissionais do serviço, conselho de saúde e sempre que possível com gestores e usuários), tendo em vista os usuários, instituições de saúde, instituições de ensino e gestores.

Faz-se necessário o compromisso das Instituições de Ensino Superior na criação de programas permanentes de formação e qualificação docente, por meio de uma política de formação permanente. A qualificação e a formação docente devem ser permanentes, tendo como finalidade a melhoria da qualidade do ensino e a construção coletiva da função social dos professores.

As avaliações dos estudantes deverão basear-se nos conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e fatores do cenário relativos aos conteúdos curriculares desenvolvidos a partir de vivências progressivas da realidade da enfermagem em serviços de saúde, tendo como referência as DCN/Enf, por meio de diversificados dispositivos que possam avaliar a progressão do aluno, ao longo do curso, permitindo acompanhar o desenvolvimento de competências no horizonte da formação.

O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior e com a dinâmica curricular definida pela IES a qual pertence.

Em relação ao Curso de Graduação para formação do enfermeiro bacharel com licenciatura, o egresso profissional, além do perfil adotado para o enfermeiro bacharel, terá formação para o exercício da docência na educação

profissional técnica de nível médio na enfermagem, comprometendo-se com a formação ético-política e técnica e estética de trabalhadores técnicos de nível médio, compromissados com o SUS e com a melhoria das condições de vida da população. Além do trabalho como professor, o enfermeiro bacharel licenciado poderá exercer atividades de gestão educacional, no contexto da educação profissional técnica de nível médio em enfermagem, tendo em vista o princípio da gestão democrática.

A Associação Brasileira de Enfermagem mais uma vez cumpriu seu papel de liderança na formação do profissional enfermeiro. Ter estado à frente do movimento para a construção das novas DCN-Enf é uma evidência.

A partir da síntese das contribuições encaminhadas pelas seções oriundas dos 25 Fóruns realizados pelas seções da ABEn entre 2015 e 2016, e das demais rodadas de análise até 2017, que resultou no envio de novas contribuições, ficou evidente que chegaram propostas de mudança para todos os artigos e parágrafos das atuais DCN-Enf.

Como contribuição para a totalização do trabalho, o Grupo de Trabalho elencou um conjunto de itens que não foram abordados pelos participantes nos Fóruns e que as DCN-Enf precisavam enfatizar: interdisciplinaridade, integralidade da formação, interprofissionalidade das práticas, pensamento crítico e reflexivo, formação por competências, áreas de atuação do enfermeiro, licenciatura em enfermagem, atividade prática em laboratório, atividade prática em campo, ensino clínico. Tais itens foram sendo inseridos nas minutas durante as rodadas que se sucederam.

A ação participativa da ABEn foi decisiva e favoreceu o desenvolvimento de um processo inclusivo e exaustivo, participativo e ativo. Todas as 24 seções se envolveram no processo bem como acolheram estudantes, docentes, gestores e profissionais das redes de assistência nas discussões sobre a proposta das DCN.

Durante o 69 Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn), ocorrido em Maceió, de 5 a 8 de setembro de 2017, foi apresentada em Mesa Redonda e aprovada na Reunião Ampliada do Conselho Consultivo Nacional de Escolas e Cursos de Enfermagem, a proposta do Centro de Educação para a construção do Projeto Sustentabilidade da ABEn 2018-2020, com vistas a apoiar e sustentar em âmbito nacional a implantação das novas DCN. Um Grupo de Trabalho a ser constituído,

terá que apresentar o projeto com objetivos, referenciais, metodologia, estratégias e cronograma de execução para o período 2018-2020.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Estatuto Social**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem**. Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001. Brasília, 2001.

FERNANDES, J. D. VALE, E. G. **Ensino de graduação em enfermagem: contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem**. In: TEIXEIRA, E. *et al* (orgs.). O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã. Brasília: INEP, 2006.



METODOLOGIAS INOVADORAS PARA A FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE: COMO REALIZAR?

Eloá de Aguiar Gazola
Hélia Cardoso Gomes da Rocha
Juliana Souza Closs Correia
Isabel Cristiane Kuniyoshi
Maria Eliza de Aguiar e Silva

Introdução

A formação em saúde é tradicionalmente fragmentada. Prioriza a repetição, promove a compartimentalização do ser humano e supervalorização das especialidades, desviando o olhar do profissional de saúde da integralidade do indivíduo. A formação voltada às especialidades prioriza a ação curativa distanciando o profissional em formação dos serviços de saúde e das necessidades do sistema único de saúde. Outra característica da educação tradicional é o estabelecimento de um padrão onde o aluno está em situação de completa submissão, desenvolvendo uma consciência ingênua, sendo que para se promover a consciência crítica é necessário aguçar a curiosidade criativa e indagadora. É premente a necessidade de formar profissionais de saúde que garantam a integralidade da atenção à saúde (BEHRENS, 2005).

A discussão atual está em como formar profissionais éticos capazes de intervir e mudar a realidade, sensíveis às questões da vida e da sociedade, entendendo o paciente como um indivíduo integral e valorizando a promoção a saúde em detrimento ao cuidado da doença. Para isso é preciso romper a formação por conteúdos e promover uma formação em que o aluno seja autônomo, desenvolva a visão crítica voltada para a promoção da saúde, que é a proposta de organização curricular para a formação em saúde.

Portanto, o objetivo desse capítulo é demonstrar os pressupostos que nortearam a experiência de implementação de um currículo por competência nos cursos da área de saúde no âmbito de um Centro Universitário privado, localizado na Amazônia Ocidental.

Evolução histórica e conceitual de currículo por competência

O Brasil se vê envolvido em debates sobre currículo desde a Constituição de 1988, que desencadeou uma discussão sobre a Lei de Diretrizes e Bases da educação nacional - LDB, que ainda tramitou por longos oito anos até o ato de sua promulgação em 1996 - Lei 9.394/96.

Quanto ao currículo, a LBD/96, especialmente em seu artigo 26, se valida modernas teorias de currículo que rompem com as exigências de que toda escola do país deveria seguir modelos idênticos de formação. Antes, pelo contrário, assegurou que os currículos deveriam contemplar aspectos relacionados ao regional e ao local, o que confere ao conhecimento curricular o aspecto de contextualização.

Sobre o currículo no âmbito da LDB, Mello (2014) afirma:

As disposições curriculares da nova lei introduzem mudança considerável, sintonizada com o novo momento do país e do mundo [...] O primeiro comentário a ser feito em relação ao novo ordenamento legal é o de que se desloca o eixo da educação escolar e seu currículo, do ensino para a aprendizagem. Esta se expressa em competências e habilidades bastante próximas do que a literatura descreve como as competências para o século XXI. Entre elas a lei menciona: capacidade de aprender para adquirir conhecimentos; compreensão do ambiente físico e social; autonomia intelectual; pensamento crítico; compreensão do significado das ciências, das letras e das artes; relacionamento entre teoria e prática.

É fácil perceber o avanço de proposta curricular da LDB/96, tendo em vista o recente histórico brasileiro de concepções de currículos mínimos, engessados e com suposta igualdade de formação. Nesse aspecto discorre o Parecer CNE/CES 67/2003:

Dado esse caráter universal dos currículos mínimos para todas as instituições, [...] que se caracterizavam pela rigidez na sua configuração formal, verdadeira “grade curricular”, dentro da qual os alunos deveriam estar aprisionados, submetidos, não raro, até aos mesmos conteúdos, prévia e obrigatoriamente repassados, independentemente de contextualização, com a visível redução da liberdade de as instituições organizarem seus cursos de acordo com o projeto pedagógico específico ou de mudarem atividades curriculares e conteúdo, segundo as novas exigências da ciência, da tecnologia e do meio (p. 2).

O Parecer CNE/CES 67/2003 constitui-se como Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação, anunciando o fim dos currículos mínimos por sua excessiva rigidez e garantindo todo o ordenamento dado pelo Parecer CNE 776/97 que orienta para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Essa disposição tem origem na Lei 9.131, de 1995 que, deu nova redação a LDB 4.024/6 e criou o Conselho Nacional de Educação, dando-lhe a prerrogativa de dispor sobre as diretrizes curriculares para os cursos de graduação, em seu art. 9º.

Assim, pode-se entender o contexto dos ordenamentos legais que se constituiu gênese da reforma curricular brasileira: a Lei 9.131 de 1995, o Edital MEC/SESu nº 4/97 que convocou as Instituições de Ensino Superior (IES) a formularem propostas às Comissões de Especialistas de Ensino de cada área, para elaboração das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação e o Parecer CNE/CES 67/2003 anunciaram, para toda a educação brasileira, um modelo curricular referenciado por competência.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) contemplam uma formação profissional no escopo de um Projeto Pedagógico que, define o perfil do egresso dos cursos de graduação com decorrente decomposição em competências e habilidades, conteúdos, organização do curso, estágios e atividades complementares. Assim, as DCN garantem a flexibilidade, criatividade e responsabilidade às Instituições de Ensino.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (9394/96) sustenta o paradigma curricular por competência, concepção com a qual corrobora o Plano Nacional de Educação - Lei 10.172 de 2001 -, em seus objetivos e metas, quando preconiza:

[...] estabelecer, em nível nacional, diretrizes curriculares que assegurem a necessária flexibilidade, a criatividade e a responsabilidade das instituições diversidade nos programas oferecidos pelas diferentes instituições de ensino superior, de forma a melhor atender às necessidades diferenciais de suas clientelas e às peculiaridades das regiões nas quais se inserem [...]

Portanto, está posto que a proposição brasileira de currículo é por competência. E aqui se faz necessário buscar um referencial do que se entende

como competência. Em que pese não ser no âmbito da educação superior, mas, em nada comprometendo a definição desejada, é valioso registrar como o Ministério da Educação (MEC), explicita seu entendimento sobre o assunto nos “Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico”:

As competências enquanto ações e operações mentais, articulam os conhecimentos (o saber, as informações articuladas operatorialmente), as habilidades (psicomotoras, ou seja, o saber fazer elaborado cognitivamente e socioafetivamente) e os valores, as atitudes (o saber ser, as predisposições para decisões e ações, construídas a partir de referenciais estéticos, políticos e éticos) constituídos de forma articulada e mobilizados em realizações profissionais com padrões de qualidade requeridos, normal ou distintivamente, das produções de uma área profissional. (Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, 2000, p.10).

O MEC em 1998 já havia publicado seu entendimento quando definiu competências como “modalidades estruturais da inteligência, ou melhor, ações e operações que utilizamos para estabelecer relações com e entre objetos, situações, fenômenos e pessoas que desejamos conhecer”.

Essas definições parecem estar atreladas ao conceito de Perrenoud que define competência como “a capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles” (PERRENOUD, 1999).

O MEC (1898) também definiu que “As habilidades decorrem das competências adquiridas e referem-se ao plano imediato do saber fazer. Através das ações e operações, as habilidades aperfeiçoam-se e articulam-se, possibilitando nova reorganização das competências”.

Currículo por competência: alguns pressupostos - Matriz de Referência

Para se entender a proposição de currículo por competências, alguns pressupostos precisam ser identificados: primeiro, o currículo por competência envolve a definição de uma matriz de competência, aqui denominada de “Matriz de Referência”, em função de um perfil desejado de formação. E a partir do perfil delineado faz-se necessário identificar quais competências estão nele contidas

e decompô-las em habilidades, processo que vai constituindo-se em Matriz de Referência. Araújo e Rabelo (2015, p. 458), corroboram afirmando que “operacionalmente, a matriz deve ser construída tendo como base fundamental o perfil de formação esperado. [...] A partir da definição do perfil, identificam-se os recursos a serem mobilizados para a construção das competências esperadas”.

Nesse contexto o conteúdo aparece no âmbito de um currículo por competência em que Machado (2002) afirma:

A noção de competência, enquanto princípio da organização curricular, insiste na atribuição do ‘valor do uso’ de cada conhecimento. Os conteúdos escolares desvinculados das práticas sociais são tratados como ‘sem sentido pleno’ e os currículos não devem mais definir os conhecimentos a serem ensinados, mas sim as competências que devem ser construídas. Em um currículo voltado para a construção de competências, o que importa não é a transmissão do conhecimento acumulado, mas sim a virtualização de uma ação, a capacidade de recorrer ao que se sabe para realizar o que se deseja, e o que se projeta.

Portanto, o desenvolvimento de competências e habilidades não implica em abandono de conteúdo científico, antes pelo contrário, os conteúdos estão a serviço do desenvolvimento de competências. Quando a noção de competência é o cerne da organização curricular há uma nova atribuição de valor aos conteúdos, que deixam de ser um fim em si mesmo e passam a ser meio de desenvolvimento de habilidades e de competências. Deste modo os conteúdos selecionados são mobilizados diante das situações práticas de aprendizagem.

É premente ressaltar que no processo de planejamento curricular se aponta, a priori, para resultados. Nesse sentido Mello (2014) afirma que o currículo por competência é centrado na aprendizagem e no resultado, entendido como aquilo que o aluno é capaz de saber e fazer. Essa identificação de perfil do egresso esperado (resultado) aponta para avaliação que vai determinar o desempenho dele durante o processo e no final da formação.

No currículo por competência, os resultados a serem obtidos dirigem o processo educacional. Assim, primeiramente se definem os resultados, depois os processos necessários para alcançá-los. O enfoque é dado ao que tem que ser aprendido pelo educando e não ao que tem que ser ensinado (SANTOS, 2011).

Outro importante pressuposto do currículo por competência é o metodológico. Fica claro que a metodologia tradicional não responde à expectativa de formação desejada nesse escopo. Ruy Berger Filho (1999) afiança: Construir um projeto pedagógico que assuma um currículo por competências pressupõe a centralidade do aluno e, portanto, da aprendizagem, um foco na qualidade e na autonomia, uma prática pedagógica diversificada, uma escola diferenciada, uma pedagogia ativa.

Metodologia Ativa

Assim, retomando o percurso histórico e conceitual, entende-se que com o advento da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais que trouxeram o desafio de romper com os currículos mínimos, as instituições de ensino superior, buscaram incluir em suas práticas as Metodologias ativas de aprendizagem, também enfocadas nas diretrizes curriculares nacionais, deixando de lado a primeira parte da proposta do novo formato que é formação voltada ao desenvolvimento das competências e habilidades. Talvez por ser algo novo, principalmente na formação superior em saúde, que tem escassez de pedagogos ou de professores que se dediquem ao estudo de educação ou pela ânsia de apresentar inovação.

Ocorre que as metodologias ativas de aprendizagem não devem ser entendidas como a fórmula mágica para a transformação do perfil do profissional. As metodologias ativas de aprendizagem não são métodos de ensino e sim técnicas de ensino e como técnicas somente direcionam o percurso de aprendizagem, mas o objetivo é determinado pelo método e o que precisa ser alterado primeiramente é método para depois se adequar a técnica. A formação onde conteúdo é um fim em si mesmo, que tem como foco a transmissão desse conteúdo, pede a técnica tradicional de ensino aprendizagem, pois o ensino está focado no professor como transmissor do conhecimento e ao aluno cabe receber passivamente esta informação.

Ao mudar a técnica de ensino, sem mudar o método estabelece-se um processo de formação confuso e desconectado levando ao insucesso e desgaste tanto de docentes como de discentes.

A mudança que a LDB propõe, normatizada no ensino superior pelas DCN, é a formação das competências a partir do desenvolvimento das habilidades e isso fez uma diferença enorme. Se o objetivo da formação não está mais focado na transmissão do conteúdo, mas tem a necessidade da formação de competências, o

método chama a técnica de ensino que seja capaz de promover o desenvolvimento das competências, e aí sim, as metodologias ativas de aprendizagem se fazem imperiosas pois não somente colocam o aluno na posição de protagonista do processo ensino aprendizagem, como por meio da resolução dos problemas/desafios propostos ao aluno, para que busque as soluções (teóricas, práticas e atitudinais) de forma eficaz e assim a competência se estabeleça., atendendo ao que apresenta Perrenoud (1999) que não tem estabelecimento de competência a priori, mas somente a posteriori a solução de uma situação, de um problema. A aprendizagem precisa ser então, problematizadora.

Sobre a problematização no âmbito do Ensino Superior, Berbel (1998, p. 142) afirma que a Metodologia da Problematização é uma alternativa metodológica apropriada. A proposição de problematização vem sustentada pelo Método do Arco de Charles Maguerez descrita por Bordenave e Pereira (1982): observação da realidade → identificação dos pontos chave → teorização às hipóteses de solução → aplicação à realidade.

Nesse sentido, MITRE *et al.* (2008), complementa:

As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas. A problematização pode levá-lo ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. Ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades e caminhos, esse poderá exercitar a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões (p. 2136)

O processo de reflexão do professor deve iniciar neste ponto, pois para cada conteúdo que era anteriormente repassado, deverá questionar: Serve para quê? Será utilizado no quê? As respostas as estas perguntas serão os descritores da matriz de referência, que no âmbito da disciplina, serão os objetivos de aula. A partir desta reflexão, o planejamento de aula não será mais em qual conteúdo deverá ser ministrado, mas em de que forma a aula deverá ser conduzida para que o aluno seja capaz de desenvolver a ação pretendida. Portanto, os objetivos de aula

é que determinarão as técnicas que serão utilizadas. A aula que tem como objetivo debater algo não poderá ser realizada com estudo individualizado, por exemplo. A matriz de referência norteará todo o planejamento de cada disciplina.

Quando o planejamento determina qual a necessidade real e prática de cada conteúdo e o processo formativo se estabelece a partir do desenvolvimento de uma ação e o conteúdo passa a ser utilizado como ferramenta no processo de ensino, a aprendizagem passa a fazer sentido ao aluno e com isso o envolvimento no processo é ampliado. Estabelece-se então a aprendizagem significativa, que segundo Mitre (2008):

Existem duas condições para construção da aprendizagem significativa: a existência de um conteúdo potencialmente significativo e a adoção de uma atitude favorável para a aprendizagem, ou seja, a postura própria do discente que permite estabelecer associações entre os elementos novos e aqueles já presentes na sua estrutura cognitiva.

O discente quando desafiado a buscar a solução para uma situação problema (problematização), se envolverá na busca da solução (aprendizagem significativa) e perceberá que a descoberta do novo será útil na ampliação de possibilidades e exercitará sua autonomia na tomada de decisões. As situações problemas discutidas em grupos, abrem a compreensão para a aprendizagem colaborativa, onde a aprendizagem é resultado do trabalho de cooperação entre os pares e quando há o trabalho coletivo, exercitam-se diversas habilidades atitudinais imprescindíveis aos profissionais, como: respeito, compreensão, colaboração, escuta, responsabilidade, criticidade. A aprendizagem mais eficiente, assim como um trabalho mais eficiente, é colaborativa e social em vez de competitiva e isolada. A troca de ideias com outras pessoas melhora o pensamento e aprofunda o entendimento.

Ao pensar que precisamos de profissionais que sejam capazes de buscar soluções para a realidade onde está inserido, de tal forma, que possa transformar essa realidade e que isso só é possível por meio de ações multidisciplinares, a formação destes profissionais precisa ser problematizadora, significativa e colaborativa e não com a forma tradicional de transmissão de conteúdo ou com técnicas de ensino utilizadas simplesmente como uma forma de substituir o ensino tradicional sem a consciência do percurso que o discente percorrerá e do formato de condução, tutoria, que o docente deve assumir nesse processo.

Hoje o maior desafio para as instituições de ensino superior é a mobilização do professor para esta nova proposta. Na aprendizagem problematizadora o aluno torna-se um pesquisador e no processo de organização, em especial das universidades, a pesquisa se distanciou do ensino.

É preciso que o professor compreenda e reverta sua postura docente para utilizar a pesquisa como princípio metodológico, valorizando o pensar, o duvidar, o buscar as soluções, desfocando suas aulas das certezas e do conhecimento prévio, mas na condição precípua da pesquisa onde a dúvida e o transitório são a alavanca para o crescimento, transformando assim a sala de aula em um local de busca de conhecimento, onde não há o dono absoluto da verdade mas espaço para o erro no processo de busca de soluções enquanto o professor se coloca na posição de condutor do processo (CUNHA, 2012). Desta forma, o processo formativo gerará aulas significativas tanto para docentes como para discentes.

A capacitação docente permanente, intensa e diária se apresenta como condição imperiosa para a mudança desse processo. Somente após a mudança epistemológica docente ele conseguirá compreender não só a necessidade de planejar de forma diferente suas aulas, como da mudança de postura frente ao aprendiz. Aí inicia o processo de orientação para o planejamento minucioso que o uso das técnicas ativas exige, bem como a mudança do formato de avaliação, uma vez que, se o ensino não estará mais focado na transmissão do conteúdo, mas no desenvolvimento das habilidades, a aprendizagem precisará avaliar se as habilidades foram de fato desenvolvidas.

Processo avaliativo na formação por competência

A avaliação do processo ensino/aprendizagem é tida como elemento essencial na formação por competências, considerada como avaliação para aprendizagem e não somente avaliação da aprendizagem. Para se avaliar diferente é necessário ensinar diferente. Se a conotação que se dá à avaliação é de que se trata de uma oportunidade privilegiada de aprendizagem, é necessário que o processo de ensino favoreça a construção significativa do conhecimento estável e estruturado. Na contramão, se o conhecimento é adquirido mecanicamente, torna-se instável e isolado só cabendo uma avaliação por instrumentos que requeiram prioritariamente a memorização. A lógica é inversa também, ou seja, ao se mudar a lógica de ensino, há que se mudar a lógica de avaliação.

Na formação por competências, o sistema avaliativo deve compor o planejamento de ensino e ser concebido em consonância metodológica com as demais etapas do processo de aprendizagem. Com a ciência dos domínios que compõem as competências para atuação em saúde, quer seja cognitivo (conhecimento), psicomotor (habilidades) e/ou afetivo (comportamentos/atitudes) estrutura-se uma matriz de referência (ou matriz de competências). Este instrumento apresenta descritores de desempenho mapeados para cada habilidade e contemplam dois aspectos básicos a serem avaliados: conteúdo programático e nível de operação mental necessária para a habilidade cognitiva. A matriz de referência e os princípios-guia da ação pedagógica orientam o processo avaliativo, que serve ao redirecionamento do processo de aprendizagem.

Orientando o processo avaliativo na formação em saúde, tem sido usual a adoção de um instrumento publicado por George Miller em 1990, a Pirâmide de Miller, que dispõe os desempenhos cognitivos na base e os procedimentais, psicomotores e comportamentais no ápice. Para a formação da competência, são quatro níveis de desempenho, da base para o ápice: saber, saber como, demonstrar e fazer. Para cada nível, cabem métodos avaliativos condizentes com o que se pretende medir. Consoantes com os domínios que compõem as competências para atuação em saúde dispostos na matriz de referência e cientes dos desempenhos esperados, os instrumentos avaliativos são selecionados e elaborados pelos professores.

A taxonomia dos objetivos de aprendizagem serve como base para elaboração do instrumento de avaliação e também para favorecer o desempenho dos alunos em diferentes níveis de construção de conhecimento. De acordo com a Taxonomia de Bloom, a aprendizagem acontece com o desenvolvimento de três domínios: cognitivo, afetivo e psicomotor. No domínio cognitivo, as operações ou funções mentais são dispostas em seis níveis de acordo com a complexidade envolvida, subdivididos em operações mentais básicas e superiores. As consideradas básicas – conhecimento (memória), compreensão e aplicação – trabalham o conteúdo como fim nele mesmo, enquanto as consideradas superiores – análise, síntese e julgamento (avaliação) – abordam o conteúdo como ferramenta na solução de problemas.

Na base da pirâmide de Miller, nos níveis de desempenho do saber e do saber como, está a dimensão cognitiva que demanda instrumentos avaliativos

que possibilitem mensurar o domínio, compreensão e aplicação - em tese - de conhecimentos. Na avaliação cognitiva, comumente adotam-se testes e provas compostos por questões que devem ser contextualizadas em situações da prática profissional e que abordem conteúdos relevantes e significativos para a formação em foco. Há dois tipos de questões: de resposta livre (equivalente à questão discursiva) e de resposta orientada (equivalente à questão objetiva ou de múltipla escolha), que devem ser preferencialmente pautadas em casos clínicos de forma a exigir maior complexidade de pensamento e raciocínio clínico.

A fim de avaliar habilidades exigindo maior raciocínio clínico, uma alternativa comum aos cursos de graduação em saúde tem sido a adoção de provas integradas que contextualizam situações complexas que perpassam por conteúdos e propósitos para além da lógica disciplinar. Os conteúdos de disciplinas convergem como ferramentas para a solução dos problemas propostos interdisciplinarmente. Além disto, por meio das provas integradas é possível avaliar também as habilidades trabalhadas transversalmente no currículo.

A elaboração de questões avaliativas implica na seleção do descritor da matriz de referência, no estabelecimento da situação-problema a ser abordada, na estruturação do enunciado com suporte e comando, na indicação do gabarito comentado ou padrão de resposta e, especificamente para resposta orientada, na elaboração de distratores. A estruturação pedagógica de questões avaliativas para se avaliar uma única habilidade caracteriza-as como itens.

Em contraponto à Teoria Clássica de Testes (TCT), a Teoria de Resposta ao Item (TRI) é uma alternativa que tem se apresentado útil para o processo de calibração de itens avaliativos e medida de proficiência, que representa um determinado traço latente - ou aptidão - do aluno. Essa teoria concretiza-se por um conjunto de modelos que relacionam a probabilidade de um aluno, com sua proficiência e parâmetros do item, apresentar uma determinada resposta. Os parâmetros do item são poder de discriminação (a), dificuldade (b) e probabilidade de acerto ao acaso (c).

A Teoria de Resposta ao Item (TRI) fornece resultados independentes dos alunos e testes aplicados, o que permite a comparabilidade entre turmas avaliadas em diferentes edições de avaliação, mesmo em se tratando de provas, turmas e alunos diferentes. Sua aplicação aponta para a construção de uma escala

de proficiência que pode servir para balizar o processo ensino/aprendizagem (KUNIYOSHI, 2016).

Para avaliar a dimensão cognitiva de competências na área da saúde, é crescente a aplicação de Testes de Progresso no mundo e no Brasil por iniciativa isolada de instituições de ensino ou compondo consórcios com um conjunto de escolas. Trata-se de uma avaliação longitudinal com intuito de mensurar o desempenho cognitivo de estudantes. Caracteriza-se por uma prova composta por 120 a 180 questões que abrangem conteúdos de toda a formação, requeridos em situações de complexidade para o aluno concluinte.

A mesma prova é aplicada a todos os alunos do curso, na mesma hora, com os mesmos critérios e condições. Espera-se que o desempenho seja crescente de acordo com a etapa de formação em que o aluno se apresenta (BICUDO *et al.*, 2014). Com a repetição anual da aplicação do teste, é possível avaliar a progressão do conhecimento dos alunos ao longo do curso. Assim, o aluno pode acompanhar e monitorar sua progressão e, no caso de consórcios, cada escola validar seu desempenho em relação aos seus pares.

Quanto à avaliação de habilidades e atitudes, correspondente aos dois níveis superiores da pirâmide de Miller – demonstrar e fazer, podem ser adotadas provas de habilidades de simulação de baixa e alta fidelidade ou ainda avaliação de situações reais por meio de caso longo, mini exercício clínico, avaliação holística (*global rating*), portfólio, *feedback* de múltiplas fontes, entre outros.

No contexto da formação em saúde as estratégias que se pautam de recursos de simulação que incluem a avaliação da -e para- aprendizagem são cada vez mais comuns. As tradicionais provas práticas em laboratórios e manuseio de instrumentos têm recebido reforços com o uso de manequins e encenações que auxiliam na demonstração de habilidades clínicas. Destaca-se a Avaliação Clínica Objetiva Estrutura, cuja sigla OSCE advém do inglês, *Objective Structured Clinical Examination*. Trata-se de uma prova de habilidades de simulação de alta fidelidade que reproduz situações clínicas dispostas em estações em que o aluno necessita apresentar determinado desempenho, sendo então avaliado por um observador balizado em posse de um checklist previamente estabelecido.

Discutir diferentes alternativas de avaliação - da concepção à aplicação - é pauta imprescindível para que se estrutrem propostas pedagógicas que

correspondam às necessidades da formação em saúde que requer raciocínio clínico e tomada de decisões clínicas ou de gestão.

Implantação de um currículo por competência na área da saúde – nosso fazer

A instituição de ensino superior em tela definiu em seu Projeto Pedagógico Institucional (PPI), sua concepção metodológica. Esta IES acredita, de acordo com sua missão institucional, que a prática associada ao cotidiano da sala de aula põe em evidência a formação profissional entendida como prática social inovadora, estabelecendo os nexos entre a teoria, a significação da aprendizagem e a construção permanente da sociedade.

Entende que a Matriz Curricular direciona o currículo da instituição, levando em conta as concepções de ensino e aprendizagem, apresentando: competências e habilidades, conteúdos, metodologias e processos de avaliação.

Nesse sentido, entendeu também que a Matriz de Referência orienta o processo avaliativo da Matriz Curricular. Assim, a Matriz de Referência apresenta de modo explícito, o que se quer verificar em termos de avanços da aprendizagem dos estudantes. Por meio das habilidades indicam a formulação dos instrumentos de avaliação e a análise dos resultados do desempenho. O processo avaliativo, no âmbito de currículo por competência, tem como função medir gradativamente as habilidades do aluno, e com isso, ajustar o processo formador.

No entendimento do escopo de currículo por competência, essa IES, revisitou o Projeto Pedagógico dos Cursos (PPC) e o perfil de egresso (resultado) de cada um, considerando que o resultado esperado determina uma proposição de uma Matriz de Curricular, que foram analisadas e alteradas para responder as demandas do perfil de formação. Posto isso, passou a elaborar a Matriz de Referência. Todo processo foi capitaneado pelos coordenadores, NDE e demais docentes.

Nessa construção da Matriz de Referência da área da saúde, o conceito da educação baseada no resultado esperado está presente na tomada de decisão a respeito do currículo (HARDEN, 2013), norteando os atores envolvidos em todo o processo. Em suma, a matriz de referência é elaborada a partir do que se espera como resultado final das competências que devem ser alcançadas pelo aluno, sempre respondendo às seguintes perguntas: Quais habilidades o aluno precisa ter para desenvolver tal competência? Quais são os níveis cognitivos que o aluno precisa percorrer para ele desenvolver tal habilidade?

Portanto, a Matriz de Referência aponta para habilidades a serem desenvolvidas, evocam os conteúdos que estão informados com uma função mental, via descritores, e alimenta a avaliação processual e somativa ao longo do semestre, como também a avaliação de habilidades no final do semestre. Nesse contexto Machado (2002), afirma que a função do currículo é de reorientar a prática pedagógica, da transmissão de conteúdo para uma prática voltada para a construção de competência. Portanto, não se pode falar em currículo por competência tratando o conteúdo como um fim em si mesmo, mas entendendo-o como ferramenta para o desenvolvimento de habilidades e competências. Para tanto, é necessário convidar o aluno a colocar-se à disposição de uma nova proposta metodológica e mais, a colocar o que ele sabe à disposição do novo – aprendizagem significativa. Desta forma o “O aprender a aprender passa a ter conotação de aquisição do significado das coisas, raciocínio lógico e a capacidade de compreensão, tornando-se necessário motivar o aluno para querer aprender e saber mais” (ANTUNES, 2010).

Assim, podemos dizer que a aprendizagem significativa é o processo pelo qual passa o indivíduo que aprende quando uma nova informação se relaciona significativamente a uma estrutura cognitiva preexistente, que envolve conhecimentos, concepções e percepções anteriormente construídos, ou seja, a nova informação dialoga com a estrutura pré-existente, chamada de subsunção ou ancoragem significativa (AUSUBEL, 2003).

Para que seja possível criar ancoragens significativas, é preciso levar o aluno da saúde ao estado de motivação, contextualizando a teoria a partir da realidade prática. Neste aspecto, ganha força a proposição de Chiesa *et al* (2007): Em um currículo orientado por competência, os conteúdos só têm significado quando emergem da prática e a partir daí passam a ser explorados com consistência e funcionalidade para o enfrentamento de situações complexas e reais, construídas socialmente.

Assim, para se alcançar o diferencial na formação proposta pela educação baseada no resultado, pelo enfoque da aprendizagem significativa, identificou-se no modelo SPICES de estratégia educacional uma importante referência a ser seguida (HARDEN, 2013), trazendo ao professor e aos gestores educacionais um instrumento de avaliação do avanço curricular realmente alcançado. Conforme a seguir, demonstrado pela Estratégia Educacional SPICES (HARDEN, 2013).

Currículo Desejado		Currículo Tradicional
Centrado no estudante	S	Centrado no professor
Baseado em problemas	P	Orientado por informações
Integrado ou Interprofissional	I	Focado nas disciplinas/especialidades
Baseado na comunidade	C	Baseado nos Hospitais
Conduzido eletivamente	E	Uniforme
Sistemático	S	Oportunístico

Na perspectiva da formação ampla por competência, e orientado pelo modelo SPICES, fica claro que a metodologia tradicional não responde à expectativa de formação desejada. Perrenoud (1999) afirma que a competência é desenvolvida por mobilização de saberes diante de situações problemas, portanto a metodologia coerente no escopo de currículo por competência demanda por problematização e projetos. A opção metodológica fundamenta-se no pressuposto de que uma tendência não se sobrepõe à outra, bem como um método não supera todas as dimensões do outro e suportam a aprendizagem significativa.

Por sua vez, a metodologia de projetos traz em sua essência a ideia de complexas contextualizações rumo ao produto finito, trabalhado à luz de objetivos claros e previamente concebido. Surge a partir de uma situação problema, uma necessidade real frente à necessidade formativa, uma oportunidade ou interesses de uma pessoa, um grupo de pessoas ou uma organização (MOURA, 2006).

Foi notório que o próprio processo de construção do currículo impôs a análise e tomada de decisão metodológica. Nesse sentido, levando em conta que para o desenvolvimento da competência necessário se faz o enfrentamento de uma situação-problema, os métodos escolhidos foram: projetos e problematização. Essa opção metodológica fundamenta-se no pressuposto que uma tendência não se sobrepõe à outra, bem como um método não supera todas as dimensões do outro.

Aqui resolveu-se que as situações-problemas receberiam a nomenclatura de “Desafios”. Os desafios são atividades problematizadoras estruturadas,

ancoradas dentro da matriz de referência de habilidades e competências, permitindo que o aluno trilhe sobre um caminho avaliativo com evoluções cognitivas dispostas taxonomicamente.

As unidades de desafios estão estruturadas conforme a matriz, onde os descritores apontam para os micros desafios - que correspondem a questões objetivas - e as habilidades para o macro desafio - que corresponde a uma questão aberta.

E para atender a opção metodológica de projeto se inseriu no âmbito dos currículos um componente curricular denominado Projeto Integradores (PI). Seu principal objetivo é a realização da integração dos conteúdos do período letivo correspondente. Por meio dos Projetos Integradores, oferecidos em todos os semestres do curso, é promovida a interdisciplinaridade, a transversalidade, a articulação teórico-prática e a Interprofissionalidade. Ele é pensado como elemento agregador, com a intenção de dar significado ao conhecimento e, dessa forma, aproximar os projetos pedagógicos ao mundo do trabalho.

O desenvolvimento de Projetos Integradores ao longo do curso permite aos discentes o desenvolvimento de habilidades de análise crítica, a busca pela inovação e a criatividade – lócus, propício para aprendizagem significativa. Ao mesmo tempo, articula e explora a unicidade do conhecimento, acelerando os mecanismos de correlação dos conteúdos desenvolvidos nas diversas disciplinas.

As atividades do PI fazem a articulação das atividades desenvolvidas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) com outros cenários de aprendizagem. Abrem espaço para se trabalhar, de diferentes maneiras as situações-problemas, denominadas “desafios”, que passam por diferentes processos de avaliação: autoavaliação, correção entre pares ou pelo professor. Também é o momento de debater sobre as atividades que acontecem em diferentes cenários de aprendizagens.

No âmbito do PI também acontece o Trabalho Integrador (TI), que se constitui lócus da interdisciplinaridade, a qual se efetiva por meio da aplicação de conceitos teóricos das disciplinas a um projeto. Os Trabalhos Integradores possibilitam experiência de iniciação científica e a extensão.

E, do ponto de vista do modelo SPICES de estratégia educacional, essa IES, vai estabelecendo uma proposta formadora: centrada no estudante, quando ele pode, por meio de atividades diferenciadas (presenciais e virtuais), organizar pessoalmente seu tempo de estudo; baseada em problemas

quando o estudante diante de necessidades reais de uma pessoa, de um grupo de pessoas ou uma organização, tem a oportunidade de articulação teórico-prática; integrada e interprofissional, quando pode atuar com outros profissionais e estudantes, de distintas áreas, em atividades de aprendizagens/ensino, extensão e pesquisa e ganhar visão da prática na perspectiva de outros profissionais; baseada na comunidade, quando, desde o primeiro ano do curso de graduação, têm a oportunidade de transitar pela comunidade em diferentes atividades e em cenários de saúdes diferentes de hospitais. Outra característica desse modelo é o caráter eletivo de sua formação quando “promove oportunidades para que a estudante escolha áreas de seu interesse e desenvolva habilidades em autoavaliação, avaliação crítica e manejo do tempo (REIS, SOUZA, BOLLELA, 2014) e por fim, o caráter sistemático quando vivencia experiências práticas de aprendizagem simuladas e não apenas na prática dos cenários reais. Essa IES tem farta oferta de aprendizagem em seus Laboratórios de Habilidades.

Na organização curricular por competência fica explicitada a necessidade de um sistema avaliativo coerente, que propõe instrumentos capazes de verificar o desenvolvimento de habilidades.

Araújo e Rabelo (2015) afirmam:

Trabalhar competências como uma estratégia de construção do perfil educacional ou profissional esperado apresenta-se como ferramenta bastante útil à complementação da formação na educação, mas, em contrapartida, oferece alguns desafios, especialmente quanto à *avaliação* desse desenvolvimento [...]. Entende-se que devem ser considerados, enquanto eixos orientadores da avaliação de competências, diversos indicadores: conhecimentos, saberes, habilidades, posturas, escolhas e demais recursos a serem mobilizados pelos sujeitos mediados pelo processo de formação [...]

Assim, o processo avaliativo no escopo de currículo por competência objetiva o sucesso do aprendizado do aluno, pois a função da avaliação é medir gradativamente as habilidades dos alunos e, com isso, ajustar o processo formador. Dessa forma, a avaliação não apenas avalia, mas regula e reorienta o processo de ensino e aprendizagem. Avaliação e planejamento se unem à prática educacional num contínuo. O docente avalia para planejar, planeja para uma prática revisitada,

para voltar a avaliar, novamente planejar, novamente atuar. E nesse contínuo retroalimentam o currículo como um todo.

A Avaliação por Habilidades, na IES em questão, é norteada pela matriz de referência dos respectivos cursos e períodos, que objetiva avaliar as habilidades e competências e situar o nível de proficiência alcançado pelo aluno rumo ao perfil desejado de formação. Esta acontece no final de cada período no âmbito de todos os cursos da instituição, constitui-se de 40 a 60 questões, avaliando em média 5 disciplinas e delas, em média, 5 habilidades. É estruturada com questões de todas as disciplinas dos períodos, agrupadas por eixos temáticos. Cada disciplina corresponde a um caderno de prova e ao aluno direcionam-se os cadernos avaliativos das disciplinas das quais ele está matriculado. Importante salientar que os cadernos são compostos por escolha sistêmica e aleatória de itens, garantindo a equidade no ponto de vista de dificuldade das habilidades avaliadas.

Considerando a vasta literatura sobre a formação por competência observa-se grande dificuldade de implementação desse modelo de currículo. O desafio primeiro é vencer o paradigma conteudista intrínseco nos atores (gestores educacionais, docentes e discentes) envolvidos no processo de aprendizagem, posto que todos foram formados no modelo onde o conteúdo era um fim em si mesmo. Fazer com que esses atores superem o tradicionalismo epistemológico, didático e gerencial é fundamental para uma proposta inovadora, isso implica na proposição de formação para docentes e gestores educacionais usando o princípio da simetria invertida (MELLO, 2000). De igual importância é sensibilizar o discente para as inovações de um currículo que exige uma postura ativa e uma disposição para colocar a favor do processo o que já sabe, pressuposto da aprendizagem significativa.

Essa IES é consciente da necessidade de aprimoramento da proposta inovadora aqui narrada. Fazendo uma analogia com o Arco de Maguerez, toma a realidade como o desafio a ser vencido, em um ciclo de identificação dos pontos chaves, suporta-se em sólidos pressupostos teóricos. Assim, a IES está em um fluxo contínuo de observação da realidade, teorização e novo retorno à realidade para avaliação e validação. No eterno fluxo de AÇÃO → REFLEXÃO → NOVA AÇÃO – INOVAÇÃO!

Referências

AMARAL, E.; LEITE, R. C. **Avaliação do estudante para orientar a formação em Fonoaudiologia** in MARCHESAN, Irene Queiroz, JUSTINO, Hilton, TOMÉ, Marileda Cattelan. Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia. Roca, 09/2014.

ANDERSON, L. W. *et al.* **A taxonomy for learning, teaching and assessing: a revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives**. Nova York: Addison Wesley Longman, 2001.336p.

ANTUNES, C.. **A prática dos quatro pilares da educação na sala de aula**, Petrópolis: Editora Vozes, 2010. 102 p. (Fascículo 17).

ARAÚJO, C. M.; RABELO, M. L. **Avaliação educacional: a abordagem por competências**. SP, v. 20, n. 2, p. 443-466, jul. 2015.

AUSUBEL, David P. **Aquisição e Retenção de Conhecimentos: Uma Perspectiva Cognitiva**. Lisboa: Platano Edições Técnicas, 2003. 219 p.

AVRITZER, Leonardo. **Teoria democrática, esfera pública e participação local**. Sociologias, Porto Alegre, ano 1, n. 2, p. 18 - 43, jul - dez. 1999.

BEHRENS. M. A. **O paradigma emergente e a prática pedagógica**. Petrópolis: Vozes, 2005.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?** 1998, v. 2, n. 2, p. 139-154. ISSN 1807-5762.

BERGER FILHO, R. **Apresentação da Secretaria de Educação do Estado de São Paulo**. Disponível em: http://www.rededosaber.sp.gov.br/portais/Portais/18/arquivos/curriculo_e_competencias_cr.pdf.

BICUDO, S. *et al.* Avaliação do Estudante: contribuição do teste de progresso. In: LAMPERT, J. B.; BICUDO, A. M. 10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina. RJ: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014

BLOOM, B. S.; HASTINGS, J. T.; MADAUS, G. F. **Handbook on formative and summative evaluation of student learning**. New York: McGraw-Hill Book Company, 1971

BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4. ed., Petrópolis: Vozes, 1982.

BRASIL. CNE/CES. **Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação**. Parecer, 776/1997, 03/10/1997.

BRASIL. **Lei 4.024/96**. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: Congresso Nacional.

BRASIL. **Lei 9.131/61**. Altera dispositivos da Lei nº 4.024, e dá outras providências.1995.


BRASIL. **Lei 9.394/96**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. 1996.

BRASIL. **Lei 10.172/01**. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. 2001.

BRASIL. **Ministério da Educação - Edital n. 4/1997**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf>.

BRASIL, **Ministério da Educação/INEP/ENEM – documento básico**. Brasília: MEC/INEP, 1998.

- BRASIL. **Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Profissional**, 2000. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/introduc.pdf>.
- BRASIL. **Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação**. CNE/CES. Parecer, 67/2003, 11/03/2003.
- CHIESA, N. D. *et al.* A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 236–40, 2007.
- CUNHA, M. I. (org). **Qualidade da Graduação: A relação entre ensino, pesquisa e extensão e o desenvolvimento profissional docente**. Araraquara-SP: Junqueira & Marin, 2012.
- DE ANDRADE, D. F.; TAVARES, H. R.; VALLE, R. da C. **Teoria da Resposta ao Item: conceitos e aplicações**. ABE, São Paulo, 2000.
- FERRAZ, A. P. do C. M.; BELHOT, R. V. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. **Gest. Prod.**, São Carlos, v.17, n.2, p.421-431, 2010.
- HARDEN, R. M., (2013). **Curriculum planning and development**. In: DENT, John A. HARDEN, Ronald M. A Pratical guide for medical teachers. 4. ed., Londres: Elsevier, p. 8 – 15, 2013.
- KUNIYOSHI, I. C. **Proposição de escala de proficiência para o ensino em Cariologia na graduação em Odontologia** [Tese de Doutorado]: UNESP; 2016.
- LUCKESI. C. C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 1994.
- MACHADO, J. N., PERRENOUD, P.; THURLER, M. G. (orgs.). **Competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed, p. 137-155.
- MELLO, G. N. de. **Currículo da Educação Básica no Brasil: concepções e políticas**. Disponível em: http://movimentopelabase.org.br/wpcontent/uploads/2017/08/guiomar_pesquisa.pdf.
- MITRE. S. M. *et al.* **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais**. Ciências & Saúde Coletiva, 13 (Sup.2): 2133-2144. 2008.
- MOREIRA, M. A. **Aprendizagem significativa: a teoria e textos complementares**. São Paulo: Livraria da Física, 2011. 179 p.
- MOURA, D. G.; BARBOSA, E. F. **Trabalhando com Projetos – Planejamento e Gestão de Projetos Educacionais**, Petrópolis: Editora Vozes, 2006.
- PERRENOUD, P. **Construir competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed., 1999.
- ROPÉ, F., TANGUY, L. (orgs.). **Saberes e competências: o uso de tais noções na empresa e na escola**. Campinas: Papius, 2002.
- SANTOS, W. S. dos. Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 86-92, 2011.
- SCHUWIRTH, L. W. T.; VAN DER VLEUTEN, C. P. M. General overview of the theories used in assessment: AMEE. Guide nº 57. **Medical Teacher**. v. 33, p. 783-797, 2011.
- WIERSEMA, N. **How does Collaborative Learning actually work in a classroom and how do students react to it? A Brief Reflection**. 2002.



COMO TRABALHAR O EIXO GESTÃO EM SAÚDE NA PRÁTICA? A EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS DO CURSO DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ - CESUPA

João Paulo Mendes Filho
Nara Alves de Almeida Lins
Milena Coelho Fernandes Caldato

Introdução

É consenso entre vários autores que um bom gestor em saúde deve possuir competências de visão global (sistêmica e de longo prazo), comunicação eficaz, negociação e gerenciamento de conflitos, gerenciamento de mudanças, gerenciamento do tempo e do estresse, uso do processo decisório participativo, gestão de planos, ações e resultados, pensamento criativo, fomento de um ambiente produtivo de trabalho, ter responsabilidade ética e social, além de comprometimento com processos, resultados e o atingimento de metas.

No Brasil, a gestão das unidades de saúde é realizada, principalmente, por médicos e enfermeiros, que, em sua maioria não foram capacitados em cursos específicos de gestão. Advém, deste fato, a inserção do eixo Gestão em Saúde nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 e sua importância revelada nas oito dimensões para o curso de graduação em Medicina. Este capítulo objetiva compartilhar a experiência sobre o tema, além de alguns aspectos considerados relevantes, que nortearam a concepção, a construção, o desenvolvimento e a gestão do projeto pedagógico do Curso de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará - CESUPA.

A construção e os referenciais do projeto pedagógico

O CESUPA é uma instituição fundada em 1986, com marcada tradição para a saúde, ofertando em sua trajetória diversos cursos de graduação como Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Nutrição e Enfermagem. Vislumbrou-

se o coroamento dessa vocação com a oferta da Medicina, um curso com proposta inovadora, sob novos paradigmas. Nesse sentido, já em 2005, iniciou-se um processo de ampla discussão com instituições e capacitadores com maior experiência, principalmente na formação de docentes sob a égide das metodologias ativas. Após apresentação e recolhimento de propostas no Conselho Estadual de Saúde e Conselho Regional de Medicina, prosseguiu com o encaminhamento do projeto ao Ministério da Educação, convencidos de sua modernidade, arrojo metodológico e comprometimento com as peculiaridades locais. Então, o Curso de Medicina do CESUPA foi iniciado em fevereiro de 2007.

Nas últimas três décadas do século passado, os critérios predominantes de profissionalismo para o médico consistiam em: capacidade de comunicação, conhecimento, senso clínico, desempenhos técnicos básicos, emoções, valores e atuação clínica em benefício de cada indivíduo e da comunidade. Em contrapartida, eram pouco valorizadas outras questões relevantes, como integração de conhecimentos e desempenhos, contexto dos cuidados de saúde, conhecimentos sobre o sistema de saúde, gestão da informação, trabalho em equipe e relação médico-paciente. Um marco importante da Educação Médica no início do século XXI, é a “Carta do Profissionalismo Médico”, regida sob a égide da *American Board of Internal Medicine Foundation, American College of Physicians Foundation e European Federation of Internal Medicine*. Este documento de 2002, corresponde a um dos primeiros e principais referenciais utilizados para a base do projeto pedagógico.

A Carta do Profissionalismo Médico, definiu três princípios fundamentais do profissionalismo e dez obrigações profissionais (Tabela abaixo).

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS
1. Primazia ao bem-estar do doente
2. Autonomia do doente
3. Justiça social
RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS
• Competência profissional
• Assunção das responsabilidades profissionais
• Atualização pessoal em conhecimentos científicos

• Honestidade com os doentes
• Manutenção da confiança do doente na gestão de conflitos de interesse
• Confidencialidade sobre assuntos relativos aos doentes
• Relacionamento apropriado com os doentes
• Empenho na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde
• Empenho na melhoria do acesso aos cuidados de saúde
• Distribuição justa dos recursos finitos

De forma quase que imediata adveio a discussão do conceito de “Competência”, surgindo como um dos mais aceitos a “aplicabilidade” prática dos conhecimentos, das habilidades e atitudes, aliada a uma prática reflexiva e ética. Atitudes como comprometimento e respeito foram apontadas como essenciais para apresentar competência. As atitudes e a ética têm um papel central na competência do egresso, e estratégias para estimular seu desenvolvimento devem ser um dos focos da formação médica. Para alguns autores “Competência” é o conjunto do “Saber”, “Saber-Fazer e o “Saber-Agir”.

Em outubro de 2001, o Diário Oficial da União publicaria as Diretrizes Curriculares Nacionais, fruto de ampla discussão com a Associação Brasileira de Educação Médica, Ministério da Saúde, Rede Unida e OPAS. Tais diretrizes referenciam habilidades e atitudes necessárias para um perfil do formando, um profissional médico com boa formação geral, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar pautado em princípios éticos no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso de cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Preconizam, ainda, que o currículo deve utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos. Na vigência das diretrizes de 2001, portanto, o Centro Universitário do Estado do Pará teve autorizado o início e o reconhecimento de seu curso de Medicina.

Em junho de 2014, o DOU traria a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, sob a crítica de parte da comunidade de educadores e gestores de escolas médicas de haver sido

insuficientemente discutida, porém, faça-se justiça, carreadora de inegáveis e significativos avanços, a partir de uma estruturação nos eixos de Atenção, Gestão e Educação em Saúde. Não cabe, por óbvio, discorrer sobre o documento, porém merece destaque a importância que o mesmo confere ao Núcleo Docente Estruturante, no processo de consolidação e contínuo aprimoramento do projeto e ao Programa de Formação e Desenvolvimento Docente, com vistas à valorização e maior envolvimento do trabalho dos professores. Os principais avanços foram “importados” da Lei 12.871, que instituiu o Programa Mais Médicos. Um dos destaques, diz respeito à carga horária mínima do internato de 35% e, destes, 30% para Atenção Básica e Urgência e Emergência. O artigo 36 remete à questão da Avaliação Nacional Seriada de Escolas Médicas - ANASEM, como avaliação seriada, processual, formativa e como parte do processo de classificação para Residência Médica. Outro aspecto relevante aponta para a oferta anual de vagas equivalente ao número de egressos da graduação do ano anterior, como meta até dezembro de 2018 (art. 37). É consenso entre gestores e educadores da saúde o grau elevado de inexecutabilidade no cumprimento desses dois artigos, surgindo como fator agravante que os mesmos, ao serem “importados” da Lei dos Mais Médicos, deixaram de ser Diretrizes, passando a ter caráter normativo, o que resulta em questão a ser resolvida pelos organismos governamentais.

Deve-se ter em mente que são necessários esforços contínuos por parte de NDE para realizar as adequações curriculares necessárias, para manter o projeto pedagógico de acordo com as novas recomendações do Governo, sempre lembrando da concepção inicial de um curso moderno e comprometido com a realidade localregional.

Com o objetivo de alcançar o tripé das Competênciasconhecimento, habilidades e atitudes que fundamentam a formação do médico generalista, o CESUPA oferece do 1º ao 4º ano Módulos Temáticos, Treinamento de Habilidades Profissionais e Módulo de Interação em Saúde na Comunidade (MISC), enquanto o 5º e o 6º anos correspondem ao Internato Médico.

Os Módulos Temáticos possibilitam a fundamentação teórica para o estudante ter domínio dos conteúdos necessários para as ações de promoção, recuperação e manutenção da saúde. Inicia-se com a apresentação das técnicas de autoaprendizagem, assim como os preceitos de Bioética e de Direitos Humanos

necessários para exercer a Medicina. Sucessivamente, ocorre o estudo dos sistemas corporais até o 5º semestre, quando a espiral do conhecimento retoma assuntos aprendidos aplicados às fases da vida. O 6º semestre traz subsídios sobre saúde mental, bases terapêuticas e da Medicina Baseada em Evidências. A partir do 7º e 8º semestres, o estudante passa a ter domínio da fisiopatologia, diagnóstico, tratamento, prevenção e reabilitação das doenças de maior prevalência, baseados em conhecimentos validados cientificamente, a partir da utilização de casos clínicos com complexidade crescente nas sessões tutoriais.

O eixo das Habilidades profissionais compreende habilidades humanísticas, clínicas, cirúrgicas, terapêuticas e de informática. Esse conjunto de habilidades objetivam treinar o estudante para o domínio de recursos semiológicos, técnicas de anamnese e comunicação, de forma a exercitar a escuta ativa do paciente, além de desenvolver técnicas diagnósticas e terapêuticas necessárias para sua atuação como médico generalista.

O eixo MISC visa integrar o estudante com a comunidade. A aluno é apresentado ao sistema hierarquizado de saúde, aprende a trabalhar em equipe multidisciplinar, promove ações de educação, além de aprender sobre atividades de política e planejamento em saúde, percebendo, dessa forma, o valor do Médico de Família e Comunidade.

No Internato médico, os alunos passam por vários cenários, correspondendo às áreas previstas nas DCN, respeitando os respectivos percentuais de carga horária. O aluno vivencia todos os níveis hierárquicos do Sistema Único de Saúde, com ênfase na Atenção Primária, de forma que pode retomar todo o conhecimento vivenciado nos primeiros 4 anos de curso, além de passar a conhecer o mercado de trabalho.

A Medicina é um curso bastante complexo, com extensa carga horária obrigatória, que alia à necessidade de variados cenários de aprendizagem, um elevado número de professores, além da obrigação de conciliar o ensino com a assistência à saúde. Quando se opta por metodologias ativas, como a Aprendizagem baseada em Problemas (*Problem based learning* – PBL), a gestão do curso passa a ser ainda mais exigida, já que é necessário extenso planejamento das atividades, minuciosa avaliação de todos os atores do processo e ainda a capacitação permanente dos docentes, muitas vezes não acostumados a esse

modelo pedagógico. Dessa forma, o CESUPA optou por uma matriz de gestão compartilhada liderada pelo Coordenador do Curso.

Sendo assim, existe um coordenador para cada semestre, abrangendo os 3 módulos temáticos e todas as outras atividades daquele semestre (matriz horizontal), um coordenador responsável por cada área de atividade: Habilidades Profissionais, MISC e Práticas médicas (atividades extramuros) que constituem a matriz de gestão vertical. No internato também há um coordenador do Internato e mais sete coordenadores das subáreas. Além de um coordenador do Trabalho de Curso e um diretor técnico dos Ambulatórios especializados. Todas essas coordenações trabalham em conjunto com os Núcleos Gestores de Planejamento, Avaliação, Ensino e Pesquisa e o Núcleo de Desenvolvimento Docente que se reúnem, todos, semanalmente.

A gestão em saúde trabalhada de forma horizontal

Um estudo de revisão realizado com publicações entre 2001 e 2011, identificou as competências necessárias para um gestor em saúde no Brasil. No que tange ao “saber”, destacou-se a necessidade de capacitação e treinamento, com o foco constante em novos conhecimentos; no “saber-fazer”, a comunicação efetiva, clara e objetiva, a destreza para gerenciar a equipe, além da paridade para controlar os sentimentos e lidar com as adversidades; e no “saber agir” o foco recaiu no desenvolvimento da empresa de saúde, por meio da articulação coesa dos atores envolvidos.

A competência de Gestão em Saúde é construída, paulatinamente, a partir do momento em que o discente inicia o curso de Medicina. A cada semestre, novos conteúdos, habilidades e atitudes são trabalhados até culminar, no décimo segundo semestre, no módulo de Saúde Coletiva e Gestão em Saúde.

Cada unidade curricular do curso de Medicina do CESUPA foi planejada visando uma construção gradual, contínua e progressiva das competências necessárias ao adequado exercício da profissão médica. A escolha institucional por Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem facilita a aquisição das mais variadas competências.

Desta forma, o primeiro componente da competência, o Conhecimento ou Saber, é inculcido no estudante. O discente do curso de Medicina deve se corresponsabilizar pela própria formação inicial, continuada e em serviço, com

autonomia intelectual e responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde.

São objetivos a serem alcançados pelo discente:

1. Aprender a aprender, como parte do processo de ensino-aprendizagem;
2. Aprender com autonomia e com a percepção da necessidade da educação continuada;
3. Aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento;
4. Aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico;
5. Comprometer-se com seu processo de formação, envolvendo-se em ensino, pesquisa e extensão e observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde;
6. Propiciar a estudantes, professores e profissionais da saúde a ampliação das oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho, por meio da participação em programas de mobilidade acadêmica e formação de redes estudantis;
7. Dominar língua estrangeira, de preferência língua franca, para manter-se atualizado com os avanços da Medicina.

Ao longo do currículo, o aluno vai sendo apresentado aos fundamentos epidemiológicos, orientação sobre leitura de artigos científicos e formação de consciência crítica, passando no 6º semestre pelo Módulo temático intitulado Medicina Baseada em Evidências, culminando até o Módulo do Internato denominado Saúde Coletiva e Gestão em Saúde.

“O saber-fazer”

A vivência em sessões tutoriais auxilia o desenvolvimento de capacidade de liderança, visto que o futuro médico deverá estar apto a coordenar minimamente

equipes de saúde, ou mesmo seu consultório ou local de trabalho. Capacidade de síntese e de atuar em equipe também são continuamente estimuladas e, especialmente no Módulo de Interação em Saúde na Comunidade, o aluno é instado a exercer capacidade de solucionar problemas, através da metodologia da problematização vivenciada junto aos pacientes e familiares.

Na área de Atenção à Saúde, o egresso deverá estar apto a atuar identificando, tanto necessidades individuais de saúde, como aquelas de Saúde coletiva. Uma adequada relação médico-paciente deve ser observada, desde a realização da história clínica e investigação diagnóstica, até o desenvolvimento do plano terapêutico.

O graduando deverá estar apto a considerar as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, destacando-se:

1. Acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie;
2. Integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde;
3. Qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico;
4. Segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica;
5. Preservação da biodiversidade com sustentabilidade, de modo que, no desenvolvimento da prática médica, sejam respeitadas as relações entre ser humano, ambiente, sociedade e tecnologias;
6. Ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética;
7. Comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse;
8. Promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde;
9. Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade e;
10. Promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas com deficiência.

Dentre as competências esperadas na área de Gestão em Saúde, podem ser destacados o gerenciamento do cuidado em saúde e a avaliação do trabalho em saúde. O aluno do CESUPA vivencia desde o início do curso competências gerenciais, especialmente relacionadas ao sistema de referência e contrarreferência, encaminhamentos e custos de internação. Ao final do Internato Médico, é ofertado o Módulo Saúde Coletiva e Gestão em Saúde, que propicia ao egresso a integração de diversos saberes, necessários ao adequado exercício médico profissional.

A formação do médico deve ser capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem-estar da comunidade, destacando-se:

1. Gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas;
2. Valorização da Vida com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos;
3. Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde;
4. Comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TICs);
5. Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais;
6. Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes;
7. Construção participativa do sistema de saúde e;
8. Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de saúde.

As organizações estudantis podem exercer um importante papel no desenvolvimento, tanto do curso, como do próprio aluno, já que participar dessas organizações permite o desenvolvimento de habilidades de liderança e gestão, bem como a capacidade de administração de conflitos e do seu próprio tempo pessoal. O CESUPA reconhece e apoia organizações discentes, sendo atualmente

reconhecidas três (03) organizações: Centro Acadêmico, Atlética, IFMSA, além de diversas Ligas Acadêmicas.

“O saber-agir”

O discente no CESUPA é exposto a situações reais do SUS desde o primeiro semestre e desta forma se depara com as mais diversas experiências que demandam tomadas de decisão por parte do docente-preceptor, pela própria coordenação do curso e pelo próprio discente. Todas essas situações são utilizadas como exemplo para a translação entre conhecimento teórico e prático.

Todo conhecimento teórico e todas as situações vivenciadas confluem no último semestre do curso no módulo de Saúde Coletiva e Gestão em Saúde. Este módulo tem como objetivo geral proporcionar aos alunos a compreensão e o desenvolvimento da prática médica nas áreas prioritárias da Atenção Primária à Saúde a fim de que possam propor medidas de intervenção em diferentes contextos sociais, por meio da articulação das experiências práticas com os conhecimentos atualizados e a contextualização política.

O Módulo de Saúde Coletiva e Gestão em Saúde ocorre em paralelo ao Estágio Rural, que é realizado no município de Barcarena - PA, visando permitir ao aluno a vivência de agravos a saúde, em cenários diferentes, como populações ribeirinhas, moradores de ilhas, com grandes dificuldades no transporte, ou ainda populações de áreas rurais, distantes dos centros urbanos.

Logo, no último semestre do curso, as atividades envolvem, além das assistenciais, as administrativas, gerenciais, educativas e de investigação, priorizando a identificação das necessidades básicas em saúde dos grupos de risco e dos fatores determinantes do risco e sua aplicabilidade no planejamento e programação em saúde.

As ações de vigilância em saúde tomam por base a análise dos dados dos SUS desde a coleta e análise dos dados até a construção dos indicadores a serem utilizados no estabelecimento das prioridades em saúde e na avaliação das ações alocadas no planejamento.

A análise da situação de assistência de saúde prestada pelo serviço, diante dos problemas prevalentes na área, aponta nós críticos que interferem na organização dos serviços em nível local e no desenvolvimento das ações dos

programas prioritários como o controle de doenças emergentes e as endêmicas (infecciosas e as não-transmissíveis) e agravos em nível local, assistência materna e infantil, assistência à saúde do adolescente, do adulto e do idoso, controle do câncer de útero e de mama.

As ações administrativas e gerenciais são discutidas com a equipe e em seminários envolvendo a organização e gestão do processo de trabalho em saúde, de modo a produzir bens/serviços necessários à saúde da população, às atividades de controle social no âmbito da rede básica do SUS e ao financiamento das ações em saúde.

Desafios práticos de implementação do projeto pedagógico e soluções na realidade local

A necessidade do médico de aquisição de múltiplas competências destacadas, especialmente, a partir de experiências após a implementação das DCN do Curso de Medicina de 2001 e 2014, obriga a IES a se comprometer na manutenção de uma visão ampla e ao mesmo tempo detalhada dos diferentes componentes, tanto curriculares como de gestão de cenários de ensino. Visando o atendimento de demandas sociais pelo futuro médico e valorização do perfil epidemiológico regional, dados oriundos do DATASUS, bem como os resultados dos projetos de intervenção na comunidade (PISC), servem de base para análise, planejamento e avaliação do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina do CESUPA. Coeficientes de morbimortalidade, natalidade e cobertura dos serviços assistenciais, além da infraestrutura de saneamento ofertada à população são relevantes para que o curso exerça seu papel de responsabilidade social.

A criação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEP) do município de Belém em julho de 2015 permitiu valorizar a Interação Ensino-Serviço, propiciando uma melhor distribuição dos alunos em ambientes assistenciais, como Unidades de Saúde da Família e Unidades de Pronto Atendimento. Entretanto, mesmo tendo a IES dois representantes docentes no NEP, existem ainda grandes desafios relacionados a espaços físicos, devido ao grande número de alunos de todos os cursos de saúde, de inúmeras instituições, que necessitam desenvolver atividades práticas em ambientes do Sistema Único de Saúde - SUS.

A proposta ministerial de criação e implantação do COAPES - Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde - é bastante promissora, entretanto, certamente o maior entre todos os desafios. A imensa maioria dos municípios brasileiros sequer possui hoje a concepção do que seria esse contrato de parceria entre as entidades formadoras na saúde e os gestores municipais. Dois anos se passaram da Lei dos Mais Médicos e a situação atual quanto à celebração dos convênios ainda permanece indefinida.

No presente momento, existe uma grande instabilidade nos Termos de Compromisso firmados entre os gestores de IES da área de saúde e aqueles da esfera pública. A ocorrência de situações até mesmo constrangedoras, onde alunos são “dispensados”, após mudança de prefeitos e/ou secretários de saúde, mesmo com parcerias firmadas, não é algo raro de acontecer. Esse fato requer uma atenção especial, quando se está tratando da graduação de um futuro médico, onde a falta de experiência na assistência à saúde pode ser determinante para uma formação eminentemente ligada ao aspecto cognitivo.

Visando diminuir esse distanciamento entre o que se aprende na faculdade em laboratórios de habilidades e o que se vive na prática da assistência à saúde, aliada à necessidade crescente da nossa população de consultas e tratamentos especializados, o CESUPA construiu, em 2011, um centro de atendimento secundário, o Centro de Especialidades Médicas do CESUPA - CEMEC. Trata-se de um complexo ambulatorial próprio, que também está apto a realização de pequenas cirurgias, totalmente conveniado ao SUS, que conta hoje com 40 consultórios e realiza cerca de 3.000 atendimentos médicos, mensalmente, em todas as áreas da Medicina.

O CEMEC é um grande diferencial para o aluno do curso e, também, para estudantes de outras graduações da saúde, onde o aluno treina e realiza como deve ser um atendimento de qualidade, sobretudo pela detenção de um domínio mínimo de perfil de diversificação adequado de pacientes para o ensino, além de ampliar a capacidade de atendimentos da rede municipal e das cidades vizinhas, já que esse quantitativo de consultas especializadas não existia na região, antes da sua criação. Dessa forma, contribui para a melhora do Sistema de Referência e contrarreferência local. Entretanto, sabe-se que outro desafio existente e necessário é a ampliação do número de leitos hospitalares do município, visto que, casos

que necessitam internação hospitalar, infelizmente, nem sempre conseguem ter resolutividade nos atendimentos realizados ambulatorialmente.

A integração e a interação entre os diferentes atores da saúde e cenários de ensino, sempre foi uma grande preocupação dos gestores do curso de Medicina. A participação do aluno desde o início da sua formação nos cenários de atendimento, além da ampliação do grau de sua responsabilidade, associada a espiral de conteúdos trabalhados, leva o aluno a uma constante reflexão sobre temas cognitivos e atitudinais.

Ao final do curso médico, no último semestre do Internato, os alunos participam de uma experiência única de vivência em populações ribeirinhas, de cidade do interior e moradores de ilhas, onde também são chamados a elaborar Plano Terapêutico Singular do seu paciente e intervenções nas Políticas de Saúde Pública dos municípios envolvidos. Uma adequada sintonia entre a instituição formadora e o Serviço pode ser percebida através de vários exemplos de aceitação da comunidade do graduando.

Um significativo exemplo ocorreu, quando, após uma das mudanças de secretário municipal, houve uma tentativa de cancelamento do convênio entre a IES e um município vizinho à Belém, por parte do gestor local e a população se organizou, realizou abaixo-assinado e posterior assembleia que não permitiu que o convênio fosse descontinuado. Nesse município, o Conselho Municipal de Saúde, entendendo a importância que a presença dos alunos da Medicina do CESUPA, orientados contínua e pessoalmente pelos docentes da IES, tem na assistência à saúde dos municípios, manifestou-se de maneira decisiva pela manutenção da parceria, que culminou, inclusive, com a troca do secretário.

Em fase de implementação, o Observatório Epidemiológico Estadual, a ser coordenado por dois docentes do curso, demonstra a importância do tema na visão da IES. Tal projeto a ser desenvolvido em convênio com a Secretaria de Saúde do Estado (SESPA) possibilitará a construção dos indicadores em saúde, não apenas na definição dos agravos em saúde como subsídio a soluções a serem propostas, mas principalmente estimular os alunos e docentes à prática transformadora dos determinantes sociais do processo saúde-doença. Este é um projeto que pretende explorar um trabalho coletivo a médio-longo prazo tornando os alunos e docentes participantes e responsáveis na identificação, seleção e avaliação das prioridades das ações e dos resultados.

A consolidação de um currículo orientado por competência para a compreensão da integralidade, com foco na aprendizagem interprofissional na área da saúde, além da conscientização da importância de terminalidade do curso que o projeto deve conferir, formando profissionais a atuar com competência e desenvoltura na atenção básica e Urgência e Emergência, as duas grandes portas de entrada do Sistema Único de Saúde - SUS constituem as grandes forças do Curso de Medicina do CESUPA.

Considera-se fundamental que o currículo seja orientado para resultados e contemple uma nuclearidade de conteúdos mínimos, perceba os novos papéis dos médicos e esteja em sintonia com os avanços da Educação Médica, no sentido de buscar formar profissionais aptos a responder às oportunidades e desafios do mundo globalizado. É exatamente a partir dessa perspectiva que não há como ignorar os caminhos que venham a prover o curso de uma acreditação internacional.

Ações empreendidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Federação Mundial de Educação Médica (WFME), na definição de diretrizes globais para a formação médica a serem utilizadas nos sistemas de acreditação de diferentes países, estimularam a criação no Brasil do Sistema de Acreditação de Escolas Médicas – SAEME. Essa parceira da ABEM com o CFM, congrega os principais requisitos para constituir-se em valioso instrumento acreditador das escolas médicas do Brasil e trabalha por seu reconhecimento como a agência credenciada pela WFME no país. O CESUPA já recebeu em 2016 a acreditação do seu curso médico pelo SAEME, compondo o primeiro grupo de 19 escolas brasileiras.

Para o futuro, incerto no tempo e no espaço, a nos impor desafios singulares, por ora até inimagináveis, sabe-se que o médico disporá cada vez de menor tempo para incorporar mais conteúdo, portanto, precisará ter mais foco e ações objetivas, baseadas em protocolos e evidências. Exatamente a partir de um contexto locorregional, mas que considera a importância da perspectiva global, de um currículo adaptativo, orientado por competência e para a busca de resultados, que reconheça o papel da acreditação pelos organismos internacionais, comprometido com a percepção de um novo papel do médico na sociedade, sensível às expectativas e necessidades dos pacientes e altamente sintonizado com os avanços metodológicos da Educação Médica, é que o Curso de Medicina do CESUPA prepara a construção de sua próxima década.

A principal lição desses primeiros 10 anos de existência é que, para que haja uma integração adequada de conteúdos durante o percurso do aluno, uma integração adequada entre o ensino e a comunidade e de tudo que foi planejado no projeto pedagógico, há a necessidade de uma gestão atuante e capilarizada, que esteja em contato direto com a ação. A coordenação do curso não pode ser feita de uma sala a distância da realidade, ela precisa de olhos e ouvidos competentes em cada atividade, capazes de discernimento e tomada de decisões para fluidez do Curso de Medicina. Ou seja, para ser capaz de ensinar Gestão em Saúde de forma integrada ao currículo, precisa-se de bons Gestores em Educação.

Referências

ANDRE, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. *Rev Esc Enferm USP*, v. 41(Esp), p. 835-40, 2007.

BRASIL. **Lei 12.871/13**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. 2013.

BRASIL. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. 2001.

BRASIL. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. 2014.

SILVA, Y. C.; ROQUETE, F. F. **Competências do gestor em serviços de saúde**: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. *RAS*, v. 15, n. 58, jan./mar. 2013.

O TRABALHO E O ENSINO DA SAÚDE EM ALIANÇA: O OLHAR DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE NAS INICIATIVAS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DA ÁREA

Mirian Benites Falkenberg
Teresa Passarella
Francisca Valda da Silva
Alcindo Antônio Ferla

Introdução

Esse ensaio tem o objetivo de dialogar com a iniciativa de refletir sobre a formação em saúde no Brasil no período posterior às Diretrizes Curriculares Nacionais, sobretudo aquelas para os cursos da área da saúde. Ele foi produzido a partir da reflexão sobre a experiência acumulada na Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) na avaliação da relevância social e sanitária da formação, nesse caso no âmbito da graduação e nos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e psicologia, conforme previsto na legislação atual. Mas a base material da avaliação é a reflexão acumulada ao longo dos anos em implementar uma etapa de regulação social, relativamente à perspectiva da sociedade e às entidades que atuam no setor saúde, que dê o formato previsto constitucionalmente ao ensino das profissões da saúde como um todo. Ou seja, aqui pretendemos sistematizar a perspectiva da participação social na saúde.

A participação da sociedade nas políticas públicas de saúde se intensificou a partir de sua representação nos Conselhos e nas Conferências de Saúde, desde a promulgação da Constituição Federal, em 5 de outubro de 1988, e a sanção das Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, momento histórico em que o direito à saúde foi reafirmado como exercício de cidadania. A democratização das políticas de saúde é avanço conquistado no processo de disputas empreendido pelo Movimento da Reforma Sanitária, a partir da década de 1970. Atuando como mecanismos essencialmente democráticos, os

Conselhos e as Conferências de Saúde permitem que a sociedade se organize para a efetiva proteção e promoção da saúde como direito de todos e dever do Estado.

Tanto o Conselho Nacional de Saúde (CNS) quanto as Conferências de Saúde foram instituídos pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, quando houve a reformulação do Ministério da Educação e Saúde Pública. Mas foi a Constituição de 1988 (CF/88) que definiu as atribuições e o funcionamento que atingiram a sua configuração atual (COSTA; VIEIRA, 2013, p. 247).

O Conselho Nacional de Saúde é um órgão composto por um colegiado de entidades democraticamente eleitas a cada três anos, com representação de entidades e movimentos sociais nacionais de usuários do SUS, de entidades nacionais de profissionais de saúde (incluída a comunidade científica da área de saúde) e de entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde/entidades empresariais nacionais com atividades na área de saúde. Atua permanentemente acompanhando, monitorando, fiscalizando e deliberando sobre as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas, levando as demandas da população ao poder público.

Já as Conferências em Saúde são eventos participativos paritários que ocorrem, também, a cada três ou quatro anos, organizadas pelos Conselhos de Saúde, com o objetivo de discutir e votar diretrizes que comporão os Planos de Saúde das três esferas de Governo. Tanto a atuação dos Conselhos, quanto das Conferências de Saúde configuram a denominada participação e/ou controle social em saúde.

Com um modelo de participação exemplar para o mundo, o controle e/ou participação social do SUS se dá nos três níveis de Governo, a partir do princípio constitucional da descentralização, que possibilitou aos Estados e aos municípios uma atuação mais efetiva no enfrentamento dos problemas de saúde.

A formação das profissões da saúde como tema da participação social no SUS

De acordo com o Artigo 200, Inciso III, da CF/88 compete ao SUS, entre outras atribuições, ordenar a formação dos trabalhadores da área de saúde. Já o Artigo 16 da Lei nº 8.080/90, 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” (BRASIL, 1990).

Neste sentido, o Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, que dispõe sobre a organização e as atribuições do Conselho Nacional de Saúde (CNS), apresenta, em seu Artigo 2º, Inciso VIII, sobre a competência do CNS de articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006). Por sua vez, o Artigo 13 destaca que “serão criadas comissões de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e a educação permanente dos recursos humanos do SUS, bem como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições”.

A formação profissional dos trabalhadores da saúde é, portanto, além de uma competência constitucional e legal do SUS, do qual faz parte o controle social, como também é uma estratégia para a sua consolidação e, neste sentido, o CNS, por meio de sua Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT), desenvolve diferentes ações articuladas que objetivam a qualificação e a adequação do perfil dos trabalhadores às necessidades sociais em saúde.

A CIRHRT/CNS é uma das Comissões do CNS previstas no Artigo 12 da Lei 8.080/1990, criada para articular políticas e programas de interesse para a saúde e formular diretrizes para a gestão do trabalho e da educação na saúde, na perspectiva do controle/participação social, tendo em vista a necessária integração ensino-serviço-gestão-comunidade. Atua, portanto, no âmbito da formação e do desenvolvimento dos(as) trabalhadores(as), bem como das relações de trabalho em saúde.

Pautada por processos dialógicos e de construção coletiva a CIRHRT/CNS desenvolve suas atribuições envolvendo parcerias estabelecidas com distintos atores dos setores da saúde, da educação e do trabalho. Dentre os membros desta comissão estão representantes das associações de ensino, conselhos federais, federações profissionais e executivas estudantis da área da saúde, gestores do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, docentes de instituições de ensino, trabalhadores e conselheiros de saúde, além de outros atores estratégicos para as pautas implementadas nas suas reuniões ordinárias, extraordinárias e, em determinadas ocasiões, ampliadas.

Dentre as principais atividades que a CIRHRT/CNS desenvolve destacam-se: os debates intersetoriais para formulação de diretrizes relacionadas à formação e desenvolvimento dos (as) trabalhadores (as) da saúde, seja na educação de nível técnico, graduação ou pós-graduação em saúde; as discussões relacionadas à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS (BRASIL, 2004) para os (as) trabalhadores (as) do SUS; a elaboração de Resoluções, Recomendações e Moções referentes às suas temáticas; apoio à estudos sobre perfis profissionais, quantitativos e distribuição adequada ao SUS, que contribuam para a superação dos desequilíbrios existentes no país (dimensionamento da força de trabalho); e a manifestação quanto à autorização e o reconhecimento de cursos de graduação no âmbito do Sistema Federal de Ensino, em articulação com o Ministério da Educação (MEC), tendo por objetivo a regulação da formação profissional em saúde.

Atualmente, conforme o Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017, a CIRHRT/CNS manifesta-se quanto a autorização e o reconhecimento dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina, Odontologia e Psicologia, por meio de pareceres opinativos, que olham, em especial, para as necessidades sociais em saúde e a relevância social dos cursos.

Assim como as diferentes concepções de *saúde* e *cuidado* foram se delineando ao longo da história da humanidade de acordo com perspectivas sociais, econômicas, políticas e culturais, a ideia que se tem de formação *profissional* também foi (e é) moldada a partir das relações sociais, em meio aos “embates entre capital e trabalho na esfera da produção, refletindo, também, relações de poder e concepções de mundo dos agentes” (CATTANI; RIBEIRO *apud* CATTANI; HOLZMANN, 2011, p. 203). Segundo os autores, o conceito de “formação profissional” deve considerar as profundas transformações associadas à divisão social e técnica do trabalho e às suas relações com as formas de aprendizagem, de apropriação e de criação dos conhecimentos produzidos na vida cotidiana e nos espaços de trabalho, tornando possível a integração das gerações mais novas à vida produtiva.

Em linhas gerais, *formação profissional* subentende processos educativos e/ou pedagógicos (ensino, aprendizagem, instrução, preparação, capacitação) que conduzem à aquisição de conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais para a produção de bens e serviços. Ao mesmo tempo, a formação integra o processo

de formação da própria humanidade, de sua hominização e humanização (CATTANI; RIBEIRO *apud* CATTANI; HOLZMANN, 2011, p. 204).

Refletir, então, sobre formação profissional em saúde, na qual a “essência” do trabalho é o *cuidado*, e ainda, o cuidado para a promoção/manutenção/recuperação da saúde e, em última instância, da vida, é imprescindível que se leve em conta a responsabilidade que a tarefa de formar e/ou ensinar a cuidar representa.

Ayres (2006) defende a humanização dos cuidados em saúde como um ideal, um desafio vinculado à uma conceito de saúde não restrito à biomedicina, mas visto como “projeto de felicidade”. Por isso buscou explicar alguns aspectos relevantes do cuidado em saúde a partir da obra de Martin Heidegger, *Ser e Tempo* (1927), na qual o filósofo interpreta o sentido do *ser* e de sua intrínseca relação com o *cuidado*, a partir do conhecido “Mito do Cuidado”, atribuído ao escritor romano Higino:

Certa vez atravessando um rio “Cura” viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. A cura pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como a cura quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter a proibiu e exigiu que fosse dado o nome. Enquanto “Cura” e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço de seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: “Tu, Júpiter, por teres dado e espírito, deves receber na morte o espírito e tu terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi a ‘cura’ quem primeiro o formou, ele dever pertencer à ‘cura’ enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar ‘homo’, pois foi feito do humus (terra).

Em sua análise, o autor identifica alguns elementos presentes na alegoria, que devem ser considerados quando pensamos nas práticas de cuidado em saúde: 1 – o movimento é um dos primeiros elementos percebidos, quando o cuidado se move no leito do rio e percebe a argila. Ele não vai em busca da argila e nem ela chega até ele. O encontro no movimento é que molda a forma humana, ou seja, constrói sua identidade. Assim, diz o autor, nossas identidades não são construções *a priori*, mas vão sendo construídas no e pelo ato de viver, de pôr-se

em movimento no mundo; 2- a interação permeia também a relação de todos os personagens, como a do cuidado com a argila, que o transforma em criatura; 3 – a identidade e a alteridade são estabelecidas no ato da interação dos personagens, pois o cuidado se faz artesão em presença da argila e a mesma tem sua plasticidade atualizada pela força do cuidado.

A identidade de cada um se faz sempre na presença do seu outro e a alteridade de cada um, por sua vez, se define sempre pela construção de uma identidade, e vice-versa; 4 – a plasticidade é condição da existência. A matéria de nossa existência é plástica, sujeita à transformação, à moldagem. Se assim não fosse e não houvesse, portanto, a possibilidade de sua dissolução e finitude, não haveria a necessidade do cuidado; 5 – o projeto é próprio do cuidado, pois ele evidencia a capacidade de conceber e construir projetos à medida que, moldando a argila, gera o ser vivente; 6 – o desejo está presente em todos os atos dos personagens, nenhum deles age de forma determinada, senão a partir de um cogito, de uma reflexão, de um querer, de uma intenção; 7 - a temporalidade é dada por Saturno, o senhor do tempo: o Ser é (do) cuidado, mas será (do) cuidado apenas enquanto seguir sendo, Portanto, falar de cuidado só faz sentido na perspectiva do fluxo do tempo, do devir, da existência; 8 – a não causalidade significa que não podemos explicar a existência em termos de causa e efeito.

Não é possível estabelecer que qualquer um dos personagens é condição necessária e suficiente para a existência do outro, como não é possível pensar a identidade de qualquer um deles sem a presença do outro; 9 – a responsabilidade é retratada quando Saturno concede ao cuidado a posse de sua criatura porquanto e enquanto se responsabilizar por sua existência. Assim, cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se, um projetar porque se responsabiliza (AYRES, 2006, p. 59-63).

Sob a ótica do controle/participação social em saúde 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. Tendo como eixo a integração ensino-serviço-gestão-comunidade, em um contexto que busca aproximar as práxis da educação em saúde com a realidade social, no âmbito dos setores público e privado, Feuerwerker ressalta:

[...] É esse o sentido de ampliar as relações e a porosidade da universidade (e dos serviços de saúde) ao mundo das necessidades de saúde, das produções de vida em outros territórios: trazer para a cena novos objetos, novos problemas, novas relações que ajudem a produzir experiências e reflexões que contribuam para desafiar o modo dominante de compreensão, intervenção e produção de encontros [...] (FEUERWERKER, 2014, p. 128).

O pensamento de Paulo Freire (1989) também aponta para a permanente transformação e interação na construção de propostas pedagógicas, a partir do encontro de pessoas mediatizadas e movidas pelo desejo de aprendizado e reconstrução do conhecimento, que implicam em conscientização e responsabilidade social.

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. Os trabalhadores da área estão inseridos nesse processo como agentes transformadores da sociedade, visando garantir saúde plena para a população. Os princípios do SUS (público, integral, universal e de qualidade) são elementos fundamentais nessa construção, 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.

Maria Alice Roschke (1997) destaca que o aprendizado pode ser comparado a um movimento dialético (papel do meio, da experiência) de evolução em espiral, que ajuda na transformação das estruturas cognitivas para a realização de novos e mais complexos processos pedagógicos. Isto explica por que o saber, produto desse processo, é sempre transitório, porque não tem fim, porque se justificam os processos de Educação Permanente em Saúde e, finalmente, porque se pode trabalhar na perspectiva de processos de mudança com as pessoas e instituições. Para a autora, a promoção da aprendizagem a partir do cotidiano do trabalho é construída sobre uma base de problematização de situações e da própria prática.

Cabe também ressaltar algumas considerações de Maria Cristina Davini (2009), no sentido de que se deve evitar “a visão instrumental da educação, que pensa os processos educativos apenas enquanto meio de alcançar um objetivo pontual e não como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional”; “a tendência em atuar por meio de programas e projetos, cuja lógica é de começo e fim, além de sua dependência de fontes específicas de financiamento, ao invés de fortalecer a sustentabilidade e a permanência das estratégias educativas ao longo do tempo”; e “o imediatismo, que acredita na possibilidade de grandes efeitos de um programa educativo de aplicação rápida, quase como em passe de mágica”.

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” (BRASIL, 2014).

Por sua vez, a intersetorialidade 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.

Da base epistêmica à operacionalização: as normativas que embasam a avaliação

Esta contextualização exprime a premência 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. Por isso, o processo de trabalho da CIRHRT/CNS norteia-se pelos princípios e diretrizes do SUS e por algumas Resoluções que tornaram-se marcos

referenciais para o controle/participação social em saúde, pois traduzem o resultado de processos dialógicos, ampliados e democráticos de construção e consolidação.

A Resolução 350, de 9 de junho de 2005 (BRASIL, 2005), normatiza os critérios de regulação da abertura e reconhecimento de cursos da área da saúde, considerando: a) as necessidades sociais em saúde; b) projetos político-pedagógicos coerentes com as necessidades sociais; e c) a relevância social do curso.

Os critérios da Resolução 350/2005 fundamentam a elaboração dos pareceres pela CIRHRT/CNS e abrangem, entre outros indicadores: demonstração pelo 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 locorregional; 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.

A Resolução 515, de 07 de outubro de 2016 (BRASIL, 2016), expõe o posicionamento contrário do CNS à autorização de todo e qualquer curso de graduação em saúde na modalidade a distância, bem como delibera que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde sejam objeto de discussão e deliberação 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 (BRASIL, 2016).

Por fim, a Resolução 569, de 08 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2018), reafirma a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos (as) trabalhadores (as) da área da saúde e aprovou princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da área, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas que devem compor o perfil dos egressos desses cursos, respeitando-se as singularidades de cada um deles e as especificidades de cada

profissão, notadamente aquelas cujo escopo de atuação profissional não se restringe à saúde.

Esses princípios gerais foram expressos no Parecer Técnico nº 300/2017, anexo à referida Resolução, que apresenta pressupostos e diretrizes comuns para a graduação na área da saúde, construídos na perspectiva do controle/participação social em saúde, apresentados a seguir.

1 - 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.

2 - 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.

3 - 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 locorregional.

4 - 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. Starfield (2002) sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. A autora destaca que esse nível de atenção racionaliza o uso dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde;
- 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.

5 - 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 coprodutores do cuidado em saúde, superando a perspectiva centrada em procedimentos ou nos profissionais.

6 - 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.

7 - 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”.

8 - 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.

9 - 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.

10 - 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.

11- 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.

[...] 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 leveduras’; 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).

12 - 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 (BRASIL, 2016a);
- 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 (BRASIL, 2008).

O caminho é seguir adiante

O processo de construção das DCN comuns aos cursos de graduação da área da saúde proporcionou encontros de muita aprendizagem significativa

e colaborativa para todos que participaram desse movimento. Experiências foram relatadas, iniciativas foram compartilhadas, produzindo redes vivas de informação e conhecimento. Encontros e diálogos que promoveram a integração de representantes das categorias profissionais da saúde, buscando superar a fragmentação dos saberes e identificando convergências a serem incorporadas nas diretrizes curriculares de todos os cursos de graduação da área, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas que devem compor o perfil dos egressos desses cursos.

Desta forma, por meio destas três principais Resoluções, o CNS materializa a sua participação e posicionamento quanto à formação em saúde, objetivando uma formação direcionada para a resolubilidade e defesa do SUS, de modo que os futuros profissionais estejam preparados para atuar com alteridade, responsabilidade social e compromisso com a dignidade humana, cidadania e defesa do direito universal à saúde.

Há desafios que esse percurso torna visível: a importância da interprofissionalidade frente à solidez da fragmentação técnica e profissional do trabalho, o terreno ainda inexplorado de interfaces entre a educação e a saúde, a visão instrumental da aprendizagem prática na formação dos profissionais da saúde, a resistência à regulação pública do trabalho de relevância pública na saúde, a capacidade de vocalização de interesses do complexo industrial da saúde e das corporações que atuam no setor, o preconceito com os saberes práticos e com o exercício da participação da sociedade civil.

Sem dúvida, os avanços necessários à formação na saúde também estão associados ao andar do processo civilizatório e dos patamares que a sociedade espera para o tempo da democracia e da defesa da vida. Mas é seguro que o caminho a seguir está indicado pela intensificação das alianças entre a educação e o trabalho no cotidiano, com seus condicionamentos recíprocos, mas na busca de uma saúde mais forte e de políticas mais generosas com a vida de todos e todas. Esse é o caminho que o Conselho Nacional de Saúde vem produzindo e é nesse caminho que deverá seguir na sua tarefa constitucional de ordenar a formação das profissões da saúde e do trabalho na saúde.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Focruz, 2006. 416 p. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- 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 set. 1990.
- BRASIL. 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 dez. 1990.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. Brasília: 2006. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jul. 2006.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017. Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições de educação superior e dos cursos superiores de graduação e de pós-graduação no sistema federal de ensino. Brasília: 2017. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 dez. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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 fev. 2004.
- BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 de junho de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 515, de 7 de outubro de 2016. Brasília, DF. Posiciona-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) e resolve que as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de saúde sejam objeto de discussão e deliberação do CNS de forma sistematizada. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 nov. 2016a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 08 de dezembro de 2017. Brasília, DF. Reafirma a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos (as) trabalhadores (as) da área da saúde e aprova os pressupostos, princípios e diretrizes comuns para a graduação na área da saúde, construídos na perspectiva do controle/participação social em saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de fevereiro de 2018d.
- CATTANI, A. D.; RIBEIRO, J. A. R. Formação Profissional. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN. L. **Dicionário de Trabalho e Tecnologia**. Porto Alegre: Zouk, 2011.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3. p. 237-271, 2013. ISBN 978-85-8110-017-3.

DAVINI, M. C. **Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação** / Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

FREIRE, P. **Educação como Prática da Liberdade**. 19. 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.

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.

PARTE 2

O PERCURSO E AS APRENDIZAGENS

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE E OS CENÁRIOS DE FORMAÇÃO: DESAFIOS ATUAIS ÀS POLÍTICAS DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO NA SAÚDE

Alcindo Antônio Ferla
Suzana Schwerz Funghetto

Introdução

A utilização de serviços de saúde como campo de práticas para a formação de profissionais, em âmbito da graduação e da pós-graduação, é estratégia operacional desde o início da formação em grande escala de profissionais da área, antes mesmo da configuração formal de cursos e da atribuição aos mesmos de forjar perfis específicos de capacidades de atuação profissional. Apesar disso, as Residências em Saúde são dispositivos de formação definidos e regulamentados formalmente em tempo recente no Brasil. As sucessivas adequações legais recentes para essa modalidade de formação apontam o amadurecimento do debate sobre a formação das profissões da saúde, o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro e o fortalecimento da agenda de articulação entre as áreas de educação e saúde no país.

A Residência em Medicina foi conceituada ainda no final do Século XIX, nos Estados Unidos, e, no caso brasileiro, foi utilizada já na primeira metade do Século XX. O primeiro programa de residência médica brasileiro formalmente reconhecido é de 1945 e foi criado no Serviço de Ortopedia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Logo em sequência, surgem mais alguns programas de residência em especialidades gerais, como cirurgia, pediatria e clínica médica, no Rio de Janeiro e em outras grandes cidades do país. A legislação inicial da regulamentação dos Programas de Residência Médica foi o Decreto nº 80.281, de 5/09/1977 (BRASIL, 1977), que instituiu a residência médica como procedimento formal de formação pós-graduada em medicina, criando ainda a Comissão Nacional de Residência Médica para fiscalizar e regulamentar os Programas⁴. A partir da regulamentação, a procura por essa modalidade de especialização em serviço ampliou-se de forma significativa e atualmente é um dos

⁴ Informações obtidas na apresentação das Residências em Medicina no Portal do Ministério da Educação (<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>).

principais mecanismos de formação e titulação de especialidades. A Residência em Medicina foi definida no referido Decreto como “modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional” (Art. 1º, caput).

As Residências em Área Profissional da Saúde, sejam multi ou uniprofissionais, foram criadas formalmente pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 (BRASIL, 2005), e, de acordo com aquele instrumento legal, devem ser orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais. A Residência em Área Profissional da Saúde foi definida pela lei como “modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica” (Art. 13, caput). A lei também estabelece que a Residência “constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde” (Art. 13, Parágrafo 1º), e que deve ser “desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde” (Art. 13, Parágrafo 2º). A Lei Federal nº 11.129/2005 também criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), que foi formalizada por meio da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009⁵, e tem coordenação conjunta pelos Ministério da Saúde e da Educação.

No período mais recente, tanto as Residências Médicas, como as Residências em Área Profissional da Saúde foram objeto de novas regulamentações, na medida em que a experiência institucional foi se tornando mais densa e, também, acompanhando o desenvolvimento do trabalho no sistema de saúde. A principal mudança recente se refere à criação do Programa Mais Médicos, por meio da Lei Federal nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, derivada da Medida Provisória nº 621/2013. A referida lei, ratificando um conceito formulado no âmbito das políticas de saúde acerca da importância da articulação entre a formação e o

⁵ Informações obtidas na apresentação das Residências em Área Profissional da Saúde no Portal do Ministério da Educação: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>.

trabalho na saúde, grava o conceito do desenvolvimento do trabalho, em particular no fortalecimento da atenção básica, no interior de serviços e sistemas de saúde por meio da articulação com a formação. Segundo a referida lei (BRASIL, 2013), a finalidade do Programa Mais Médicos é “formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS)”, tendo como objetivos: “diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde”; “fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País”; “aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação”; “ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira”; “fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos”; “promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras”; “aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS”; e “estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS”. (Art. 1º).

O conjunto de enunciados da lei reforça o debate sobre a articulação entre a educação e o trabalho na saúde e, particularmente, dá destaque a uma questão pouco refletida nesse contexto, que é o formato institucional da articulação entre o trabalho e a formação no cotidiano das políticas e, ainda mais especificamente, o fortalecimento dos cenários de prática no interior do sistema de saúde.

Esse artigo busca refletir sobre essas questões, alimentando o debate necessário para o aperfeiçoamento da articulação entre a formação e o trabalho, no âmbito das Residências em Saúde, buscando maximizar a capacidade da política de formação no desenvolvimento da atenção básica no interior do Sistema Único de Saúde (SUS).

O amadurecimento da relação entre educação e trabalho no SUS

O modelo de regulação da formação em saúde envolve, por definição constitucional, as áreas da educação e da saúde. A Constituição Federal de 1988 estabelece, no seu Artigo 200, que são competências do Sistema Único de Saúde

(SUS) participar no ordenamento da formação de recursos humanos (Inciso III) e do incremento do desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação na saúde (Inciso V). A Carta Magna também estabelece que a saúde deve ser garantida mediante políticas 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 (Artigo 196). Essa definição dá destaque à diversidade local, as distintas configurações que assume o processo saúde/doença/cuidado e desafia à formação profissional, unificada nacionalmente, mas com uma diversidade de práticas necessárias à atenção à saúde nas distintas localidades do país. Muito particularmente, desafia à formação profissional para o trabalho na atenção básica, onde as determinações e condicionamentos da saúde têm variações maiores e influenciam significativamente o trabalho na saúde e os seus resultados em termos de indicadores da situação de saúde das pessoas e coletividades. Essa constatação, no caso brasileiro, gerou a implementação da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (BRASIL, 2004).

A definição constitucional para a participação no ordenamento da formação de profissionais e na produção de conhecimentos e tecnologias teve registro constitucional por decorrência do reconhecimento de aspectos da inadequação da formação de recursos humanos para a saúde, recorrente no Brasil e no contexto internacional, às características dos sistemas de saúde contemporâneos. É reconhecido o fato de que o desenvolvimento dos sistemas de saúde, quer seja em termos tecnológicos e de produtos ou da diversificação de serviços, teve velocidade superior à capacidade das instituições formadoras de atualizar suas estratégias pedagógicas e projetos de formação para adequar o perfil dos profissionais egressos às necessidades dos sistemas de saúde (BRASIL, 2004).

No caso brasileiro, esforços conjuntos nas duas últimas décadas entre os Ministérios da Saúde e da Educação têm buscado promover mudanças na formação profissional, para diminuir a lacuna existente. Na Educação, foram implementadas algumas políticas públicas para ordenamento da formação em saúde, buscando aproximações das instituições formadoras e do desenvolvimento de capacidades profissionais dos alunos com os serviços e o mundo do trabalho, sendo que algumas dessas iniciativas também dedicadas ao provimento e fixação de profissionais. Particularmente a partir dos anos 2000, por ocasião do debate das Diretrizes

Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, diversas iniciativas foram desencadeadas em conjunto pelos Ministérios da Educação e da Saúde.

No final da década de 1990, um movimento envolvendo órgãos governamentais, associações de ensino, conselhos profissionais e os Conselhos Nacionais de Saúde e de Educação produziu amadurecimento para propostas comuns, propondo a estratégia de Diretrizes Curriculares Nacionais para substituir a definição anterior de Currículos Mínimos para ordenar e uniformizar o ensino das profissões. A mudança na orientação da estratégia de ordenamento da formação profissional, protagonizada pelo Conselho Nacional de Educação, centrou o modo de propor o desenvolvimento de capacidades profissionais na complexidade das realidades locais, estimulando que as experiências desenvolvidas no cotidiano do ensino das profissões fossem abertas às diversidades políticas, culturais e sociais. Disso resultariam currículos mais flexíveis, articulados com os sistemas de saúde, embasadas na ideia do trabalho em equipe e mobilizadas com os princípios e diretrizes que estruturam o sistema de saúde brasileiro, estimulando novas formas de articulação entre instituições de ensino e o Sistema Único de Saúde.

A partir dos debates sobre as DCN, diversas iniciativas foram implementadas buscando a indução mudança na formação na saúde em âmbito nacional. O Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED), que compõe essas iniciativas, foi lançado por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 610, de 23/03/2003. Teve como objetivo incentivar transformações na formação profissional, na produção de conhecimentos e na prestação de serviços, buscando induzir inovações curriculares nos cursos de medicina reconhecidos e oferecidos por escolas credenciadas pelo MEC. Na sequência, por meio da Portaria Interministerial nº 2.101, de 03/11/2005, foi criado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O Pró-Saúde teve por objetivo reorientar a formação nos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia para oferecer ao sistema de saúde e à sociedade profissionais aptos a responder às necessidades da população e do SUS, considerando a diversidade do território brasileiro e o desenvolvimento tecnológico. O Pró-Saúde foi ampliado aos demais cursos da área da saúde em 2007, por meio da Portaria Interministerial nº 3.019, de 26/11/2007. Além desses, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituído pela

Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, inspirado no Programa de Educação Tutorial do Ministério da Educação, teve como objetivo fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família (ESF) e constituir-se em dispositivo para qualificação dos profissionais de saúde e de iniciação ao trabalho, estágios e vivências aos estudantes da área da saúde. Progressivamente, as estratégias de indução à mudança da formação assumem a aproximação com o trabalho na atenção básica. O PET-Saúde foi alterado para abranger áreas estratégicas do SUS com editais temáticos, por meio da Portaria Interministerial nº 421, de 03/03/2010.

As iniciativas de mudança na formação profissional têm desencadeado definições relevantes na própria configuração do Sistema Único de Saúde. A Lei Federal nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), registra que a política de recursos humanos na área da saúde deverá ser formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo (Artigo 27) e que deve ter abrangência para organizar *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* (Artigo 27, Inciso 1). Para tanto, determina que os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) devem constituir campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (Artigo 27, Parágrafo Único).

Essa definição não se restringe à prática assistencial nos serviços de atenção direta aos brasileiros e brasileiras, mas se expande à gestão e à participação, produzindo mudanças relevantes na estrutura organizacional do Ministério da Saúde e em diversas estruturas de gestão estadual, municipal e em serviços, além de um conjunto de iniciativas para o fomento das mudanças. A implementação dessas políticas passa a requerer novas estratégias organizativas, que dão destaque à agenda da educação e do trabalho na saúde.

No âmbito do Ministério da Saúde foi criada no ano de 2003 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), inicialmente composta pelos Departamentos de Gestão e da Regulação do Trabalho (DEGERTS) e de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e, mais recentemente, pelo Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS). O DEPREPS foi criado com o Programa Mais Médicos, ao tempo em que, no

Ministério da Educação, foi criada a Diretoria de Desenvolvimento da Educação na Saúde, no âmbito da Secretaria de Educação Superior (SESu). Iniciativas similares, principalmente nos órgãos de gestão da saúde no âmbito dos estados e dos municípios, foram sendo implementadas na medida do reconhecimento da relevância da agenda da educação e do trabalho no SUS. A reorientação das diversas iniciativas mais pontuais para o ordenamento da formação e do trabalho no Ministério da Saúde foi proposto pela Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (BRASIL, 2004). O conceito orientador, nessa iniciativa, foi da Educação Permanente em Saúde, que opera como a política de educação e desenvolvimento e como disposição pedagógica para o aprender no/pelo trabalho e para a aprendizagem significativa.

A definição de que o SUS é campo de práticas e deve incidir no ordenamento da formação profissional e no desenvolvimento da ciência e tecnologia para a área da saúde tem uma grande atualidade quando se implementam mudanças substantivas no modo de organizar o cuidado às pessoas. Duas mudanças organizativas importantes produzidas nos últimos 30 anos têm efeitos na formação profissional e decorrem do desenvolvimento do sistema de saúde, das mudanças demográficas e epidemiológicas na população e de características sociais e econômicas do país: o fortalecimento da atenção básica/primária em saúde, em sintonia com as experiências internacionais, e sua grande expansão em termos de abrangência populacional; a grande diversificação de serviços, inclusive mudanças relevantes no perfil dos hospitais, produzindo redes regionalizadas, muitas vezes envolvendo diversos municípios e transcendendo as fronteiras dos estados.

A reorientação do modelo de cuidado a partir da atenção primária em saúde, que se produz no Brasil principalmente a partir da definição da Estratégia de Saúde da Família como estruturante do sistema de saúde, tem inspiração internacional. A Atenção Primária em Saúde (APS) foi fortalecida a partir da Conferência de Alma Ata, realizada em 1978. O conceito, apoiado pela Organização Mundial da Saúde a partir de então como estratégia de reestruturação dos sistemas de saúde, está fortemente associado à ampliação de cobertura assistencial e melhoria nos níveis de saúde das populações a partir de então, bem como a níveis crescentes de eficácia dos sistemas de saúde orientados a partir dela (OPAS, 2007).

Em seu documento mais recente de posicionamento sobre a organização de sistemas de saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde registra uma tendência

de revisão abrangente das formulações teóricas e operacionais para desenvolver sistemas eficazes e sustentáveis (OPAS, 2007). A Organização considera a APS como orientação capaz de responder às necessidades de saúde e desenvolvimento das pessoas no presente e nas próximas três décadas, assumindo essa estratégia como prospecção e como forma de cumprimento dos acordos internacionais para a melhoria dos níveis de saúde da população do planeta. Segundo a Organização, diversos motivos justificam uma abordagem renovada para a APS como conceito-chave para a estruturação de sistemas de saúde eficazes nos próximos anos:

o surgimento de novos desafios epidemiológicos que exigem a evolução da APS para enfrentá-los; a necessidade de corrigir os pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas das abordagens amplamente divergentes da APS; o desenvolvimento de novas ferramentas e o conhecimento de melhores práticas que a APS pode capitalizar de forma a ser mais eficaz; e um crescente reconhecimento de que a APS é uma ferramenta para fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde (OPAS, 2007, p. 9).

A proposta de Sistemas de Saúde com Base na Atenção Primária em Saúde apresentada no referido documento reconhece que há diversos desafios que precisam ser enfrentados pelos governos e demais instituições para alcançar o desafio ambicioso proposto, entre os quais se destaca a “necessidade de investir em redes integradas de saúde e serviços sociais que foram, em muitas áreas, inadequadamente providas em termos de apoio, pessoal ou equipamentos” (idem, pág. 7). Além disso, de acordo com a Dra. Mirta Roses, então Diretora da OPAS, a revisão dos modelos de organização de sistemas e serviços,

precisa ocorrer mesmo dentro do contexto de orçamentos escassos, o que exigirá a utilização mais racional e mais equitativa dos recursos, principalmente se os países quiserem alcançar os mais necessitados. A melhor evidência disponível apoia o argumento de que uma forte orientação à APS está entre as formas mais equitativas e eficientes para organizar um sistema de saúde, embora devamos continuar a avaliar as inovações na APS, disseminar as melhores práticas e aprender como maximizar e sustentar seu impacto com o passar do tempo (OPAS, 2007, p. 7).

Essas orientações, que são coincidentes nas políticas de saúde do SUS e nas definições dos órgãos internacionais de cooperação, produzem visibilidade a uma necessidade impostergável aos governos: acelerar processos de mudança e integração entre o trabalho no interior de sistemas e serviços de saúde, na sua diversidade e complexidade, e a formação de profissionais. É nesse intuito que seguiremos esse texto, sistematizando algumas ideias que parecem oportunas ao enfrentamento desse desafio.

Algumas ideias para avançar no contexto da formação especializada

O contexto apresentado no item anterior demonstra a necessidade de ações mais efetivas e imediatas para o fortalecimento da atenção básica na articulação com a formação e isso é ainda mais relevante quando se trata das Residências. As Residências em Saúde têm capacidade de produzir efeitos imediatos e relevantes na organização do trabalho na atenção primária e mobilizar um cuidado voltado aos condicionantes e determinantes da saúde em cada território. O conceito da formação em serviço é muito importante para a produção de mudanças no cotidiano do cuidado, principalmente no que se refere à organização do trabalho.

Entretanto, apesar dos dispositivos das políticas de indução à mudança implementados nos últimos anos, a formação profissional na área da saúde segue com dissociações entre teoria e prática, voltada para um modelo de atenção diverso daquele que está definido na política de saúde e ainda centrado em hospitais e serviços especializados, com uma forte tendência à fragmentação em especialidades e profissões. Como regra geral, a diversidade de serviços territoriais constituídos a partir da criação do SUS, que ampliou significativamente o número de empregos para os profissionais nessas modalidades de serviço, não está incorporada significativamente na formação. O trabalho colaborativo e a formação interprofissional, tendências no debate internacional sobre a formação e a prática de trabalho na saúde, permanecem distantes da realidade brasileira. Ainda há um distanciamento relevante entre as instituições de ensino e da lógica predominante da formação dos serviços de saúde e dos órgãos e políticas de saúde dos Estados e Municípios, fonte de empregos na área que se expande nos últimos anos. Esse diagnóstico também é verdadeiro para os Programas de Residência em Saúde, mesmo considerando

que as Residências são formação voltada intensivamente ao trabalho e em equipe, mas que, na prática, articulam-se de forma insuficiente com os serviços.

Assim sendo, é importante que as atividades de formação nas Residências em Saúde sejam incorporadas plenamente aos sistemas locais e regionais de saúde, principalmente nos serviços de atenção primária e nas redes de atenção que se organizam a partir deles. Uma ferramenta importante para avançarmos rapidamente nessa direção são os Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES), cujas diretrizes foram publicadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação por meio da Portaria Interministerial no 1.127, de 06 de agosto de 2015. Esse instrumento formal foi criado pela Lei Federal nº 12.871/2013, que instituiu o Programa Mais Médicos. Objetiva viabilizar a reordenação na oferta de vagas nos cursos de graduação e residências em saúde, a disponibilização de serviços de saúde em volume suficiente e qualidade/diversidade para compor campos de práticas no ensino-aprendizagem adequados à formação das diversas profissões da saúde no âmbito do SUS, além de fortalecer a integração ensino-serviço no âmbito da Atenção Básica e das Redes de Atenção à Saúde. Segundo a Lei, o COAPES pode estabelecer o acesso aos diversos serviços das redes do SUS como campo de práticas ao ensino de graduação e residências e outras obrigações entre gestores do SUS e instituições de ensino para o bom andamento da integração ensino-serviço, como a definição de preceptorias e a formação pedagógica dos trabalhadores, por exemplo. O COAPES é um dispositivo formal que deve ser implementado com agilidade e conta com o apoio e a regulamentação necessária no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação. A Portaria Interministerial (MEC/MS) nº 10, de 20 de agosto de 2014, instituiu a Comissão Executiva dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde e o Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde.

A Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015, por sua vez, instituiu as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde, visando o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com essa Portaria, os objetivos do COAPES são de “garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em

saúde”, além de “estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade” (Art. 2º). Para tanto, são estabelecidos os seguintes princípios para sua elaboração:

1. formação de profissionais de saúde em consonância aos princípios e diretrizes do SUS e tendo como eixo a abordagem integral do processo de saúde-doença;
2. respeito à diversidade humana, à autonomia dos cidadãos e à atuação baseada em princípios éticos, destacando-se o compromisso com a segurança do paciente, tanto em intervenções diretas quanto em riscos indiretos advindos da inserção dos estudantes no cenário de prática;
3. 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;
4. 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;
5. compromisso das instituições de ensino 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 em saúde e na capacidade de promover o desenvolvimento regional no enfrentamento de problemas de saúde da região;
6. compromisso das instituições de ensino, Estados e Municípios com as condições de biossegurança dos estudantes nos serviços da rede;
7. integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde;
8. planejamento e avaliação dos processos formativos, compartilhada entre instituições de ensino, programas de residência em saúde 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 em saúde; e

9. participação ativa da comunidade e/ou das instâncias do controle social em saúde. (Art. 3º).

Trata-se, como se pode verificar na regulamentação do COAPES, de um instrumento que fortalece a articulação entre os sistemas locais de saúde e as instituições formadoras, constituindo responsabilidades compartilhadas no sentido do desenvolvimento da atenção básica e da qualificação da formação profissional. A implementação de COAPES, no entendimento do Ministério da Saúde, é muito relevante para formalizar operacionalmente as responsabilidades das diversas instituições envolvidas, superando as lacunas que geram imobilismo e desperdício de recursos. No caso da formação, além das três esferas de gestão, também estão envolvidas as instituições de ensino, o que amplia a complexidade das interações, sendo que o instrumento formal permite estabilidade, convergência de esforços e sustentabilidade às iniciativas.

A orientação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde é que sejam definidos serviços com infraestrutura adequada no âmbito da atenção primária e das redes de atenção que se organizam a partir deles e esses serviços sejam pactuados no COAPES. Há muitos serviços de atenção primária no Brasil que recebem ou receberam recursos do Ministério da Saúde para construção, ampliação e reforma, no Programa Mais Médicos e fora dele, além dos investimentos próprios dos municípios e dos estados. Os serviços novos e reformados, precisam considerar a incorporação de atividades de formação. Mais do que estabelecimentos e serviços isolados, os campos de prática precisam considerar as redes de atenção pelas quais os usuários circulam no território.

A superação da lógica fragmentada de atuação em serviços isolados é fundamental para a mudança na formação de profissionais comprometidos com a continuidade do cuidado, gerando fluxos assistenciais nos diversos serviços necessários à assistência às pessoas e coletividades em relação às doenças e agravos predominantes em cada território. Os serviços vinculados às instituições de ensino, normalmente com maior densidade tecnológica, também são fundamentais para assegurar a formação e a pesquisa em problemas mais especializados e a produção de conhecimentos necessários à atualização das práticas profissionais e o enfrentamento de doenças e agravos com menor

prevalência. No que se refere às Residências em Saúde, uma formação consistente no âmbito dos serviços de atenção primária, nos fluxos assistenciais e serviços de maior densidade tecnológica e em pesquisa e produção de conhecimentos e tecnologias é de fundamental importância para a qualificação da formação e para o fortalecimento da atenção básica, ampliando a resolutividade dos serviços e reduzindo custos financeiros.

Nesse contexto surge outro conceito da política de saúde que não tem tido a necessária relevância para planejar e desenvolver os Programas de Residência em Saúde. Trata-se do conceito de região de saúde, definidas pelo Decreto Federal nº 7.508, de 28/06/2011, como território “delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Art. 2º, Inciso I). A formação com diversidade de cenários, mas em serviços integrados no território, permite avançar na compreensão e organização do trabalho também no que diz respeito aos fluxos assistenciais entre os serviços, que amplia significativamente a resolutividade da atenção, quer nos serviços de atenção primária, quer nos demais serviços das redes de atenção.

De acordo com o referido Decreto, as Regiões de Saúde devem conter minimamente ações e serviços no âmbito da atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial, de atenção ambulatorial especializada e hospitalar e de vigilância em saúde. Esse conceito necessita ser incorporado nos programas de formação para as Residências em Saúde, constituindo percursos formativos para os profissionais vinculados aos mesmos. Ou seja, o processo de planejamento e implantação das regiões de saúde, além da relevância sanitária, precisa gerar efeitos na formação dos residentes em saúde, de tal forma que a aprendizagem incorpore um trabalho em rede, colaborativo e atendendo às prioridades de cada local. Importante também o envolvimento das instituições formadoras nesse processo, o que certamente produzirá a qualificação do ensino, da pesquisa e da extensão também em outros âmbitos. A integração entre as instituições também gera otimização de esforços e iniciativas para a sustentabilidade das ações nas regiões de saúde.

O Decreto nº 7.508/2011 também define as “Portas de Entrada” às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde que devem ser oferecidas

nas regiões de saúde. Segundo registra o Artigo 9º, as portas de entrada são: os serviços de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e outros serviços especiais de acesso aberto definidos de acordo com as características de cada região de saúde, considerando também as características de grupos específicos, como a população indígena. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, assim como outros de maior densidade tecnológica, deverão ser referenciados a partir do atendimento nas Portas de Entrada. Ainda de acordo com o Decreto, no seu Artigo 11, o ordenamento para o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde necessários a cada situação, deve ser feito a partir dos atendimentos na atenção primária, sendo fundamentado “na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente”. Essa definição da política de saúde precisa ter efeitos também nas iniciativas de formação de profissionais, devendo os programas de Residência em Saúde considerarem as características de cada Região, em termos de necessidades e ofertas de serviço, incorporando as portas de entrada e os serviços das redes de atenção no percurso formativo dos residentes. Além de impactar no ordenamento dos serviços, essas iniciativas trarão efeitos no desenvolvimento das capacidades laborais dos profissionais formados.

Além disso, é fundamental que os Programas de Residência em Saúde estimulem seus alunos, professores e preceptores a desenvolverem trabalhos de conclusão de curso voltados aos problemas dos serviços e sistemas locais de saúde, principalmente nas regiões de saúde que atuam, bem como o registro e análise das próprias experiências de formação. Essa orientação visa a produção de conhecimentos e tecnologias para a qualificação do sistema de saúde e o desenvolvimento da capacidade de ensino das instituições. Trata-se, como registrado anteriormente, de um campo de iniciativas recente e seu potencial de desenvolvimento do ensino e do trabalho ainda pouco explorado. A sustentabilidade dos sistemas locais e a solução de problemas do cotidiano das pessoas e da formação é objeto também do conjunto dos atores sociais que estão envolvidos com as residências em saúde.

Entretanto, não é apenas sobre questões em relação ao ensino e à pesquisa que o COAPES deve tratar. A formação pedagógica e a educação permanente

dos trabalhadores da atenção primária, bem como o apoio às equipes e à gestão local também deve ser proposta, planejada e detalhada nos COAPES. Os Programas de Residências em Saúde devem ser utilizados como dispositivos para o desenvolvimento da atenção primária e do cuidado nas redes de atenção. Além do incremento nas equipes, com profissionais de formação recente e em processo de aprendizagem, a proximidade com as instituições de ensino alavanca a qualificação do trabalho.

É necessário que as Residências em Saúde sejam compreendidas também nessa perspectiva. Cadastrar os residentes nas equipes e registrar sua produção assistencial nos sistemas de informação, de tal forma que o trabalho não permaneça invisível, é fundamental. Mas também o reconhecimento da atuação em atividades educativas, de intervenção nos territórios, de vigilância. Além disso, fundamental estabelecer fluxos de qualificação dos demais trabalhadores, compreendendo a educação permanente como parte do trabalho na atenção primária. A potência das Residências em Saúde envolve a produção assistencial e uma produção pedagógica do trabalho no interior dos serviços. Dessa forma, os serviços definidos como campos de formação para as Residências em Saúde precisam ter apoio de recursos de telessaúde, de acesso a bases de conhecimento, entre outros. Para se constituírem como espaço de formação, mas também para fortalecer o trabalho no seu interior, aumentar sua resolutividade e otimizar os recursos utilizados para sua manutenção.

Por fim, é preciso considerar que a entrada da formação especializada no formato de residências em serviços territoriais é uma iniciativa relativamente recente. Ou seja, as “melhores práticas” ainda precisam ser sistematizadas. Para isso, os programas devem ser monitorados e avaliados, como definem as diretrizes para o COAPES, de tal forma que sejam melhorados continuamente, mas também que se produza conhecimentos úteis e oportunos. É fundamental considerar a incorporação das Residências em Saúde em serviços territoriais, principalmente na atenção primária em nas redes de atenção organizadas a partir dela, como inovações. Sendo assim, é tarefa contínua a análise e a produção de conhecimentos e tecnologias, também para qualificá-la. Novamente, a integração das instituições de ensino e pesquisa e os serviços acena para uma potencialidade que fortalece o SUS e as políticas de saúde.

Conclusão

Esse ensaio pretendeu refletir sobre desafios atuais à incorporação das Residências em Saúde no cotidiano dos serviços como estratégia de desenvolvimento da atenção primária e das redes de atenção.

No escopo dessa reflexão, apontou a necessidade de rápida implementação do COAPES como estratégia de fortalecimento da integração entre o ensino e o trabalho no interior dos serviços de saúde como dispositivo de planejamento compartilhado, de articulação entre esforços das diferentes instituições (gestão federal, estadual e municipal, além de instituições de ensino e das instâncias de participação social). O instrumento, criado na Lei Federal nº 12.871, de 22/10/2013, e regulamentado por Portarias Interministeriais (MEC/MS) há pouco mais de dois anos, precisa mobilizar o esforço das diferentes instituições e permite formalizar pactos compartilhados para o fortalecimento da atenção primária, qualificando o SUS no cotidiano. Ele permite, sobretudo, superar a fragmentação institucional, responsável pelo dispêndio de recursos que fazem falta na atenção às pessoas. O COAPES permite potencializar o efeito que as Residências em Saúde têm para a qualificação da atenção primária no Brasil.

Para tal, é necessário que os Programas de Residências sejam compreendidos como a formação especializada no trabalho, que induz à qualificação da atuação profissional dos formandos, mas também qualifica o trabalho das equipes. Integrar ensino e serviços é também considerar a educação como parte constitutiva do trabalho na saúde, responsável por inovações que são necessárias ao SUS.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, está desenvolvendo esforços para que essa compreensão, que está registrada na legislação, seja absorvida no cotidiano das Residências em Saúde. E tem desenvolvido ações de fortalecimento da implementação dos COAPES em todas as localidades que já implantaram ou querem implantar Programas de Residências em Saúde e projetos de indução à mudança na formação das profissões em saúde. A aprendizagem institucional com a área de gestão do trabalho e da educação na saúde nos indica que esse é o caminho para qualificar a saúde e o SUS.

Referências

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 06 set. 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d80281.htm. Acesso em: 20/09/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf. Acesso em: 20 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 01 jul. 2005. Disponível na internet: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 20 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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. **Diário Oficial da União**, 29 jun. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 20 set. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Conversão da Medida Provisória nº 621, de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em 20 set. 2017.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C.: OPAS, 2007.

REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO NO BRASIL

Margô Gomes de Oliveira Karnikowski
Andréa Pecce Bento

Introdução

A formação dos profissionais da saúde está sendo amplamente discutida no que diz respeito a construção de perfis acadêmicos, que contemplem o atendimento as necessidades de saúde da população brasileira, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Assim, em 2017, foram publicizadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Farmácia². A partir de então, reflexões sobre educação farmacêutica estão ocorrendo nas diversas instituições de ensino superior do país. Dentre os quesitos que norteiam o diálogo encontram-se aqueles pertinentes ao desenvolvimento de competência alinhadas ao perfil do egresso, de modo a considerar, enquanto eixos estruturantes da formação, o cuidado em saúde, a tecnologia e inovação em saúde e a gestão em saúde, em conformidade com o estabelecido nas diretrizes³.

A construção e implementação dos projetos pedagógicos para os cursos de Farmácia devem primar pela qualidade necessária ao cumprimento de competências atribuídas a estes profissionais e distribuídas nos eixos estruturantes citados anteriormente². Os principais desafios identificados pelo setor da educação farmacêutica envolvem a elaboração de uma matriz de ensino por competências, bem como a distribuição e implementação, ao longo do curso, de atividades nos cenários de prática e dos estágios curriculares⁴.

Pressupõe o deslocamento do protagonismo da aprendizagem para os estudantes, de forma ainda mais intensa. O papel do professor, no processo de ensino e aprendizagem remete em ressignificar as metodologias a serem utilizadas. Ressalta-se que não há protagonismo do estudante se não incluir este mesmo protagonismo

nos processos de avaliação⁵. Neste sentido, se torna de suma importância pensar em avaliar o desempenho e os resultados e não apenas o conhecimento, valorizando o aprender a ser e o saber fazer, traduzido em habilidades e atitudes.

Esta realidade implica em um docente que tenha experiência profissional na área em que ministra a disciplina, uma vez que será exigido dele, o potencial de planejar e executar planos de aula que envolvam o desenvolvimento de habilidade e atitudes pautadas no conhecimento e na experiência. Será relevante estabelecer a integração entre os conteúdos, e mais, entre as competências, o que implica em mudança de paradigma no fazer docente. Assim, a capacitação didática e pedagógica dos docentes se faz necessária, para auxiliar na elaboração e implementação de novas metodologias de ensino, ao se considerar a restrição aos métodos utilizados na formação pedagógica tradicional.

A aproximação com os serviços farmacêuticos envolverá tanto os estudantes quanto os docentes, sendo que este último muitas vezes se viu afastado da realidade da atuação em serviços farmacêuticos, se dedicando quase que exclusivamente ao ensino e a pesquisa. A implementação dos currículos e a qualidade do ensino, conforme os ditames das DCNs para cursos de Farmácia, se torna ainda mais complexa, ao analisarmos as diversidades regionais do Brasil e a acelerada expansão dos cursos de Farmácia no país.

Expansão e principais características da atuação farmacêutica no Brasil

Ao se analisar as legislações concernentes aos cursos de Farmácia no Brasil, destacando a Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996, até a última Resolução das Diretrizes para os cursos de graduação em Farmácia, de 2017, percebe-se a preocupação em elevar a qualidade do ensino, visando atender as necessidades de saúde da população. Neste período houve um aumento significativo no número de cursos de farmácia ofertados no país. Segundo informações do Censo de Educação Superior, em 1996 haviam 52 cursos e que passaram a ser, em 2016, 510 em atividade no Brasil, onde 42 encontravam-se na região norte (8,2%); 65 na região Centro-oeste (12,7%); 99 na região Nordeste (19,4%); 81 na região Sul (15,9%) e 223 na região Sudeste (43,7%)⁷ realizado anualmente pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). Assim, evidenciou-se uma expansão de 980% dos cursos de Farmácia no país.

Em nosso país a história da criação da profissão farmacêutica é muito recente, sendo caracterizada por três fases, dependendo do período político da época. A primeira fase, entre 1500-1822, no Brasil Colônia, não havia compromisso do Estado para com a saúde individual e, assim, o profissional farmacêutico, denominado na época de boticário, possuía uma atuação limitada, em um cenário de escassez de estabelecimentos farmacêuticos.

Na segunda fase, de 1822-1889, no Brasil Império, deu-se início a Indústria Farmacêutica Nacional, o que culminou em uma realidade diferenciada no setor. No século XIX, havia farmácias importantes na corte e grandes capitais, embora houvesse uma insuficiência de diplomados na área.

Na terceira fase, no Brasil República, em 1898, foi fundada a Escola de Farmácia de São Paulo, dando surgimento às entidades de classe, e assim, a profissão de farmacêutico(a) começou a ser difundida. Cabe ressaltar que em 1939 foi criada a Primeira Escola Autônoma de Farmácia, em Ouro Preto. O exercício da profissão farmacêutica no Brasil foi iniciado por meio do Decreto nº 20.377, em 8 e setembro de 1931, portanto não temos ainda 100 anos, o que significa pouco tempo, em comparação com outros países.

Em 1963, o Conselho Federal de Educação estabeleceu o primeiro currículo mínimo do curso de Farmácia, oficializando o papel importante do farmacêutico para a sociedade. A reforma universitária brasileira em 1969, na tentativa de unir disciplinas, formalizou e criou departamentos como unidades acadêmicas, o que impulsionou a criação de modalidades orientando as titulações. Com integralização de três anos era concedido o título de farmacêutico, sendo que este poderia complementar a formação com a obtenção de título de farmacêutico industrial ou farmacêutico bioquímico, sendo esta última com duas opções de atuação, tecnologia de alimentos ou análises clínicas e toxicológicas³. Nessa reforma foram negligenciadas as ações em saúde, a orientação quanto ao uso correto de medicamentos, as interações medicamentosas e alimentares, os efeitos colaterais e reações adversas, não se cogitando a ideia de assistência farmacêutica.

A atuação do farmacêutico em farmácias e drogarias foi restringida grandemente após a industrialização do setor. O profissional farmacêutico se ausentou das farmácias e da prestação de serviço de atendimento ao público, gerando graves consequências no que se refere ao consumo de medicamentos e

instaurando uma crise de identidade profissional que se estendeu entre os anos de 1960 e 1987. As escolas de farmácia acompanharam as tendências do país, sendo que os conhecimentos clínicos eram restritos e insuficientes, com restrições inclusive legais para atuação nesta área. Outro aspecto relevante foi o redirecionamento de grande parte dos farmacêuticos para as análises clínicas, os quais se identificavam como bioquímicos, suprimindo de sua formação o termo farmacêutico.

Embora a farmácia clínica tenha surgido no país no final da década de 1970, este cenário perdurou por um longo período, se estendendo até o início de uma nova etapa para a educação e prática farmacêutica, marcada pela migração desse profissional para o âmbito hospitalar, o que resgatou a sua participação na equipe de saúde clínica.

A prática relacionada a Farmácia Clínica ganha força a partir de então, e passa a ser entendida como ciência da saúde responsável por aportar competências relacionadas aos cuidados dos pacientes, garantido então, segurança do uso de medicamentos, o que ainda na atualidade, se constitui um problema de saúde pública mundial.

O uso indiscriminado de medicamentos gerou a necessidade do farmacêutico em retomar sua responsabilidade como agente de saúde, conquistando seu espaço no hospital, e suscitando o seu retorno as Farmácias e Drogarias. Assim a Atenção Farmacêutica emerge no país sob uma nova filosofia de prática e estrutura organizada, para orientar o paciente sobre o correto uso de medicamentos.

Atualmente, o Plano Nacional de Educação (PNE) favorece a expansão na abertura de cursos de Farmácia e estabelece metas quantitativas para a educação superior, atendendo às prioridades regionais para novos cursos em saúde, mediada pela necessidade de orientação de postos de trabalho para absorver os egressos. A realidade torna-se complexa, visto que os postos de trabalho recebem um contingente maior de farmacêuticos, os quais nem sempre possuem formação adequada para a atuação demandada pela sociedade. No âmbito da atenção primária há uma tendência a aumentar o contingente de postos de saúde, porém a dispensação de medicamentos, que pressupõem a atuação do farmacêutico, ainda hoje é precária, sendo uma atividade negligenciada e realizada por recursos humanos não qualificados para a função.

Os postos de trabalho para profissionais farmacêuticos existem, no entanto é imprescindível que a abertura de novos cursos se encontre alinhada a avaliação da real necessidade da região por este profissional. Neste sentido, a análise de georreferência, que relaciona farmacêutico/postos de trabalho, indica a viabilidade da oferta de um curso de farmácia num contexto locorregional. Enquanto na maioria das regiões, os estabelecimentos como farmácias e drogarias absorvem, em média, um número maior de farmacêuticos, quando comparados a outros setores de atuação, em algumas localidades, isto não é observado. A exigência da presença do farmacêutico durante todo o período de funcionamento desses estabelecimentos, conforme previsto na Lei nº 5.991/73 e Lei nº 13.021/2014, nem sempre é cumprida, em detrimento à fiscalização realizada pelos CRFs. No entanto, as farmácias e drogarias têm sido o destino mais procurado pelo farmacêutico, cerca de 85% dos recém-formados em todo o país escolhem esse local como seu alicerce.

Vieses também podem existir quanto ao indicador farmacêutico/postos de trabalho, como é o caso das instituições de ensino que absorvem um contingente significativo de farmacêuticos, os quais não possuem registro nos conselhos regionais de farmácia e por isso não são contabilizados. Esse fato contraria o preconizado pela Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, que diz que, somente os farmacêuticos inscritos no CRF podem exercer atividade profissional e atesta o afastamento dos docentes da área mais procurada pelos farmacêuticos.

Outro aspecto relevante quando se observa a expansão dos cursos de farmácia relaciona-se com a qualidade da formação ofertada. O crescimento da oferta de vagas para os cursos de farmácia, inclusive na modalidade a distância, ressalta a importância da avaliação enquanto mecanismo indutor da melhoria da qualidade da educação farmacêutica.

O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES – criado pela Lei Federal 10.861 de 14 de abril de 2004, considera a avaliação como referencial de qualidade. Apresenta como principais objetivos melhorar o mérito e o valor das instituições, áreas, cursos e programas, a gestão e a informação, nas dimensões de ensino, pesquisa e extensão. Considera a responsabilidade social, o desempenho dos estudantes, a gestão da instituição, o corpo docente e as instalações, tendo como componentes principais a avaliação das Instituições, dos

cursos e do desempenho dos estudantes. Instituições e cursos são avaliados *in loco* e o desempenho dos estudantes por meio de um exame nacional, o ENADE. Cabe ao Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP), por meio da Diretoria de Avaliação da Educação Superior (DAES) pensar e operacionalizar essas avaliações aos conselhos ligados ao gabinete do Ministro de Educação aprovando instrumentos de avaliação formulando diretrizes curriculares, que são o fio condutor de todo o processo formativo.

O conceito preliminar dos cursos de farmácia manteve a média em torno de 3, para os anos de 2010 até 2016, demonstrando que possuem condições suficientes para o seu funcionamento, segundo avaliação realizada pelos avaliadores do BaSis (Banco de Avaliadores do Sistema nacional de Avaliação da Educação Superior). Já o desempenho dos estudantes de farmácia verificado no ENADE, para o mesmo período, teve média de 2,8 no ano de 2013, considerado insuficiente, evidenciando necessidade de melhoramentos.

Assim, o projeto educacional torna-se imensamente relevante tanto na sua racionalidade técnica como na sua organização, para, ao ser construído não deixar faltar os elementos que irão influenciar o desempenho dos estudantes e aplicabilidade das disciplinas.

As DCN para os Cursos de Farmácia nos remetem à relevância dos aspectos que atentem para a formação de novos profissionais, engajados com as demandas de saúde concernentes a atuação do farmacêutico na sociedade.

Diretrizes atuais para a formação dos profissionais farmacêuticos

Desde a publicação da Resolução CNE/CES 02 de 2002, a qual constitui às diretrizes para os cursos de Farmácia, que ao serem divulgadas, causaram impacto positivo, ao ressaltar a formação generalista, crítica e reflexiva, bem como a relevância da atuação do farmacêutico nos três níveis de atenção à saúde, no âmbito do SUS. Pontualmente, podemos inferir que houve, nos no curso de farmácia, mudanças significativas, com uma formação generalista, de modo a abranger análises clínicas, toxicologia e alimentos, de enfatizando aos futuros profissionais de saúde a humanização em saúde.

A Resolução CNE/CES nº 06/ 2017 demarcou como importante conquista a formação pautada em matriz por competência, destacando, além

do conhecimento, as habilidades e atitudes do egresso. Isso contribuiu para uma mudança significativa no pensar a formação, mantendo a perspectiva mais humanista, crítica e reflexiva, e voltada para as tecnologias leveduras, de modo a destacar o cuidado e a gestão como parte estruturante da formação farmacêutica, além da tecnologia e inovação em saúde. Estes aspectos são reconhecidos como essenciais para a construção do perfil do profissional farmacêutico que à população necessita.

O farmacêutico(a) deve realizar e assegurar serviços com padrão de qualidade e preceitos éticos, de modo a primar pela responsabilidade, solução de problemas de saúde, individuais e coletivos. (É relevante que este profissional seja capaz de tomar decisões com eficácia e efetividade, ancoradas nas competências desenvolvidas durante sua formação, pertinentes ao cuidado, gestão e tecnologias em saúde, de modo a contribuir com à saúde da população.

Como as áreas de atuação dos farmacêuticos(as) são diversas(os) e dispares, mesmo em um perfil generalista, a matriz curricular deve dar conta de uma formação que possibilite o desenvolver de competências adequadas ao perfil do egresso pretendido. Assim, definir um perfil de egresso formado em um país com grande desigualdade social e que considere a realidade regional onde o curso encontra-se inserido, se constitui em grande desafio. Para tanto, as DCNs enfatizam elementos essenciais para o perfil do egresso, tais como: a atenção a saúde, comunicação, tomada de decisões, lideranças, administração e educação permanente.

A X Conferência Nacional de Educação Farmacêutica “Inovar e Integrar para Bem Formar”, realizada em 2019 e protagonizada pelas Comissão de Ensino (Comensino) e Comissão Assessora de Educação Farmacêutica (CAEF) do Conselho Federal de Farmácia e pela Associação Brasileira de Educação Farmacêutica (ABEF), visou refletir sobre os grandes desafios para a implementação dos projetos pedagógicos dos cursos, em conformidade com as novas diretrizes. As competências que norteiam o perfil do egresso, distribuídas em três eixos: Cuidado em Saúde, Tecnologias em Saúde e Gestão em Saúde, e as orientações para composição de currículo⁸ foram amplamente discutidas frente as diferentes realidades regionais do país. Foi destacada a formação de um farmacêutico com maior autonomia para decisões e interação com a equipe multidisciplinar, bem como o preparo para que este profissional possa desenvolver as competências

necessárias a uma atuação comprometida e atuante na saúde pública e saúde da família. As diversas possibilidades de atuações envolvendo a formação nas áreas das tecnologias e as inovações em saúde, assim como as competências referentes a gestão em saúde foram temas de oficinas.

Inserir acadêmicos em trabalhos multidisciplinares, pressupõem atividades humanísticas, para se ter suporte em práticas centrada no cuidado do ser humano. O estímulo cognitivo linear, ou seja, partindo de conceitos simples para os mais elaborados, deve ser considerado na definição de objetivos da formação. O processo de ensino necessita estratégias e métodos que delimitem as competências adequadas a um perfil de profissional farmacêutico humanizado e tecnicamente preparado, com adoção de instrumentos que avaliem e que efetivem a aprendizagem.

Neste contexto, viu-se a necessidade de novas metodologias no processo de ensino-aprendizagem, buscando atender exigências de uma formação com visão integradora, portanto, o estudo de estilos de aprendizagem torna-se essencial para conhecer o perfil dos estudantes e só a partir desse resultado desenhar um plano didático-pedagógico para atender a demanda.

As muitas vozes da educação superior em farmácia apontam para a necessidade de profundas reflexões e mudanças na estruturação do ensino. A tendência mundial demonstra que os acadêmicos precisam ter uma formação solidificada, com maior sensibilidade, onde o docente desempenha a função de facilitador, e estabelece marcas e sentidos às práticas em saúde, refletindo um entendimento mais abrangente quanto ao protagonismo do sujeito que aprende, e possibilitando que educador e educando tenham tanto entrosamento, que ambos usufruam positivamente da experiência. Sob esse aspecto necessitamos ter um conhecimento mais profundo da dinâmica da docência, seus limites e suas possibilidades.

A linguagem pedagógica usa o conceito de estilo para identificar diferentes comportamentos dos estudantes. Essas diferenças costumam ser reveladas quando os estudantes são confrontados a resolverem problemas. Para exemplificar, enquanto alguns escolhem trabalhar de forma individual, outros preferem um formato mais colaborativo, o que nos indica estilos e preferências distintas. E mais, existem muitas formas de aprendizado, e diversos estilos, alguns estudantes são visuais, aprendem e assimilam por imagens, já outros preferem uma explicação verbal, muitos gostam de experimentar e muitos de refletir.

Um dos desafios dos educadores para aperfeiçoar o processo de aprendizagem é o de considerar as variáveis individuais, que por vezes influenciam o desempenho do discente. Para atender essa demanda de ensino em saúde, ideias de reformulações começaram a surgir, propondo um ensino baseado em competências e com foco nos resultados. Inúmeras instituições de ensino superior, tanto públicas quanto privadas, têm adotado essa orientação, exigindo cada vez mais docentes qualificados e atualizados, com capacidade de conduzir o ensino, de modo a estimular o desenvolvimento de competências condizentes com o perfil do egresso.

A interdisciplinaridade e a capacidade de ultrapassar dificuldades em sua conduta pedagógica, revelam uma melhor interação com os acadêmicos. Portanto, um desafio para o docente é transcender a sua própria formação, por vezes fragmentada, e redesenhar relações com outras áreas do conhecimento, para mostrar aos estudantes cenários diversificados em uma realidade local.

Diante disso, cabe ao docente buscar novas ferramentas para despertar a atenção e o interesse do acadêmico, motivando a vontade de aprender e participar do processo ensino-aprendizagem. O aprender a fazer torna possível a formação de novos profissionais com uma capacidade de resolver problemas e desenvolver habilidade para trabalhos multiprofissionais. Assim, novas metodologias devem ser implementadas para estimular um ensino mais comunicativo e menos tradicional.

Os modelos contextualizados são os mais utilizados, com temas atuais que tenham um valor substancial para o acadêmico, o qual passa a associar teoria e prática, tendo o docente como um facilitador do processo de aprendizagem e promovendo as condições adequadas para que o acadêmico aporte o conhecimento, desenvolva as habilidades e atitudes condizentes com o perfil do egresso.

As novas formas de aprendizagem por evidências têm determinado a progressão na aquisição do conhecimento, identificando possíveis fragilidades nas matrizes curriculares. A Matriz por Competência (MP), é uma ferramenta para especificar as habilidades cognitivas dos acadêmicos para o curso de graduação. Reúne as competências que são indispensáveis na formação profissional, são um recurso, um guia eficaz para melhorar a qualidade da educação e a formação na área de saúde. Para o avanço das competências é necessário atualizações e diálogo constante.

Para redesenhar a educação superior é necessário não só mudanças no ensino-aprendizagem, mas também no processo de avaliação, o qual terá que propiciar a análise da qualidade do aprendizado e do ensino. O processo cognitivo para adquirir conhecimento, por parte do acadêmico, depende tanto dele quanto do professor, portanto, até mesmo as avaliações precisam ser atrativas e ordenadas com os objetivos de aprendizagem preestabelecidos.

Um dos instrumentos que facilitam o processo de avaliação nos cursos superiores é a proposta de taxonomia de Bloom, que objetiva ajudar o planejamento a organização e a avaliação baseada nos objetivos de aprendizagem. Segundo Bloom e colaboradores há inúmeras vantagens de se utilizar a taxonomia na educação, já que oferece base para desenvolver instrumentos e avaliações, utiliza de estratégias diferenciadas, facilita a avaliação e estimula o desempenho dos estudantes em diferentes níveis. Outra vantagem é a estimulação de educadores que auxiliam os acadêmicos, estruturando e conscientizando a importância de adquirirem competências específicas ao perceberem a necessidade de dominar as habilidades, em domínios crescentes de complexibilidade.

Cada domínio tem suas características, o cognitivo, por exemplo, relaciona o aprender, dominar o conhecimento. O afetivo é relacionado com sentimentos, é ligado a áreas mais emocionais, como atitude, responsabilidade e respeito. O psicomotor tem relação com habilidades físicas específicas.

Todos os três domínios (cognitivos, afetivo e psicomotor), são até hoje amplamente discutidos e divulgados. O mais conhecido é o cognitivo, muitos educadores se apoiam nos pressupostos teóricos desse domínio para planejarem seus objetivos educacionais, suas estratégias e sistemas de avaliação.

Por fim, este capítulo não teve a intenção de esgotar as inúmeras dimensões que constituem os desafios na implementação das DCN para os Cursos de graduação em farmácia. O que se almejou foi ressaltar a complexidade e a importância da educação de qualidade para a formação do profissional farmacêutico, o qual deve ser comprometido e atuante no atendimento as necessidades de saúde da sociedade. Para tanto, se faz necessário o desenvolver de um fazer humanístico, crítico e reflexivo, bem com a preparação acadêmica, de modo a promover sua atuação conforme apontado nas diretrizes. As reflexões expostas aqui apresentam um olhar diferenciado aos atores da educação farmacêutica que ultrapassa o

sentido de preparação para a aprendizagem de uma profissão e revela o estudante enquanto sujeito em condições de adquirir competências para o enfrentamento de “numerosas situações, muitas delas imprevisíveis, assim como retrata o professor com a responsabilidade de criar os meios para que estes objetivos se concretizem.

O professor é facilitador na comunicação, possibilitando o repensar, a aprendizagem de cada indivíduo, o lugar e a função da educação, de modo a considerar as múltiplas oportunidades de aprender. Além disso, reflete-se sobre a readaptação dos sistemas educativos e a matriz curricular, argumentando-se os métodos educativos tradicionais e as práticas inovadoras indispensáveis a aprendizagem. As necessidades educativas no progresso da ciência e da tecnologia permeiam os sistemas de educação, respeitando o protagonismo do estudante, seu espírito de iniciativa e a autonomia, propagados como suportes da criatividade e da inovação, entendidos como indispensáveis à formação em saúde.

Referências

- AGUILAR-DA-SILVA, R. H. Educação Interprofissional na Graduação em Saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema) Interprofissional. **Educ em Ver**, p. 159–175, 2011.
- ALMEIDA, M. T. C.; MAIA, F. A.; BATISTA, N. A. Gestão nas escolas médicas e sustentabilidade dos programas. **Avaliação**, Campinas; Sorocaba/SP, n. 18, p. 299–310, 2013.
- BLOOM, B. S. **Taxonomy of education objectives**. 1956.
- BRASIL. Lei 5.991/73. Lei de Controle Sanitário de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, 1973.
- BRASIL. Lei 9.394/96. Dispõe sobre as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, p. 1-9, 1996.
- BRASIL. **Relatório do 1º Ciclo de Monitoramento das Metas do PNE: biênio 2014-2016**. 2016.
- CAVALCANTE, L. I. P. *et al.* A docência no ensino superior na área da saúde: formação continuada e desenvolvimento profissional em foco. **Rev Eletrônica Pesquiseduca**, p. 162–182, 2011.
- CRUZ, P. C. da; SILVA, Y. F. de O. **Ensino Farmacêutico: Trajetória, Reflexões e Perspectivas para a Formação do Farmacêutico**. Anais do I Seminário sobre Docência... Universidade Estadual Goiás, p. 1–14, 2011.
- DEBALD, B. S. **A docência no ensino superior numa perspectiva**. Seminário Nacional: Estado e Políticas Sociais no Brasil. Cáscavel/PR. [s. d.]. Disponível em: <https://www1.ufrb.edu.br/nufordes/pedagogia-universitaria?download=6:a-docncia-no-ensino-superior-numa-perspectiva-construtivista>. Acesso em: 19 dez. 2022.
- FARIAS, P. A. M de; MARTIN, A. L de A. R.; CRISTO, C. S. Active Learning in Health Education: Historic Background and Applications. **Rev bras educ méd**, n. 39, p. 143–150, 2015.

FOLEY, J. F. **Process of differentiation**. *Sci Signal*, 2008. DOI: 10.1126/scisignal.146ec393. Disponível em: <https://www.science.org/doi/10.1126/scisignal.146ec393>. Acesso em: 19 dez. 2022.

INOCENCIO, D.; CAVALCANTI, C. M. C. O papel do professor como mediador do processo de ensino-aprendizagem em ambientes on-line. *Cad. psicopedag.*, São Paulo, v. 6, n. 11, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-10492007000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 dez. 2022.

KRASILCHIK, M. Reformas e realidade: o caso do ensino das ciências. São Paulo em Perspectiva [online], v. 14, n. 1, p. 85-93, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392000000100010>. Acesso em: 19 dez. 2022.

LARKIN, B. G.; BURTON, K. J. Evaluating a Case Study Using Bloom's Taxonomy of Education. *AORN J*, n. 88, p. 421-431, 2008.

MARTIN KUHN. **O professor: identidade e protagonismo - os muitos modos de dizer o ser e o fazer do professor e de se dizer de aprendizagem e desenvolvimento profissional docente em diálogo**. 2017. Tese (Pós-Graduação Em Educação Nas Ciências) - Departamento De Humanidades E Educação, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2017. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/4957/Martin%20Kuhn.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 dez. 2022.

MELO, D. O. de; CASTRO, L. L. C. de. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 22, n. 1, p. 235-244, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.16202015>. Acesso em: 10 dez. 2022.

MENG, C. **Farmacoeconomia: um instrumento para tomada de decisão**. Disponível em: [http://vanzolini.org.br/download/TCC_Miriam Meng 9,0.pdf](http://vanzolini.org.br/download/TCC_Miriam%20Meng%209,0.pdf) (2008).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação de tecnologias em saúde: seleção de estudos apoiados pelo Decit**. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos** 2015. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs.

MONTEIRO, F. M. A.; FONTOURA, H. A. **Pesquisa, formação e docência: processos de aprendizagem e desenvolvimento profissional docente em diálogo**. Cuiabá: Editora Sustentável, 2017. 287 p.

NICOLA, J. A.; PANIZ, C. M. A importância da utilização de diferentes recursos didáticos no ensino de ciências e biologia. *INFOR*, n. 2, p. 355-381, 2017.

NICOLETTI, M. A.; ITO, R. K. Formation of the Pharmacist: new scenery of professional performance with empowerment of clinical attributions. *Revista Saúde*, n. 11, p. 49-62, 2017.

OLIVEIRA, A. F. de. **A percepção dos farmacêuticos como profissionais da atenção primária de saúde no SUS de Fortaleza - Ce**. 2008, 122 p.

PEREIRA, S. *et al.* The experience of using project-based learning as an active methodology in the educational program through work for health in professional practice training. *Aliment Nutr Saúde*, p. 881-898, 2017.

PRADO, M. L. do *et al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc Anna Nery**, n. 16, p. 172–177, 2012.

RÉGIS, L. *et al.* A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. A farmácia clínica e a atenção farmacêutica: evolução e conceitos. **Rev Bras Ciências Farm**, v. 44, 2008. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/.

SAAR, S. R. da C.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 2007. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es_v15n1a16.pdf.

SCHMITT, C. da S., DOMINGUES, M. J. C de S. Estilos de aprendizagem: um estudo comparativo. **Avaliação da Avaliação da Educação Superior**, v. 21, p. 361–386, 2016.

SILVA, E.; GIORDANI, E.; MENOTTI, C. **As Tendências Pedagógicas e a Utilização dos Materiais Didáticos no Processo de Ensino e Aprendizagem**. [s. d.]. Disponível em: <https://portalidea.com.br/cursos/24e46ec766ec0564defa17f0f26c0ddc.pdf>

SOUSA, I. F.; BASTO, P. R. H. de O.; BOGO, D. Diretrizes curriculares nacionais: desafios na formação dos farmacêuticos para atuação no Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Pesqui em Saúde/ Brazilian J Heal Res**, v. 15, p.129–134, 2013.



A INOVAÇÃO SOCIAL NOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE - DO CONCEITO À PRÁTICA

Jean Marcel Chamon
Marcus Vinícius CM Cavalcante
Patrícia Martins
Ana Cláudia Mallab Lopes Chamon

Introdução

Mudanças sociais, econômicas e culturais têm ocorrido em todo o mundo na última década em virtude da crise financeira acarretando um período de baixo crescimento econômico. Nesse contexto de mudanças, alterações importantes ocorreram em todo o mundo no Ensino Superior ao longo da última década, embora este tenha sido um período de reflexão intensa, especialmente para América Latina, na medida em que o fortalecimento dos vínculos existentes entre as nações foi promovido e a região começou um processo de fortalecimento, aproximação e consideração dos vínculos existentes. Esta década também representa o tempo de transição para a Inovação Social (IS), começando como uma iniciativa que surgiu em resposta às necessidades europeias de se tornar uma proposta mundial. A preocupação de pensar em como progredir em direção a uma área compartilhada para as Instituições de Ensino Superior (IES), respeitando tradições e a diversidade deixou de ser uma preocupação exclusiva para os europeus e tornou-se uma necessidade global.

Em todo o mundo, as Instituições de Ensino Superior têm pensado ou repensado seu papel na formação do desenvolvimento social. O *UniDEV* (*Universities in Development – The Evolving Role of Academic Institutions in Innovation Systems and Development*), grupo formado por pesquisadores de 14 países tem levantado a questão da inovação social, em especial os desafios frente ao crescimento inadequado, as exclusões sociais e em como alavancar o desenvolvimento de políticas de inclusão. Uma outra preocupação permeia a questão do como as Universidades poderão trabalhar a Inovação Social em sua

agenda cotidiana universitária. Nesse cenário, é importante fornecer ao leitor deste trabalho algumas definições de Inovação Social no âmbito educacional.

Em primeiro lugar, podemos dizer que a Inovação Social é uma rede de aprendizado com as comunidades em que estão inseridas as IES. O conceito pode ser entendido como uma rede de comunidades acadêmicas e estudantis conectadas que refletem sobre questões, envolvem debates, projetam instrumentos e comparam resultados dos projetos desenvolvidos na área de alcance direta da Instituição. Na experiência dos cursos da saúde, os atores acadêmicos devem ser considerados especialistas reunidos em torno de uma disciplina dentro de um espírito de confiança mútua. Eles trabalham em grupos regionais e interculturais e são totalmente respeitosos da independência da forma institucional, nacional e regional.

Os cursos de saúde possuem um nível de troca de conhecimentos e experiências direta com suas comunidades. Tais projetos de Inovação Social desenvolvem uma diretriz para problemas na educação superior para integrar-se e participar da realidade socioeconômicas das comunidades como verdadeiros instrumentos de transformação social projetando um conjunto de ferramentas que são úteis para o desenvolvimento da qualidade dos serviços de saúde de forma definitiva. Os pesquisadores de IS são capazes de participar de uma plataforma de reflexão e ação sobre a educação superior - uma plataforma feita em rede por centenas de comunidades de diferentes países. São responsáveis por desenvolver pontos de referência para disciplinas, que representam um sistema de criação de Projetos Pedagógicos de Cursos da área de Saúde de alta qualidade, os quais são compartilhadas por muitos e não se restringem mais aos limites do campus. Para os discentes é aberta a possibilidade de criar um perfil de egresso empreendedor social que transformará muitas regiões carentes do país dentro do seu próprio campo, os quais se sentem responsáveis por essa tarefa.

O ajuste é construído sobre cada pessoa que faz parte dessa comunidade e compartilha ideias, iniciativas e dúvidas. É global porque prossegue uma abordagem baseada em padrões mundiais, enquanto ao mesmo tempo permanece tanto local quanto regional, respeitando as características e demandas específicas de cada cultura em seu contexto.

O desafio que enfrentam os projetos de Inovação Social é possuir um caráter de impacto no desenvolvimento do ensino superior e, principalmente, dos

serviços de saúde em suas regiões. Em segundo lugar, a Inovação Social é uma metodologia com etapas bem desenhadas e uma dinâmica de ação bem projetada que permitam se adaptar a diferentes contextos. A metodologia tem um objetivo claro: construir projetos compatíveis e comparáveis e que sejam relevantes para a sociedade, com os melhores níveis de qualidade e excelência da Educação Superior, enquanto preservam a valiosa diversidade decorrente das tradições de cada região envolvida.

Esses requisitos exigem uma metodologia colaborativa baseada em consenso, o qual é desenvolvido por especialistas de diferentes áreas do saber que são representantes de suas disciplinas e possuem a capacidade de entender situações locais, regionais e nacionais. Esta metodologia deve se desenvolver em torno de três temas principais: o primeiro é o perfil de qualificação, o segundo é o PPC e o terceiro refere-se às trajetórias dos egressos. O perfil de qualificação goza de uma posição-chave no ajuste. Depois de um longo período de reflexão e debate dentro dos projetos Inovação Social, o perfil de qualificações pode ser definido como sendo uma combinação de forças girando em torno de quatro eixos centrais:

- As necessidades da região (de questões locais para o contexto nacional).
- O perfil do curso da área de saúde.
- As tendências futuras da profissão em relação a sociedade.
- A missão específica da Instituição de Ensino Superior.

O suporte educacional para as inovações sociais das IES, em suas mais diferentes perspectivas, seja observando o regionalismo aos quais estão inseridos, o sistema de saúde local e principalmente as aspirações de seu PDI, conduzem um processo de aprendizado no qual os egressos serão capazes de encarar os desafios profissionais que os aguardam.

A área da saúde, é claro, possui uma parcela de complexidade em nosso país. Questões que levem a redução de custos da prestação dos serviços e o aumento do valor agregado destes serviços, o melhoramento das experiências e os resultados dos pacientes, acelerar a tradução de pesquisas em terapias e curas, e, por último, levar novas técnicas de tratamentos descobertos nas pesquisas acadêmicas melhorando a qualidade da saúde regional e nacional. Se ampliarmos a abordagem de questões desse

tipo, descobriremos a importância de colaborações e parcerias em todos os cursos, que formam a área do saber da saúde com o Sistema Único de Saúde. Apesar de todos os aprimoramentos dramáticos na conectividade digital e na comunicação, há algo excepcionalmente poderoso e generativo sobre reunir os pensadores e pesquisadores para interagirem pessoalmente com o poder público na área em questão.

Em sua grande maioria, as IES ainda se escusam de incorporar o tema de inovações sociais em seus objetivos estratégicos e com isso se tornam desatualizadas em seus modelos de ensino. Já as Instituições que inserem políticas com o tema possibilitam aos seus egressos uma educação mais ampla e com isso maior possibilidade de empregabilidade.

Existem diversos modelos de aplicação de inovação social na matriz curricular e em atividades complementares apoiadas pelas IES. As iniciativas coordenadas e mantidas pelas Instituições despontam ao redor do mundo como expoentes de ensino.

Enquanto o aprendizado tradicional é reconhecido como importante para as graduações, o uso da nova metodologia permite uma formação transversal a qual é reconhecida no mercado de trabalho. Uma pesquisa conduzida pela *Higher Education Careers Services Unit (HECSU)* sobre os projetos de curso de várias Instituições, especialmente nos cursos da área da saúde, o estudo subjetivo com contribuição social cria um perfil do egresso que verdadeiramente produz um diferencial na sociedade.

Os discentes destas Instituições são capazes de demonstrar suas capacidades adquiridas no curso de graduação. Enquanto alguns aspectos de empreendedorismo e inovação social podem ser adquiridos através de atividades de impacto regional e nacional em programas de pós-graduação, aquelas habilidades adquiridas na graduação permitem uma melhoria da qualidade do aprendizado e, principalmente, da metodologia da graduação.

Diversas IES possuem programas de intervenção social que supostamente deveriam intervir na sociedade, porém é notória a dificuldade de medir de forma consistente o impacto social que seus programas causam, motivo pelo qual é necessário que tais projetos integrem os processos de autoavaliação. Enquanto possuem diversos projetos em execução, a falta de aferição do impacto social gera um descompasso entre o planejamento e a ação em seus diversos aspectos.

A criação de instrumentos avaliativos próprios do impacto social, no processo de autoavaliação, possibilita um maior foco nas ações que mais causam impacto social na comunidade.

Oportunidades para as instituições

As IES podem avaliar outras oportunidades, como por exemplo, serviços de monitoria e avaliação de programas de pesquisa e extensão existentes. A Instituição também pode possibilitar a criação de novos projetos, com base em programas e metas sociais do Governo, que tenham como objetivo inspirar inovações e empreendimentos sociais que apoiem o desenvolvimento do sistema de saúde pública precário do país.

Para o Setor Público é interessante explorar como as Instituições podem ser encorajadas a abrirem programas de desenvolvimento social e de serviços de saúde. É notório que a incapacidade de resolver todas as questões sociais por meio do setor público em qualquer país, torna necessária a união entre setor público e privado para criar métodos de inovar e resolver questões sociais urgentes. O papel das Instituições de Ensino Superior nesse processo é essencial para a criação de metodologias e projetos que foquem a transformação social da população.

Como resultado da declaração da UNESCO (1998-2009), a consciência global tem crescido nos últimos anos no que diz respeito à responsabilidade de estabelecimentos de ensino superior que contribuam para o compartilhamento de conhecimento e recursos a serviço da comunidade como um todo. A este respeito, a Declaração Mundial da UNESCO sobre Educação Superior para o Século 21, no artigo 6, b afirmou que, entre outros aspectos:

A educação superior deve reforçar o seu papel de serviço à sociedade, especialmente as suas atividades destinadas a eliminar a pobreza, a intolerância, a violência, o analfabetismo, a fome, a degradação ambiental e doenças, principalmente através de uma abordagem interdisciplinar e transdisciplinar na análise dos problemas e questões (UNESCO, 1998, p. 24).

Quanto à Declaração da Conferência Mundial sobre Educação Superior (CMES), a primeira seção define a responsabilidade de todos os atores envolvidos

no ensino superior, uma vez que é considerado um bem público. A este respeito, o artigo 1.3 estabelece que:

As instituições de ensino superior, através de suas principais funções (pesquisa, ensino e serviço à comunidade) realizada no contexto de autonomia institucional e liberdade acadêmica, deve aumentar o seu enfoque interdisciplinar e promover o pensamento crítico e a cidadania ativa. Isso contribuiria para o desenvolvimento sustentável, paz, bem-estar e a realização dos direitos humanos, incluindo a igualdade de gênero (UNESCO, 2009, p. 2).

As inovações sociais surgiram em resposta às necessidades de melhorar as práticas sociais ou organizacionais, com o intuito de reduzir as desigualdades e melhorar a qualidade de vida da população. Através da integração de diversas áreas disciplinares, as Instituições de Ensino pretendem articular colaborações de dentro e de fora das Universidades, estimulando o diálogo entre iniciativas de inovação social, buscando soluções para os desafios do mundo contemporâneo.

O objetivo da inovação social é articular, organizar, reunir, integrar e estimular as iniciativas socialmente inovadoras. Assim, ocorrerá o confronto entre a teoria e prática, onde a universidade não será apenas um local de estudo. De acordo com Brito (2005, p. 47), a prática docente “não se resume a um espaço de aplicação de saberes mais compreende que essa prática é, também, um palco de produção de saberes relativos ao espaço profissional”.

O que diferencia a inovação social de outros tipos de inovação é a busca por soluções para questões humanitárias por meio de processos que levem a melhoria do bem-estar das pessoas, da comunidade local e da sociedade como um todo (MULGAN, 2006).

Com o aumento da demanda social, houve uma maior procura pelos serviços públicos, principalmente na área da saúde. Assim, os programas do governo não conseguem suprir as necessidades da população pela impossibilidade de geração de lucro em seus programas sociais e por falta de modelos de gestão financeira para nortear suas ações. Assim, instituições públicas e privadas, aproveitaram esta lacuna deixada pelo Estado, para contribuir de forma humanitária com a sociedade.

O fornecimento de inovações deveria ser a segunda maior prioridade compartilhada entre os setores público e privado, ficando atrás somente das atividades de qualificação de força de trabalho. Portanto, a inovação pode ser interpretada como uma necessidade premente para a sobrevivência das organizações em um ambiente competitivo. Compreende-se, assim, que a responsabilidade social no campo do ensino acadêmico tem nos anseios por uma formação ética e cidadã sua mais forte expressão, como bem indicam as próprias Conferências de Educação Superior da Unesco.

Neste cenário, surge o movimento de Responsabilidade Social Universitária (RSU), como uma alternativa de um projeto de educação superior como bem público. A educação é essencial para o desenvolvimento da economia e esta é fundamental para a construção de uma sociedade forte e evoluída. Mas as finalidades da educação vão muito além da economia. O essencial neste aspecto é que a educação contribua para que o desenvolvimento da economia e da própria sociedade se proceda respeitando o princípio democrático do bem comum.

A Educação Socialmente Responsável (ESR) potencializa a formação de cidadãos conscientes e profissionais qualificados. Conforme Dias Sobrinho “Discutir a educação como bem público e, então, como direito social, faz parte do reconhecimento da grande responsabilidade que as Instituições de Educação Superior (IES) têm relativamente à formação ética, científica e técnica dos indivíduos no marco da construção da sociedade.

Os impactos sobre a educação abarcam tudo que se relaciona aos processos de ensino e aprendizagem e à construção curricular. No caso brasileiro, materializar a ESR implica cuidar de ações voltadas ao acesso e à permanência dos estudantes onde temos que levar em consideração as desigualdades sociais (socioeconômica, psicossocial e cultural). Portanto, entende-se que: o conhecimento é a principal matéria prima do desenvolvimento econômico. Também a partir desse pressuposto nenhum Estado poderá escapar das necessidades de estender a toda a população os meios de adquirir mais conhecimentos e participar dos benefícios dos bens culturais em geral.

Assim nos projetos pedagógicos são valorizadas as experiências junto ao entorno social por meio de metodologias como a aprendizagem-serviço; da promoção de espaços de reflexão interdisciplinar e da construção de respostas criativas aos problemas sociais econômicos, culturais e ambientais entre os

alunos; do estímulo ao exercício da cidadania e da democracia e da formação de consciência sobre as implicações éticas da atuação pessoal e profissional, conforme estudo exploratório de Amaro e Morosini (2013).

A partir de 2005, a Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior (ABMES) compôs um Grupo de Trabalho (GT) para sensibilizar as IES sobre o tema “Responsabilidade Social” e sugerir ações para formar programas e projetos. Desta forma houve uma contribuição para o serviço público, onde o Estado foi ajudado na tentativa de suprir suas necessidades.

No campo do saber da saúde, o termo “inovação” tradicionalmente foi reservado para o desenvolvimento de novas terapias, drogas, ou dispositivos médicos. Como esforços privados e públicos para reforma do Sistema Único de Saúde ganhar impulso, é claro que, a inovação deve ser explorada de forma mais ampla em seu contexto, que foca em áreas subdesenvolvidas como análise de dados, hábitos do paciente, incentivos e melhoria de processo na oferta dos cuidados com a saúde.

Com maior exemplo mundial de preocupação com a Inovação Social na área da Saúde no mundo encontramos o projeto de Harvard com o projeto de Premiação a técnicas de Inovação Social através do Fórum de Inovações no cuidado com a saúde criado em 2015. Com premiações em dinheiro para o desenvolvimento dos projetos apresentados a Universidade de Harvard conseguiu atingir um novo patamar nas inovações sociais na saúde, a partir do momento que abriu a oportunidade para pesquisas desenvolvidas em qualquer área do saber integrarem o sistema de inovação dos serviços de saúde.

Um dos exemplos mais empoderados é o projeto Radial Analytics, onde um aplicativo desenvolvido permite a inserção de informações na fase pós hospitalares, possibilitando que todos os atores envolvidos no processo tenham uma visão real e completa dos fatores médicos. Este aplicativo permite que se individualize o tratamento da doença de pressão arterial, trazendo uma gigantesca inovação ao oportunizar um tratamento contínuo que reduz os riscos ao paciente, burocracias e desencontro de informações dos responsáveis pelo tratamento médico, e acima de tudo, um feedback direto da opção de tratamento do paciente.

Neste ponto percebe-se que a união de conhecimentos dos diversos campos do saber trouxe uma revolução na forma de tratar uma das doenças mais comuns na população e uma das mais fatais.

Proteção de propriedade intelectual: As IES devem zelar pela proteção da propriedade intelectual de seus pesquisadores criando uma variedade de estratégias para protegê-la. Esse fator, já comprovado pela experiência americana, proporcionou um aumento da demanda por serviços de propriedade intelectual com conhecimento de leis de propriedade intelectual e procedimentos. Um dos motivos do aumento da demanda é que muitas tecnologias atuais estão se conectando com o corpo docente no início do processo de pesquisa e desenvolvimento, encorajando os a apresentarem pedidos de patentes antes de divulgar publicamente seus resultados. Com isso não há perda dos direitos de propriedade sobre as novas tecnologias que forem criadas.

Uma instituição apresenta um pedido de patente provisória para cada divulgação de invenção apresentada por pesquisadores universitários, enquanto outros são mais seletivos e apresentam uma combinação de provisão e utilidade (ou regular) em tecnologias que parecem ter o maior potencial de licenciamento. Fornecer aos professores, estudantes e funcionários incentivos para protegerem a propriedade intelectual e perseguir comercialização da pesquisa, as IES estão cada vez mais sendo recompensadas oferecendo uma maior participação de licenciamento de royalties e outras receitas de comercialização.

No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas, sendo a principal porta de entrada dos usuários. A AB é fundamentada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Mesmo seguindo estes princípios, o Estado por si só não consegue garantir o acesso a saúde para toda população, necessitando da ajuda de outras instituições, como as universidades. Neste contexto, percebemos que através da RSU surgiram vários projetos para melhorar a formação dos estudantes, de forma humanitária, contribuindo ao acesso da população a serviços, como: consultas médicas e odontológicas, atividade física gratuita, avaliação nutricional, realização de exames. Essas ações são realizadas através de mutirões ou nas próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS), quando há acadêmicos da área de saúde fazendo estágios.

A demanda de uma avaliação nutricional, por exemplo, que demorava até 3 meses para conseguir, o usuário consegue em menos de um mês, podendo

ser até na UBS de sua residência. Além de melhorar no tempo do atendimento, o Estado não teve gastos com esta consulta, pois não houve novas contratações de funcionários. Não quer dizer que todos os problemas foram solucionados, mas parte deles está em andamento.

Este trabalho é uma reflexão sobre a inovação social na vertente educacional. Inovação de qualquer tipo é um processo difícil e novas estratégias educacionais podem falhar em fase de implementação para uma variedade de razões. No início deste projeto, não se pretendeu um contexto revolucionário na oferta da Educação Superior, ao invés vez disso, o propósito era mudar as atitudes das IES para fora dos limites da aceitação inquestionável de uma metodologia de ensino rasa ou em preto e branco. Este tema promove experiência suficiente para conhecer a importância de lidar com os tons de cinza nas metodologias de ensino. Não se trata de um rompimento com o status quo, nem que o sucesso dependesse de um processo de aprendizado lento, em contexto, ao longo do tempo, e para quem faria o aprendizado.

Embora seja intuitivamente óbvio para qualquer um que tenha tentado implementar um novo currículo que “conteúdo e pedagogia interagem de maneiras complexas”, só recentemente há o conhecimento da complexidade das Políticas de Ensino aplicadas a Educação. A complexidade engloba a simultaneidade de dualidades tradicionalmente consideradas distintas: conhecedor e conhecimento, pesquisa e educação, docente e aluno. A abordagem da investigação científica incentiva o exame simultâneo da prática educacional em combinação com fatores contextuais para descobrir o que pode ser enredado na intersecção dos dois. O uso da narrativa dados e dados qualitativos ajudam a concretizar atitudes e crenças nas transformações das práticas de oferta de Ensino Superior.

A evolução dos projetos pedagógicos de cursos

A transformação do curso é um processo gradual, envolvendo inicialmente sessões onde é necessário o controle direto como professores devem aceitar uma abordagem diferente. Isso permitirá a cultura da Inovação Social nos cursos da área da saúde desta técnica de instrução à medida que mais desenvolvimento de oportunidades para aprender mais sobre as questões práticas da saúde brasileira.

Um dos pontos de maior dificuldade encontradas na consolidação da Inovação Social nos cursos de saúde encontram-se na recusa de novas tecnologias

de informação na oferta do ensino. Em análise, este é provavelmente um erro, já que não pode se antecipar o nível significativo de intervenção na luta contra o uso de novas tecnologias nos cursos da saúde geraria. Um problema maior que emerge dos dados é uma falta institucional de recursos para o desenvolvimento de modelos de EAD. Como comentários Harden, a implementação do e-learning deve ser monitorada e gerenciada por funcionários com a educação, tecnologia e conteúdo necessários.

Estudantes foram recompensados por esforço individual e grupal com feedback (muitas vezes imediato) ambos dentro e fora da aula. A combinação de avaliação formativa graduada e não classificada serve para motivar os alunos a mudar o seu comportamento. A segunda barreira encontrada refere-se à disponibilidade dos alunos para as mudanças na inserção regional dos cursos.

Em observações de estudantes de graduação em medicina, especificamente, é improvável que todas as diferenças observadas nas respostas e atitudes dos alunos decorrem de inerentes dissimilaridades nos perfis dos discentes da área da saúde, dada o diminuto interesse em desenvolver suas atividades nas comunidades regionais.

O principal objetivo é demonstrar novos caminhos apoiando a inovação e o empreendedorismo no domínio do desenvolvimento dos serviços de saúde. A introdução desta cultura de ensino é o primeiro passo para um reconhecimento contínuo e uma celebração da inovação baseada na IES.

Embora o impacto profundo na comunidade de ensino superior, também se destaca a necessidade de compreender os detalhes da inovação nos cursos da área da saúde para auxiliar na o desenvolvimento de ideias e programas futuros neste espaço. O objetivo é estabelecer, programaticamente, como grandes IES de pesquisa fomentem a inovação social. Além disso, o capítulo identificou algumas das práticas mais comuns, como concursos de planos de negócios, bem como atividades colaborativas que as universidades devem se envolver, como um banco de dados, pesquisa de mapeamento e pedidos de patentes. Isso é importante porque a maioria das principais Instituições brasileiras ainda não estão realizando essas atividades.

Os exemplos citados neste capítulo, e a discussão subjacente, ressaltam a diversidade de abordagens pelas IES para promover a inovação e o empreendedorismo. Essa diversidade reflete não apenas a história, o financiamento da pesquisa, a localização e o tamanho de uma determinada instituição, mas

também ajuda a entender o papel de atores externos, como governo, investidores e setor privado devem estar preparados para criar mais projetos patrocinados pela IES. A esperança é que este capítulo servirá como uma fonte de ideias e incentivará conexões entre pares com objetivos e circunstâncias similares. Em outras palavras, à medida que as IES elaborarem estratégias sobre a próxima geração de programas de inovação que eles gostariam de lançar, este capítulo deve motivá-los com projetos de sucesso demonstrados.

Como muitos observaram, o fragmentado sistema de saúde no Brasil bloqueou as forças usuais do mercado que, de outra forma, poderiam levar a uma maior eficácia e eficiência. No entanto, o entusiasmo por maiores cuidados de saúde atenua o progresso geralmente lento.

As respostas as fragilidades do SUS estão enraizadas na responsabilidade: quem tem e como é exercido. Alguém em uma área de segurança frágil é morto, e a pergunta é quem o matou? A resposta é, todos o mataram. E a resposta sobre quem matou a saúde brasileira é: o status quo. “Todos possuem uma parcela de a responsabilidade. Todo país também sofre uma parte das consequências. Não importa o país, não importa a política pública”, disse Herzlinger, a taxa de crescimento das despesas de saúde em relação ao crescimento do PIB é desproporcional. O que acontecerá em um futuro próximo é que os cuidados de saúde, como outros serviços, terão que se adequar com as forças do mercado e, ao fazê-lo tornar-se-ão mais “consumados”: os pacientes devem assumir maior responsabilidade por seus cuidados e devem ter maior poder para exercer essa responsabilidade. No entanto, quando se trata de políticas e tecnologias destinadas a dar aos pacientes mais controle existem mais alucinações que visões científicas que somente podem ser produzidas nos limites da pesquisa acadêmica.

Muitos sugerirem a descentralização das decisões sobre o Sistema Único de Saúde e do processo inovador mais amplamente. Como prestadores centralizados, o tradicional as vias de inovação podem ser muito estreitas, desnecessariamente restringindo o universo das possibilidades. Abrindo as portas para talentos inexplorados, podemos descobrir inovações que de outra forma, seria negligenciado pelos profissionais usuais.

Para conectar aqueles com a responsabilidade dos problemas com potenciais solucionadores deve-se aceitar que encontrar a inovação solucionadora

significa aproveitar a experiência de “não especialistas”. A visão ficada dos especialistas das áreas da saúde tornam-se um obstáculo para a inovação mais ampla. “Talvez a razão pela qual as pessoas com suas habilidades e antecedentes resolvem os problemas interessantes do mundo são apenas porque você é o primeiro na fila. Não foi porque as perguntas foram feitas a todos de uma só vez”.

Tal como acontece com a prestação de cuidados à saúde, a descentralização do processo de inovação depende cada vez mais de pacientes como indivíduos responsáveis. Quando organizados em grupos colaborativos, observa-se que, apesar da força relativa de novos concorrentes em relação à inovação em muitos domínios, as diferentes áreas dos saberes estabelecidas devem liderar os esforços em Inovação na pesquisa médica básica e produtos farmacêuticos. Embora as respostas variem em cada área particular de inovação, nenhuma fonte surge como um campeão claro; os participantes veem um mix do ambiente de inovação com duas predileções gerais:

1. Em geral, eles expressaram maior confiança na capacidade do setor privado, em vez do governo, como fonte “crítica” de inovação; em oito das onze áreas de inovação.
2. *Speed-to-market* foi a marca registrada das tecnologias disruptivas produzido por pesquisadores iniciantes.

Esses resultados destacam o fato de que a saúde é caracterizada por numerosas organizações estabelecidas, isso não pode ser simplesmente ignorado por novos pesquisadores. Em vez, deve-se encontrar formas de melhorar as IES estabelecidas incorporando o aprendizado que emerge de inovação descentralizada.

Para tornar-se mais responsável, no entanto, as pesquisas produzidas na Educação Superior devem tornar-se mais ágeis e mais capazes de coordenar cuidados em vários provedores e fornecedores. Críticas para seus papéis como inovadores, as IES devem ser participantes importantes na identificação e refinando as medidas observáveis em que seus desempenhos será avaliado. Esse processo deve ocorrer de forma que permita que cada IES atenda às necessidades da população em sua região dentro dos aspectos sociais, políticos, e contextos econômicos de suas comunidades.

Finalmente, a comunidade universitária está interessada em expandir e melhorar suas parcerias com o governo federal. Para todas as melhores práticas ou tendências emergentes em programas inovadores apresentados, há um número similar de recomendações para melhorar políticas públicas e federais.

A discussão sobre sinergias e desafios para alinhar os objetivos, missões e oportunidades entre os entes públicos e as IES certamente resultaram na aplicação eficaz do ensino como ferramenta de transformação social.

Referências

AMARO, I. da S.; MOROSINI, M. C. Avaliação, qualidade e responsabilidade social na educação superior: produções na CAPES e ANPED. In: Anais...*Congresso Internacional de Avaliação*. Gramado: Unisinos, 2013

BRITTO, A. E. Sobre a formação e a prática pedagógica: o saber, o saber-ser e o saber-fazer no exercício profissional. *Linguagem, Educação e Sociedade*. **Revista Mestrado em educação**. Teresina, n.12, p.45-50, jan/jun.2005.

BRUNDENIUS, C.; GORANSSON, B.; MELLO, J. M. C. Universities, Inclusive Development and Social Innovation: An International Perspective. **Springer International Publishing, Switzerland**, 2017.

CARVALHO, M. S. de. (2017). **Identificação e adaptação das melhores práticas de gerenciamento de projetos para atuação com projetos de inovação social na área da saúde**. 2017. Disponível em: <http://repositorio.uninove.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/1273/Marcos%20Sim%C3%B5es%20de%20Carvalho.pdf?sequence=1>.

CUNHA, M. I. Inovação pedagógica: o desafio da reconfiguração dos saberes na docência universitária. **Cadernos Pedagogia Universitária**. Universidade Vale do Rio do Sino (UESP), set. 2008.

MULGAN, G. The process of social innovation. **Innovations**, v. 1, n. 2, p. 145-162, 2006.

OLIVEIRA, C. M. B. de; MENDES SOBRINHO, J. A. de C. (2010). **Os saberes docentes na educação a distância: reflexões teóricas sobre a prática pedagógica do professor autor**. 2010. Disponível em: http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.17/GT_17_09_2010.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: Resultados do laboratório de inovação**. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/laboratorio_inovacao_2013.pdf. Acesso dia: 07 out. 2017.

PRATT, D. D.; COLLINS, J. B.; SELINGER, S. J. **Development and use of the teaching perspectives inventory (TPI)**. Presented at the American Educational Research Association Annual Meeting, Seattle, WA. Retrieved November 7, 2008. Disponível em: <http://www.one45.com/teachingperspectives/PDF/development1.pdf>

QUALITY, Assurance Agency for Higher Education. Retrieved June 29, 2008. Disponível em: <http://>

www.enhancementthemes.ac.uk/student_evaluation/whyfeedback.html.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. **Saúde e Sociedade**, v. 24(supl. 1), p. 193-204, 2015.

SOBRINHO, J. D. **Educação superior**: bem público, equidade e democratização. 2013. Disponível em: <https://www.ufmg.br/dai/textos/artigo1.pdf>. Acesso em: 07 out. 2017.

ROMPENDO O ISOLAMENTO EM ROMPANTES INTERCULTURAIS: EXPERIÊNCIAS NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS E OS POVOS ORIGINÁRIOS

Marcus Vinícius Marcelini Silveira Ribeiro
Alcindo Antônio Ferla

Introdução

O ensaio aqui compartilhado tem o objetivo de apresentar a experiência profissional de supervisão acadêmica no Programa Mais Médicos em regiões indígenas. Não se trata apenas do relato de experiência, senão de uma reflexão sobre a formação e o trabalho médicos que emerge a partir dessa experiência, no contexto concreto das políticas e iniciativas voltadas para o ordenamento da formação e do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). O ensaio é um empreendimento ao qual nos dedicamos há algum tempo, como parte de um percurso de mestrado profissional em saúde da família na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul e a estruturação atual é o acúmulo a partir de versões anteriores, mas que nos permitiram outras ênfases, agora especificamente sobre o encontro da educação com a saúde na formação médica.

Para tanto, serão contextualizados características do programa e dos territórios, assim como de situações que permitem refletir sobre a relevância do fortalecimento de conexões entre a formação e o exercício profissional de médicos e demais profissões e ocupações da saúde com territórios diversos, onde a complexidade da saúde se expressa de forma significativa à compreensão da saúde, gerando capacidades locais e globais, como apontam os atuais paradigmas do ensino médico pós-flexneriano (FRENK *et al.*, 2010)). Ou seja, nos interessa destacar as interfaces do Programa Mais Médicos como iniciativa de educação permanente em saúde (FERLA, 2019). Nesse sentido, também contextualizadas no conteúdo das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina (DCN Medicina), como pretendem as reflexões deste livro.

Em meio a um complexo e turbulento cenário político, no ano de dois mil e treze, presenciamos a criação e a implementação do Programa Mais Médicos Para o Brasil (PMMB), cujo objetivo declarado foi suprir a demanda histórica da ausência de profissionais médicos em regiões periféricas, rurais, interioranas e nas áreas isoladas de difícil acesso (PINTO *et al.*, 2014).

Este programa foi particularmente importante no campo da saúde indígena, já que há uma ausência histórica de profissionais desta categoria a fazer o cuidado territorial direto, ausência que é acentuada nas áreas isoladas geograficamente. Trata-se da falta de profissional médico(a) de modo permanente e constante nos polos de atendimento e no cuidado à saúde nos domicílios e habitações, sendo um grave problema que afeta o acesso e desses indivíduos aos serviços de saúde e atrasa tratamentos básicos, que gera o agravamento de problemas simples de saúde, emergências clínicas, maior mortalidade, piores índices de saúde e, em essência, fere diretamente o direito à vida destas populações (GARNELO; PONTES, 2012).

O PMMB foi desenvolvido por eixos operativos, sendo central o eixo de provimento emergencial de médicos, para suprir a demanda imediata de regiões geográficas em situação crítica de saúde. Tal eixo foi publicado prevendo editais de chamadas nacional e internacional. Os profissionais foram convidados a se cadastrar na plataforma do ministério da saúde, priorizando sucessivas chamadas aos brasileiros já registrados no Conselho Federal de Medicina. De forma subsequente foram então abertas chamadas a profissionais formados em outros países, sem registro em conselhos brasileiros e, só então, abriram-se editais para profissionais da cooperação internacional cubana, mediada pela Organização Pan-Americana de Saúde. As regiões que correspondem às Terras Indígenas, de responsabilidade administrativa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), em geral foram os últimos postos de trabalho preenchidos e, na sua quase totalidade, por médicos da cooperação internacional cubana (FONTÃO; PEREIRA, 2017).

Vale pontuar que as Terras Indígenas são marcadas por constante e violenta disputa desde o período colonial, sendo ainda hoje afetadas por agressivos conflitos, epidemias, massacres e explorações. Estas violências estão diretamente relacionadas aos grandes interesses financeiros na extração da borracha, madeira, garimpo, agropecuária, caça e pesca, via de regra atividades ilegais. Há uma divergência de interesses, mas também uma irreconciliável diferença de modelo de organizar a

vida é interagir com o ambiente natural, de um lado caracterizado pelo extrativismo sustentado para a sobrevivência e por outro pela exploração ostensiva das condições naturais para a produção de riquezas. Essas diferenças se expandem para o valor da vida e da saúde das pessoas e do ambiente. E se refletem na ação das políticas públicas e nas formas de proteção do estado às populações originárias.

Nesse contexto, a presença e fixação de médicos nessas áreas é uma demanda histórica, marcada pela extrema escassez deste cuidado profissional e pelos piores índices de saúde do território nacional. A maior vulnerabilidade traduz-se tanto na presença de doenças infecciosas como tuberculose, hanseníase, malária, parasitoses e infecções sexualmente transmissíveis, bem como nos altos índices de mortalidade infantil, mortalidade materna e na grande presença de doenças crônicas degenerativas como hipertensão, diabetes e câncer, indicadores que podem ser evidenciados mesmo diante da deficiência nas informações oficiais em saúde (GARNELO; PONTES, 2012).

Os indicadores de saúde e de condições de vida remontam àquelas em que a ausência de serviços de saúde incluía também os centros urbanos, mesmo com o reconhecimento de que se trata de um importante fator determinante das condições de saúde da população (LALONDE, 1974). Assim, a possibilidade de haver médicos trabalhando diretamente no território, atendendo nos polos de saúde locais, nas aldeias e habitações, representa uma novidade para as também recentes equipes de saúde indígena e distritos sanitários especiais indígenas, tal como para os povos originários residentes nesses territórios, usuários do sistema único de saúde.

A formação profissional na saúde ainda é muito marcada pelo ambiente tecnológico dos hospitais urbanos e pelas doenças na perspectiva cultural e pragmática da medicina ocidental moderna (FERLA, 2006).

A experiência aqui trazida é a de supervisão acadêmica no PMMB em áreas indígenas no estado do Amazonas durante os últimos quatro anos. Tal atividade profissional tem o intuito de oferecer suporte institucional e de promover práticas de educação permanente com o foco de atuação principalmente no cuidado médico, inicialmente envolvendo profissionais oriundos da cooperação cubana e atualmente apenas brasileiros graduados em outros países e estrangeiros. Esta atuação também se relaciona necessariamente com as equipes de saúde brasileiras, compostas por gestores de saúde indígena e usuários indígenas de etnias e perfis diversos.

A função da supervisão acadêmica é regimentalmente a de prover suporte profissional e educacional, principalmente aos profissionais estrangeiros, mas também aos brasileiros inseridos no programa. Com base na educação permanente em saúde, busca-se produzir estratégias para fortalecer o desenvolvimento das ações de cuidado territorial e promover integração junto às equipes de saúde, usuários, gestores e conselhos de saúde às diversas demandas de profissionais que estão se inserindo em um território desconhecido, na maioria dos casos em um novo país e em um sistema de saúde com fluxos e organização diferentes do modelo em que foram graduados (LUNA *et al.*, 2019). A educação permanente em saúde é política de desenvolvimento do trabalho no Sistema Único de Saúde e, ao mesmo tempo, ação pedagógica de aprendizagem no e pelo trabalho (CECCIM; FERLA, 2008).

Os territórios de abrangência das práticas profissionais no Programa são algumas das Terras Indígenas no estado do Amazonas e os residentes que ocupam este território são povos diversos, passando por regiões tidas como o lar do maior número de indígenas não contatados no mundo, vivendo em total isolamento, até áreas urbanas na capital, Manaus. A área total de responsabilidade das equipes de saúde abrange grandes distâncias, e elas chegam a percorrer mais de oitocentos quilômetros por via fluvial para chegar ao local de atendimento, percurso que pode durar cerca de dez dias apenas na ida, como é o caso da região do Vale do Javari.

A atenção em saúde nestes territórios é marcada historicamente pela desassistência e pelas intervenções negativas. A chegada de não-indígenas e os problemas decorrentes passam pela predação e exploração do território e dos que ali vivem há centenas de anos, assim como contatos intermitentes com missões religiosas norte-americanas, missões parcas e esporádicas do Serviço de Proteção ao Índio desde mil novecentos e dez, e posteriormente por ações campanhistas pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), culminando com a presença mais constante deste órgão na década de setenta, com a criação dos Postos Indígenas de Atração. Estas ações, com possíveis consequências negativas, sobretudo de cunho higienista, não contavam com profissionais de saúde adequados.

As populações buscavam os técnicos da FUNAI para ajuda em diversos problemas de saúde, e estes muitas vezes auxiliavam transportando os enfermos até centros de saúde ou realizando eles mesmos primeiros socorros básicos no local, de maneira improvisada e sem treinamento prévio (GARNELO; PONTES, 2012).

Mesmo que as atividades aqui trazidas ocorram sempre em terras indígenas, os perfis são variados e as histórias marcadas pelas características regionais de cada população. Destaco o exemplo de uma das localidades mais isoladas e de difícil acesso em que se deu o trabalho de supervisão acadêmica com os médicos e equipes multiprofissionais, a Terra Indígena Vale do Javari.

O histórico da saúde nesta região foi marcado por uma epidemia regional de cólera em mil novecentos e noventa e gerou a mobilização de lideranças indígenas, missionários e ativistas, trazendo visibilidade internacional momentânea à já crítica atenção à saúde na região, o que culminou com o deslocamento de equipes da Organização Não Governamental Médicos Sem Fronteiras para atuação no local. Estes breves momentos dos anos de mil novecentos e noventa e dois a noventa e quatro, são lembrados por atenção à saúde diretamente nas aldeias e habitações, promovidas pela organização. Seus esforços também envolveram treinamento e capacitação de pessoas que ali residiam para a atividade de agentes indígenas de saúde, promovendo cursos e estratégias de educação em saúde diretamente nas aldeias, que resultaram em impressões positivas nas populações locais e em efetividade no controle da epidemia.

O final deste período de trabalho dos Médicos Sem Fronteiras marcou mais uma fase em que, pelas quase duas décadas seguintes, a dificuldade de atenção à saúde foi enorme, ocorrendo uma sucessão de epidemias de infecções sexualmente transmissíveis, com destaque para os casos de hepatites B, C e delta, com casos de hepatites fulminantes e cenas de mortes sem nenhuma assistência, fatos que impactaram as já traumatizadas comunidades da região (ARISI; FRANCISCO; CESARINO, 2011).

As estratégias de saúde nesse local seguiram a evolução das políticas de saúde indígena, sendo que, desde o final do trabalho pelos Médicos Sem Fronteiras, foram gradativamente ocorrendo a implementação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), a construção da sede administrativa do DSEI, a construção dos polos de saúde nas aldeias e a aquisição de barcos, medicamentos e insumos de saúde.

Ainda assim a dificuldade em contratação, fixação e permanência de profissional médico continuava, sua presença era esporádica e em geral restrita à sede administrativa e ao município base do território, com raras ações diretamente nas aldeias e habitações.

Os graves casos de hepatites conseguiram acompanhamento de instituições governamentais, porém as ações gerais de atenção básica e saúde da família permaneciam com a ausência de atenção médica até o início do PMMB. O levantamento de recursos humanos do Centro de Trabalho Indigenista e do Instituto Socioambiental de dois mil e onze (ARISI; FRANCISCO; CESARINO, 2011), aponta que havia apenas um médico contratado para trabalhar em toda a área, outros dois se restringiam ao trabalho nas casas de apoio, fixos no município. Veremos que com o surgimento do PMMB esse número aumentou em seis vezes, sendo ao menos seis médicos atuando diretamente nas aldeias e habitações, além daqueles atuando fixos no município.

A atuação profissional nesse contexto levanta questionamentos epistêmicos sobre a formação e o trabalho médicos e, de forma mais ampla, do trabalho em saúde. O que esperamos vivenciar em um tríplice encontro entre populações originárias, médicos estrangeiros e equipes de saúde brasileiras? Quais os efeitos deste evento necessário e inédito da história deste país continental e contraditório? Complexas interações podem surgir a partir dos desdobramentos práticos da política pública de atenção à saúde dos povos indígenas e de sua complementação pelo provimento emergencial de profissionais pelo PMMB.

Interações completamente novas, trocas de experiências culturais, muitos avanços e muitos desafios surgem na confluência de embarcações que levam pessoas com histórias tão diversas por um fluxo comum: a esperança de juntos produzir mais que a simples soma de indivíduos e ampliar a possibilidade do bem viver e da produção de momentos mais saudáveis.

O eixo de provimento emergencial de médicos

Diversas pesquisas, publicações e dados justificaram a implementação desse eixo de provimento emergencial de médicos do programa. As publicações sobre a série histórica dos índices de desenvolvimento humano municipal (IDHM) naquele período apontavam que, apesar de uma substancial melhoria destes índices no país, ainda havia forte marca das desigualdades (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013).

Tomando como base o período de mil novecentos e noventa a dois mil e treze, os avanços indicados pelo IDHM foram enormes, porém também devem-

se observar as enormes desigualdades regionais e sociais, formando contrastes entre norte/nordeste e as demais regiões, cenários rurais e urbanos, interior e metrópoles, e ainda considerar para além do documento a formação de guetos dos pobres e dos ricos dentro de grandes centros urbanos, bolsões de pobreza nas favelas e periferias.

Ao mesmo tempo, a vitrificação das cidades e a expansão de condomínios e loteamentos fechados, que marcam de forma nítida a segregação social do espaço (ROLNIK, 2001). Outra publicação de destaque vem do Conselho Federal de Medicina e aponta para as desigualdades na distribuição e fixação de profissionais, a despeito do que auferido como adequação quantitativa na relação absoluta de médicos para mil habitantes (SCHEFFER, 2013). Nesse estudo fica explicitada a convergência de ausência deste profissional em regiões de baixo IDHM, a presença dominante de mais de um vínculo trabalhista e a migração de profissionais para o setor privado. Por fim cito a publicação da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (GIRARDI *et al.*, 2010) que analisa a escassez de profissionais médicos relacionada aos municípios segundo a porcentagem de domicílios na pobreza e a taxa de mortalidade infantil.

Nos diversos estudos fica explícita a relevância da iniciativa institucional para efetivação dos princípios firmados em mil novecentos e noventa com a criação do Sistema Único de Saúde: o provimento de médicos em áreas remotas e com dificuldade de fixação era necessária e urgente. Os avanços associados à iniciativa se dariam na ampliação do acesso aos serviços de saúde pela presença de médicos em áreas com ausência deste profissional, peça central nas equipes de saúde, fato diretamente relacionado ao princípio da universalidade, também na priorização de provimento destes profissionais em áreas em que os indicadores sociais e de saúde eram críticos. Ou seja, há também uma ligação direta do provimento de médicos ao princípio da equidade. Ainda há que se destacar o pré-requisito de único vínculo empregatício com o programa em formato de quarenta horas semanais e a possibilidade da permanência por alguns anos, que indica maior constância na presença deste profissional e a possibilidade de efetivação do princípio da integralidade.

A presença de profissionais e equipes no território permite que os usuários sejam atendidos com mais frequência e, assim, maior possibilidade de

compreensão dos diversos aspectos físicos, mentais e psíquicos que interagem no processo de produção da saúde. Além de maior tempo para integração do profissional com os demais membros da equipe de saúde, possibilitando a ampliação da visão corporativa com a contribuição dos outros profissionais. Na literatura de saúde pública, a correlação da presença de profissionais e serviços de saúde e a melhora dos níveis de saúde da população remonta ao Relatório Lalonde de 1974, referido ao então Ministro da Saúde do Canadá, que reconhece o acesso ao sistema de saúde como um fator determinante da saúde (LALONDE, 1974).

Ainda assim, a criação deste programa no Brasil desencadeou uma série de fortes reações por parte de associações e conselhos médicos, que questionaram as estratégias do PMMB, a qualidade e necessidade de profissionais estrangeiros. Estas instituições tentaram promover diversas ações para barrar a atuação destes profissionais, ainda que esta atuação fosse restrita ao âmbito do programa, à atenção básica e às áreas com índices de saúde críticos.

Algo parecido a um campo de batalha formou-se e muito se perdeu na possibilidade da construção de um diálogo e conexão das já consagradas instituições médicas brasileiras e um novo programa institucional. O déficit, nesse caso, foi em relação à negligência com a saúde da população e à afirmação da lógica corporativa na regulação da formação e do trabalho médicos, em desacordo com os paradigmas internacionais (LANCET).

Essas reações não foram suficientes para impedir o Programa e, no caso das populações indígenas, o contato intensivo de profissionais e equipes com os territórios e culturas diversas.

As políticas de saúde e os povos originários

A criação de uma política de saúde que consiga presença e permanência nas áreas mais isoladas e vulnerabilizadas, que seja efetiva em melhorar os índices de saúde e sociais, são demandas históricas no território brasileiro. Tal demanda, foi base das pautas do movimento da reforma sanitária brasileira, bem como dos próprios movimentos sociais de base, das comunidades ribeirinhas, indígenas, das periferias dos centros urbanos e do movimento nacional da população em situação de rua.

Muitos foram os avanços ao longo das últimas décadas, com a elaboração do conceito de direito universal de saúde na constituição de mil novecentos e

oitenta e oito, com a criação do sistema único de saúde e com a ascensão de governos com maior base e participação social. Representando, assim, maior pressão popular e participação social na elaboração e implementação das políticas públicas (PAIM, 2008).

Na área da atenção à saúde das populações indígenas, são importantes marcos recentes, a mudança das políticas de contato forçado às populações isoladas e o maior cuidado na interação com populações previamente contactadas, parte do final da década de oitenta a compreensão institucional de que há efeitos extremamente danosos em contactar povos em isolamento. A realização de conferências nacionais de saúde indígena (início em 1986) e o protagonismo dos indivíduos, usuários do sistema de saúde, na arena de disputa da elaboração de políticas, também são importantes mudanças históricas.

A possibilidade destes processos de participação ativa e efetiva, foi base fundamental para a criação de um subsistema de atenção à saúde indígena, para a criação da política nacional de atenção à saúde indígena e, por fim, para a criação de uma secretaria específica, federalizada e pautada no controle social, a Secretaria de Atenção à Saúde Indígena em dois mil e dez (GARNELO; PONTES, 2012).

As políticas nacionais de promoção de equidade em saúde a “grupos vulneráveis”, ou seja, voltadas a grupos que no contexto político e social são atravessados por um processo de precarização de suas condições de vida e de saúde, coincidem em delimitar no plano operativo cinco eixos centrais: o acesso na atenção à saúde, as ações de promoção e vigilância em saúde, a educação permanente e educação popular, o fortalecimento da participação e do controle social e, por fim, o monitoramento e avaliação destas ações em saúde (BRASIL, 2002, 2013).

São historicamente marcadas por uma forte dificuldade de efetivação desses eixos, as ações da saúde indígena, principalmente no que diz respeito às áreas isoladas e de difícil acesso, frequentemente relacionada a alta rotatividade de profissionais nas equipes, às dificuldades logísticas de acesso às aldeias pelas enormes distâncias por via fluvial, sendo que as iniciativas de educação em saúde ainda são em geral incipientes, pontuais e cristalizadas na lógica biomédica.

O cuidado em saúde das populações humanas é extremamente diverso e as particularidades da Estratégia Saúde da Família ocorre possivelmente em seu âmbito mais intenso na atenção em saúde às famílias e comunidades que

residem em áreas remotas e de difícil acesso, talvez seja ainda mais impactante nas comunidades indígenas, em que questões culturais, históricas, sociais e logísticas podem se revelar de maneira mais complexa, expondo as limitações e avanços na capilaridade da atenção básica brasileira.

Caminhos da prática profissional

Os territórios percorridos no trabalho com o PMMB, parecem justificar por si só a necessidade de criação de estratégias de apoio institucional, por meio de tecnologias leves e contínuas, desenvolvendo-se na implementação de ações de educação permanente com os profissionais recentemente chegados no solo brasileiro, no sistema único de saúde, para trabalhar em áreas historicamente negligenciadas e desassistidas.

Emergindo destes territórios, da fala das equipes, dos profissionais e dos usuários, está a palavra isolamento. Seja nas características geográficas das áreas isoladas ou no isolamento sentido na prática profissional cotidiana de médicos e equipes destas regiões. Seria então o centro da prática educativa um processo de rompimento deste isolamento? As experiências de educação permanente no programa aqui tratadas apontam para que sim, existe uma função central em romper o isolamento, tanto de práticas muitas vezes enviesadas por crenças estabelecidas e distantes de evidências ou, para além disso, o acolhimento de profissionais, equipes e usuários por uma estratégia de supervisão que promova um apoio amplo, que se faça presente ao longo do tempo e que possa contribuir para o desenvolvimento de melhores práticas, estabelecendo redes de apoio interprofissionais e abrindo espaço para mudanças.

Os caminhos da prática de supervisão iniciam-se a partir de contatos à distância, via telefone, em que são estabelecidos relações e diálogos com gestores, equipes de saúde, profissionais do programa e representantes das instâncias de participação social, para que se torne possível conhecer melhor a realidade, construir e pactuar atividades presenciais. Tais práticas presenciais, dependem de muitos fatores, relacionados à autorização institucional para o deslocamento até as áreas de atendimento e à disponibilização de uma agenda prévia para realizar programações, considerando onde e quando estarão as equipes de saúde com as quais as atividades serão realizadas.

Neste percurso, os encontros buscam a produção de conhecimentos a partir da realidade, dos problemas e experiências vividos na prática cotidiana, construindo caminhos de desenvolvimento da prática profissional e abertura de possibilidades de mudança (CECCIM; FERLA, 2009). Ouvir, dialogar e trabalhar em conjunto com os diversos indivíduos envolvidos no processo de atenção à saúde já citados - usuários, gestores, profissionais e líderes comunitários - torna-se imprescindível para mediação de problemas, construção de soluções, identificação e apoio de possíveis aberturas e potencialidades existentes nas equipes e instituições.

As atividades que compuseram o caminho desta prática - que relaciona a educação e o trabalho profissional - davam-se em diversos momentos, por meio de encontros internos e trocas de experiência dos próprios grupos de supervisão, tratando da implementação das estratégias de acompanhamento dos médicos participantes e suas necessidades. Através, também, de atividades regionais que buscam integrar os diversos agentes envolvidos no processo de atenção à saúde relacionado ao PMMB.

O mais frequente, porém, são as atividades focadas diretamente no acompanhamento e apoio aos médicos do programa, estas ocorrem por meio de acompanhamento e auxílio presencial em atividades como atendimentos clínicos, visitas domiciliares, ações de vigilância em saúde, procedimentos e atividades educativas comunitárias.

Como explicado anteriormente, diversos fatores incidem na possibilidade de realização de tais encontros presenciais, desde autorização institucional, até a programação variável das agendas dos profissionais do programa e equipes de saúde, as equipes podem permanecer, a depender do local, até cinquenta dias em deslocamento e nas ações de atendimentos itinerantes, fato que demanda uma alta capacidade de diálogo e articulação para promover os encontros, sendo que na maioria das regiões não há a possibilidade de contato por telefone ou internet. Mesmo diante destas adversidades, toda a programação de encontros até o momento foi concretizada, com frequente necessidade de adaptação, desafiando a criatividade e exigindo a composição de um repertório metodológico diverso e flexível.

Os atendimentos clínicos são a prática central no processo de trabalho, seja pelas consultas em que médico e supervisor atuam em conjunto, que ocorrem

nas sedes municipais, aldeias, habitações e casas de apoio, seja nas atividades de educação em saúde com temas recorrentes sobre os fluxos de referência e contrarreferência, linhas de cuidado prioritárias, organização de prontuários, receitas, notificações, atestados e formulários.

Os atendimentos são, em geral, acompanhados pela figura do tradutor, integrando um cenário em que a atividade clínica envolve o cuidado de um indivíduo indígena, mediado por seus acompanhantes, um tradutor contratado pelo serviço de saúde, profissionais da equipe de saúde, o profissional estrangeiro do programa e o supervisor. Descrevo esse cenário para compor a imagem da grande complexidade (DIAS; TOASSI; BUENO; FERLA, 2020; CAMPOS, 2008) não somente logística (enormes distâncias por rios e florestas) mas da imagem de uma verdadeira metamorfose intercultural que desenvolve-se nos momentos de atendimento em equipe, trata-se de um exercício de buscar o que é comum a esses vários indivíduos, encontrar as possibilidades de troca, para estabelecer encontros possíveis, de interação, diálogo e produção de saúde (WEISSMANN, 2018).

Percebe-se então que de forma imprescindível emerge a necessidade de aberturas ao protagonismo dos indivíduos, usuários do sistema de atenção à saúde, traduzindo-se como um fundamental apoio das lideranças comunitárias, cuidadores tradicionais e agentes de saúde e saneamento indígenas, nos processos de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu texto sobre a estratégia para a medicina tradicional (2013) aponta para a necessidade de integração destes indivíduos, os cuidadores tradicionais, as lideranças e os agentes de saúde, como estratégia para a identificação de demandas ocultas, para o auxílio com acompanhamento de tratamentos convencionais e como figuras chave na realização de pontes para a formação de amplas redes de cuidado nos territórios. O mesmo documento também pontua que esta integração não ocorrerá espontaneamente, que depende de esforços deliberados e decisões normativas de instituições governamentais e não governamentais.

Tais esforços devem ser construídos em conjunto com as comunidades envolvidas e não tem a função de substituir a falta de implementação dos serviços convencionais de atenção à saúde, mas sim complementá-los, estes ainda são insuficientes e necessitam de investimentos em mais estruturas físicas e humanas para garantia do direito à saúde e do direito à vida.

Estas ações complementares, porém, são imprescindíveis, representam estratégias fundamentais para suprir um abismo construído pelo processo histórico de dominação e violência contra populações específicas, no caso, os povos originários ou povos indígenas, processo que gerou o atual cenário de vulnerabilidade, caracterizando as áreas de piores índices de saúde e sociais do país.

Após acompanhar e auxiliar os atendimentos clínicos e a partir de diálogos sobre os diversos problemas de saúde que já foram documentados anteriormente, em publicações sobre saúde indígena, foi possível construir atividades de reflexão e desenvolvimento da prática clínica e intercultural. Diversos instrumentos e estratégias foram utilizadas para disparar reflexões coletivas sobre as interações entre culturas, sobre os conceitos de saúde e cuidado, e, também, sobre as práticas clínicas, os procedimentos e as ações pedagógicas comunitárias.

Destaco que a familiarização e instrumentalização às diretrizes clínicas (MENDES, 2010), fluxos e protocolos das linhas de cuidado, foi o primeiro caminho a ser percorrido, como primeira demanda de melhorar a capacidade técnica de identificar problemas em saúde, proporcionar seu diagnóstico e tratamento.

De forma conjunta, as reflexões históricas sobre o processo de vulnerabilização, os determinantes sociais da saúde, a aproximação à antropologia e a outros campos de pensamento com potencial de provocar práticas que avancem para muito além da prática biomédica, foram primordiais nos encontros pedagógicos.

A familiarização com as diretrizes clínicas, seus fluxos e protocolos, iniciou-se com a reflexão e estímulo à organização do processo de trabalho nos atendimentos clínicos: partindo do acolhimento aos indivíduos que se apresentam espontaneamente (demanda espontânea), passando pelas fichas de acompanhamento pré-natal, até os protocolos de encaminhamento, realizando em conjunto as adaptações necessárias ao contexto geográfico e cultural, listo a seguir algumas das diretrizes clínicas que nos ajudaram muito no desenvolvimento técnico do processo de trabalho cotidiano:

- Fichas de acolhimento da demanda espontânea (DIEGUES; CRISTINA, 2016);
- Fichas de atenção integrada da mãe e da criança, Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (BRASIL, 2014, 2017);

- Fichas de acompanhamento do pré-natal, Ministério da Saúde, caderneta da gestante;
- Plano de parto, Cartilha da Gestante da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte;
- Fichas de acompanhamento da criança pelo desenvolvimento, crescimento, peso e perímetro cefálico, Ministério da Saúde, caderneta da criança;
- Classificação do risco de suicídio (de Janeiro, 2016);
- Classificação de risco familiar (COELHO; SAVASSI, 2004)
- Protocolos da Atenção Básica, Saúde das Mulheres, Ministério da Saúde e Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (BRASIL, 2016).
- Cadernos de Atenção Básica, Ministério da Saúde;
- Guias de Referência Rápida, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (de Janeiro, 2016);
- Atlas de dermatologia em povos indígenas (RODRIGUES *et al.*, 2010)
- Identificação de medicamentos e receituários adaptados para pessoas com necessidades especiais, prescrição pictográfica (ARAÚJO *et al.*, 2019; FERREIRA; MARIA; SOARES, 2017)
- Protocolos de encaminhamento da atenção básica para atenção especializada, Ministério da Saúde e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HARZHEIM *et al.*, 2016);

Como mencionado anteriormente, trabalhamos em conjunto às diretrizes clínicas, também temas referentes ao histórico da implantação do sistema de saúde indígena, dos determinantes sociais de saúde, das características dos processos de vulnerabilização de grupos específicos e do campo da antropologia em saúde.

Por esses caminhos, passamos pelas questões teóricas e práticas da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002), muitas vezes recorreremos ao Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena (YAMAMOTO, 2004), que proporciona capítulos essenciais para começar a compreender o contexto da antropologia em saúde e, para além disso, ainda traz informações técnicas de grande utilidade prática.

Diversos materiais construídos pelo Conselho Indígena Missionário, pelo Centro de Trabalho Indigenista e pelo Instituto Socioambiental também

foram cruciais para melhor compreensão histórica (CIMI, 2013) e muitas vezes publicações únicas e de extremo valor para compreensão do contexto de trabalho da saúde em determinadas regiões (ARISI; FRANCISCO; CESARINO, 2011).

Mesmo que não seja possível incluir neste texto todas as publicações que nos ajudaram a estabelecer momentos de reflexão e desenvolver melhores práticas profissionais, que muitos materiais ficarão perdidos em nossas discussões e memórias, cristalizados na ampliação de nossas percepções e práticas, mesmo assim, é importante dizer que foi de muito valor para nossos debates as publicações do livro Saúde Indígena: uma introdução ao tema (GARNELO; PONTES, 2012), do livro Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil (COIMBRA; SANTOS; ESCOBAR, 2003), dos relatórios de gestão da SESAI, da FUNAI e do SISVAN, bem como dos Planos Distritais de Saúde Indígena e das cartografias dos respectivos DSEI. Também das publicações realizadas de forma independente pelas associações indígenas como é o caso da Ata da II Assembléia Geral da União dos Povos Indígenas do Vale do Javari na sua publicação em forma do relatório Saúde Indígena do Vale do Javari (2012).

No campo da antropologia buscamos trabalhar textos clássicos como O curandeiro Ndembu de Victor Turner (2006), O feiticeiro e sua magia de Claude Levi Strauss (1975), O ritual do corpo entre os Nacirema (MINER, 1956), avançando para a antropologia no contexto da saúde, trabalhamos alguns textos do livro, Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História (BARUZZI; JUNQUEIRA, 2005) e o artigo Cinco ideias equivocadas sobre o índio (FREIRE, 2009).

Por fim, para adentrar profundamente na cosmovisão de alguns povos e avançar no desafio da interculturalidade, os livros A queda do céu (KOPENAWA; ALBERT, 2019) e Ideias para adiar o fim do mundo (KRENAK, 2019), podem nos ajudar a iniciar o incrível caminho de compreender outras possibilidades de leitura da realidade.

A situação da pandemia pelo coronavírus

Desde o início do PMMB é possível perceber em diversas partes do país e, também, no Amazonas, que surge como novidade a presença do profissional médico atuando diretamente nas aldeias e habitações, identificando diversas situações de saúde que estavam desassistidas. Desde março de dois mil e

vinte, entre as situações de saúde que se apresentavam até então, começaram a surgir dezenas de casos de infecção por coronavírus, diante disso, foi iniciada a implementação de diretrizes clínicas de prevenção, fluxos de atendimentos, realização de tratamentos e acompanhamentos destas infecções pelas equipes de saúde, buscando uma interação sadia com as tradições culturais locais.

Foi realmente importante o rápido acesso aos protocolos nacionais e internacionais de implementação do manejo rápido (*fast track*) aos quadros respiratórios nas equipes, a aplicação de estratificação de gravidade, definição da abordagem clínica pautada em consensos científicos, a notificação de todos os casos suspeitos e confirmados, bem como o estabelecimento de indicações para o isolamento domiciliar, tão logo os primeiros casos foram identificados.

Citamos como medidas de destaque positivo, a implementação dos critérios de afastamento de profissionais, realização de quarentena antes das equipes entrarem em áreas indígenas, estímulo à realização de barreiras sanitárias nas aldeias e de adesão às medidas de prevenção comunitárias, nas áreas indígenas do entorno de Manaus-AM.

Foi necessário, ao mesmo tempo, acolher diversas demandas profissionais em meio a conturbados contextos internos da coordenação dos sistemas de saúde, expostos a diversos estressantes, os profissionais chegaram a situações limite de saúde mental, nesse sentido, construímos ferramentas e alternativas para acolhimento e mediação destas demandas com os demais indivíduos envolvidos.

Os serviços de acompanhamento psicológico por telefone e os serviços de discussão e acompanhamento de casos complexos por telessaúde, tiveram papel central neste processo.

Os momentos de educação permanente foram marcados por discussões relacionadas a estratégias de saúde no território, estímulo aos recursos locais, diálogo com líderes comunitários, manejo de casos clínicos, boletins oficiais e extraoficiais de índices de contaminação e mortalidade por coronavírus nas áreas indígenas, por acompanhamento de fóruns e encontros de discussão das sociedades médicas de especialidade (pneumologia, infectologia e medicina de família) sobre tratamentos e manejo dos casos clínicos com base em evidências científicas.

Diante da disseminação de desinformação entre os profissionais de saúde e da utilização de medicamentos sem comprovação científica e potencialmente

danosos - fato que revela abismos na formação profissional no Brasil e em outros países - fizemos o uso dos materiais disponibilizados pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, pela Sociedade Brasileira de Infectologia e pela Sociedade Brasileira de Pneumologia, divulgando consensos científicos de medidas eficazes para o cuidado dos casos clínicos de infecção pelo coronavírus, dessa forma, também foram essenciais os cursos desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde, pela Fiocruz, pela Universidade de São Paulo, disponibilizados pela Universidade Aberta do SUS e pela AVASUS (Universidade Federal do Rio Grande do Norte), além de diversas outras instituições que construíram ferramentas pedagógicas para auxiliar os profissionais neste momento crítico.

Recordar o conceito de determinação social da saúde, nos ajuda muito ao analisar a história natural, o ciclo e a interação das condições de saúde, assim como o agravamento destas condições pela situação de pandemia. A extrema pobreza, a fome, o consumo de água contaminada e poluída, e a exposição às violências extremas, produzem a deterioração da saúde em geral e um potencial aumento da gravidade clínica e aumento do risco de morte, quando esta pessoa é acometida por outros problemas de saúde agudos como o coronavírus (MARMOT, 2001). Em essência, a atual pandemia agrava o processo de desigualdades que está em disputa na sociedade.

Desde o início das infecções por coronavírus foi destaque negativo um alto índice de contaminação dos profissionais de saúde em nossos polos de trabalho (chegando a cem por cento em alguns momentos), fato que expôs a grave situação de equipamentos de proteção individual, a necessidade de equipamentos em número suficiente e de qualidade adequada. Na atuação profissional cotidiana, as estruturas de atendimento foram desafiadas e rapidamente precisaram ser adequadas para isolar os indivíduos suspeitos ou infectados, para a adequada separação dos sintomáticos respiratórios e dos atendimentos às demais linhas de cuidado.

A assistência social não conseguiu evitar as situações de falta de alimentos e fome, principalmente nos momentos de bloqueio fluvial e de vias automotivas, as medidas de isolamento e barreiras sanitárias, em geral, ficaram a cargo das próprias comunidades e não foram suficientes para conter os fluxos de moradores e de exploradores (madeireiros, garimpeiros etc.).

Quando foi instituído o auxílio social governamental, que se deu apenas em forma de um auxílio financeiro, inicialmente no valor de seiscentos reais e depois

em quantias progressivamente menores, observamos um rápido e descontrolado deslocamento das populações aos municípios, para retirar a quantia nas agências de bancos, expondo os indivíduos à contaminação pelo coronavírus e piorando a situação sanitária.

A vacinação da quase totalidade da população indígena pelas equipes do entorno de Manaus tem reduzido a incidência de casos graves de coronavírus e desde então, percebemos a queda ainda mais intensa de óbitos entre os vacinados.

A baixa adesão dos indivíduos às medidas de prevenção e isolamento foi habitual, a isso podemos associar a divulgação insuficiente de conteúdos informativos estimulando tais medidas e a circulação de um alto número de conteúdos as desestimulando, principalmente pelo envio de mensagens nos telefones celulares, nas redes sociais e até em redes institucionais. Para somar a este quadro extremamente desfavorável às equipes que se dispunham a tentar trabalhar diante de uma emergência sanitária, acompanhamos muitos casos em que os medicamentos adequados para tratamento de infecções secundárias, medicamentos injetáveis, os cilindros de oxigênio e os insumos para monitoramento dos sinais vitais, apresentaram alta flutuação na disponibilidade, nas aldeias e polos de saúde, durante boa parte da primeira onda de infecções e em diversos outros momentos, usualmente disponíveis tardiamente e em quantidade insuficiente.

Amanhã reluzirá, isso é seguro, tocando a vida em frente

O encontro da educação com a saúde sobre o qual refletimos nesse ensaio, a supervisão acadêmica do Programa Mais Médicos em áreas indígenas, nos acena diferentes questões sobre os desafios da formação, em tempos pós DCN do curso de medicina e como reencontro com as políticas para a mudança na formação. A primeira delas é a importância em si mesma dessa conexão, que permite atualizar as práticas e metodologias de formação pelo mergulho nas questões cotidianas do trabalho. O encontro local-global (FRENCK *et al.* 2010) se expressa como a aprendizagem situada, a interação radical entre a formação e o trabalho com o território e, por essa característica, a aprendizagem embasada no território. Um desafio significativo também é o conjunto de dificuldades institucionais e operacionais, como a descontinuidade das políticas e da ação institucional, que produz desestímulos e um certo ceticismo.

Enfim, há que se considerar: não há final possível para o nosso caminhar, apenas a certeza de continuidade. Se estamos hoje exercitando a possibilidade de refletir e escrever sobre a busca por melhores práticas profissionais nestes últimos anos, é porque acreditamos nelas. O que pode ser feito é seguir em frente e alimentar nossas esperanças de que os problemas se consumirão diante dos nossos esforços para o desenvolvimento de práticas de saúde cada dia mais reflexivas, humanas e transformadoras.

Vários foram os efeitos pedagógicos relacionados ao processo de criação e implementação do PMMB que podem ser identificados também nas narrativas aqui apresentadas. A movimentação e intercâmbio de profissionais pode, por si só, mobilizar a construção de práticas que necessitam partir de processos educativos e pedagógicos (como as políticas do SUS já nos indicavam ser importante). Tal fato é ainda ampliado, pois o programa assume deliberadamente em seus artigos legais a centralidade desta função formativa, ensino-serviço, pesquisa e aperfeiçoamento. Os eixos do programa, de formação para o SUS, ampliação da graduação e residência médica, mudança dos locais de formação e reorientação da formação, favorecem a produção de grandes efeitos pedagógicos.

A política de saúde representada pelo PMMB, portanto, indica movimentos de consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais aos cursos de saúde e de medicina (Brasil, 2014), propõem a mudança nas relações dos trabalhadores e o seu lugar, para mais que um técnico aplicador de protocolos, um indivíduo que realiza o trabalho de saúde diretamente no território, criativo, humano, em equipe e o compreende como mais complexo que as teorias e diretrizes existentes. Ao provocar essa percepção nos indivíduos e configurar os espaços de prática a partir dela, há o provável efeito de ampliação permanente de conhecimentos, percebendo o trabalho, o SUS e a atenção básica também como escola (FERLA, 2019).

A rotina médica direta nas aldeias e habitações, revelou um ambiente tumultuado e inconstante, cuja maior demanda é a manutenção dos insumos básicos para os programas prioritários de atenção à saúde e a manutenção de profissionais qualificados para implementar tais programas. Diversos problemas de saúde desassistidos no território puderam ser identificados e manejados pela presença chave de profissionais do programa mais médicos.

O sistema de atenção à saúde indígena, especialmente às populações que vivem na Amazônia, destaca-se com necessidades de extrema prioridade para investimentos e implementação de políticas públicas, considerando que hoje ainda é umas das áreas com os piores indicadores de saúde e de maior ausência de insumos e profissionais, impedindo a consolidação do direito de acesso à saúde e do direito pleno à vida.

No tempo presente, vivemos com mais velocidade, como descrito aqui anteriormente, podemos acessar com facilidade e rapidez diversos artigos, livros, protocolos e informações extremamente valiosas, aprender com elas em poucos meses o que antes seria extremamente trabalhoso e muito mais demorado. Dessa forma, porém, se existe a constatação de que avançamos conscientemente com rapidez no sentido de melhores práticas profissionais, melhores políticas de saúde, de práticas educativas significativas, transformadoras e possibilidades da produção de comunidades mais saudáveis, também é grande a velocidade com que a desinformação e as práticas retrógradas e degradantes podem alcançar.

Portanto, faz-se necessário preservar, trabalhar aonde for possível e unir aqueles indivíduos interessados em construir relações humanas mais harmônicas e equilibradas, em que viver pode ser algo agradável.

Referências

ARAÚJO, M. R. A. *et al.* **Prescrição pictográfica: uma estratégia facilitadora da adesão ao tratamento farmacológico.** Anais do XXI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1-17. 2018.

BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. **Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história.** In Parque indígena do Xingu: saúde, cultura e história, p. 295-295, 2005.

BRASIL, M. S. **Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 40, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Aidpi Neonatal. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. 2016.

BRASIL. PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Fundação João Pinheiro. **Atlas de desenvolvimento humano do Brasil de 2013.** Brasília: PNUD, IPEA, Fundação João Pinheiro, 2013.

BRASIL. Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. (2002, 6 fevereiro). Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. **Diário Oficial da União**, Seção 1, ano 139, nº 26, p. 46-49, Brasília-DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2020.

BRASIL. **Portaria do Ministério da Saúde nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2013.

BRASIL. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências, p. 8-11, 2014.

CAMPOS, G. W. D. S. *et al.* **Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família**. Hucitec, 2008.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras**. Trabalho, educação e saúde, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.

CECCIM, R. B. *et al.* **Dicionário da educação profissional em saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. (2004). **Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

COIMBRA Jr, C. E.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Editora Fiocruz, 2003.

DIAS, M. T. G.; TOASSI, R. F. C.; BUENO, D.; FERLA, A. A. **Quando o ensino da saúde percorre territórios: dez anos da Coordenadoria de Saúde**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. ISBN 978-65-87180-09-0. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/quando-o-ensino-da-saude-percorre-territorios-dez-anos-da-coordenadoria-de-saude/>

DIEGUES, P. L. S. C. *et al.* **Instrumento Diegues & Cristina: Norteador para a enfermagem no acolhimento da demanda espontânea**. In III Expo Saúde, Ribeirão Preto, categoria resumos de trabalhos. (pp. 86), 2016. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude27a202103.pdf>

FERLA, A. A. Programa Mais Médicos e desenvolvimento do trabalho: um efeito de educação permanente em saúde?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 23, e180679, 2019.

FERREIRA, D. D. M.; MARIA, I.; SOARES, R. **Tática para descomplicar a adesão ao tratamento farmacológico** por pacientes atendidos na Unidade de Saúde Ana Nery. No Município de União – Piauí, 2017.

FONTÃO, M. A. B.; PEREIRA, É. L. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: Reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, p. 1169-1180, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0387>

FREIRE, J. R. B. **Cinco ideias equivocadas sobre os índios. O saber construído a partir de nós**. Revista do Centro de Estudos do Comportamento Humano, n. 1, p 19-33, 2009.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an independent world. **The Lancet.**, n. 376, p. 1923-1950, 2010. Disponível em: <https://>

doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5

GARNELO, L.; PONTES, A. L. (org.). **Saúde indígena: Uma introdução ao tema**. Mec-Secadi. 2012.

GIRARDI, S. N. *et al.* **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde**. Belo Horizonte: Estação de pesquisa de sinais de mercado em saúde - Observatório de Recursos Humanos do NESCON/FM/UFMG. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>

HARZHEIM, E. *et al.* **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para atenção especializada: cirurgia torácica e pneumologia adulto**. 2016.

KOPENAWA, D.; ALBERT, B. **A queda do céu: palavras de um xamã yanomami**. Editora Companhia das Letras. 2019.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo** (Nova edição). Editora Companhia das Letras. 2019.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa. Health and Welfare Canada. 1974.

LÉVI-STRAUSS, C. **O feiticeiro e sua magia e a eficácia simbólica**. **Antropologia Estrutural**. 1975.

LUNA, W. F. *et al.* Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas remotas de Roraima, Brasil: relações entre médicos e Grupo Especial de Supervisão. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, n. 1, p. 1–14, 2019.

MARMOT, M. **Economic and social determinants of disease**. **Bulletin of the World Health Organization**, n. 79, p. 988-989, 2001.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, p. 2297-2305, 2010.

MINNER, H. (1956). **O ritual do corpo entre os Nacirema**. *American Anthropologist*, Arlington, p. 503-507, 1956.

MISSIONÁRIO, C. I. **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil**. Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional**, p. 2014-2023, 2013.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

RODRIGUES, D. A. *et al.* **Atlas de dermatologia em povos indígenas**. SciELO-Editora Fap-Unifesp. 2010.

ROLNIK, R. **Coleção Folha Explica**. São Paulo, 2001.

SCHEFFER, M.; CASSENOTI, A.; BIANCARELLI, A. **Demografia Médica no Brasil (2)**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina. 2013. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>

SMS RJ. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Coleção Guia de Referência Rápida – **Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção**. Versão Profissional. SMS Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf

TURNER, V. **Floresta de símbolos**. Niterói: EdUFF, 139, 2005.

YAMAMOTO, R. M. **Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira**. In Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira, 2004.

WEISSMANN, L. Multiculturalidade, transculturalidade, interculturalidade. **Construção psicopedagógica**, v. 26, n. 27, p. 21-36, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141569542018000100004&lng=pt&tlng=pt.

QWERT: POR QUE TEM QUE SER ASSIM?

Alessandro Rezende da Silva

Introdução

O paciente reclama da falta de comunicação dos profissionais de saúde. E o mesmo ocorre com os profissionais de saúde em relação aos pacientes gerando assim um ciclo vicioso de informação. Em contrapartida, as novas diretrizes dos cursos de saúde (medicina, enfermagem, farmácia, radiologia etc.) dispõem que a comunicação é um ponto crucial para ser entendida não como uma análise para a doença, mas uma questão de processo.

Nesse sentido, é preciso destacar que os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito laboral e profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.

Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo.

A atenção básica é o procedimento inicial que norteia as demais ações. Para tanto, a melhoria dos serviços de saúde como indispensável para uma resposta efetiva à dupla carga de adoecimento de países de média e baixa renda requer a melhoria dos serviços de saúde. O pedido por gerenciamento de saúde mais eficaz implora por um entendimento da complexidade populacional, demográfica, social, econômica etc.

De acordo com dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH, no período de 2013 a 2015, a principal causa de internação foi a classificada no CID-10: gravidez, parto e puerpério, totalizando 150.636 internações, que representa 28% do total. As lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, como classifica o CID-10, alcançaram a segunda principal causa de internação, cumprindo 9,6% do total das causas.

Em continuidade a essa problemática aparece em terceiro lugar entre as principais causas de internação por capítulo do CID-10, totalizando 25,2% destacam-se as doenças dos aparelhos respiratório, circulatório e digestivos. Aqui estão incluídas as pneumonias, as doenças isquêmicas do coração, insuficiência cardíaca. Abaixo, a tabela 1 especifica as principais causas de internação no período de 2013 a 2015, de acordo com o CID-10:

Tabela 1. Principais causas de internação por classificação CID-10, 2013 a 2015

Causas de Internação (por capítulo CID-10)	Total do Período 2013-2015	%
Gravidez, parto e puerpério	150636	28,0%
Lesões eventuais e algumas outras consequências de causas externas	51463	9,6%
Doenças do aparelho respiratório	46706	8,7%
Doenças do aparelho circulatório	45815	8,5%
Doenças do aparelho digestivo	44900	8,3%
Doenças do aparelho geniturinário	32381	6,0%
Neoplasias (tumores)	28443	5,3%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	22405	4,2%
Algumas afecções originadas no período perinatal	22201	4,1%
Doenças do sistema nervoso	16519	3,1%

Fonte: TABWIN/DATASUS/MS – dados gerenciados pela Gerência de processamento de informações ambulatoriais e hospitalares, GEPI/DICS/SUPLANS/SES-DF

Os dados apresentados na tabela 1 demonstram que o cuidado com a saúde deve unir diversas correntes: pacientes, profissionais e Instituições. Como muito propagando, o excesso de peso ou Índice de Massa Corporal (IMC), além de classificar o indivíduo com relação ao seu peso, é um indicador de risco para a saúde e pode ocasionar diversas complicações metabólicas. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), para calcular o $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura (m)}^2$. Dessa maneira, o IMC deve ser igual ou maior 25 kg/m². Em casos em que o IMC seja igual ou maior que 30 kg/m², a pessoa é considerada obesa. O excesso de peso cresceu na população brasileira: passando de 42,6 % em 2006 para 53,8% em 2016. Isso representa um crescimento de 26,3% em 10 (dez) anos.

De acordo com a OMS e do Ministério da Saúde, a frequência da obesidade é semelhante entre os sexos, partindo da comparação entre 2006 e 2016 (tendo como base o IMC). Toda essa complexidade de informações e de cultura deve ser levada em consideração para uma política nacional de humanização da atenção e gestão em saúde: “Aliada à indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade” (BRASIL, 2009, p. 4.).

Para tanto, é preciso provocar resultados diferentes como os atuais ao propor aos coletivos e equipes práticas de superar limites e experimentar outras maneiras de organização de serviços e novos modos de produção e circulação de poder. Uma das soluções é estabelecer e oferecer métodos alicerçados na formação: generalista, humanista, crítica e reflexiva. Para fortalecer a arguição, as Resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Educação Superior (CES) instituíram as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em saúde estabelecendo que estes profissionais ser formados com base nas seguintes competências e habilidades gerais:

- **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades

para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

- **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

De acordo com Brasil, o termo humanização na saúde pode compreendido “como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde”. Para que esse cenário seja concretizado, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos precisam se tornar uma realidade. Contudo, o sentido *strictu* de protagonismo tem uma relação direta com os conceitos de democracia.

Duas habilidades e competências desenvolvidas nos cursos de graduação em Ciências da saúde são: “Conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnicos-científicos e a participação na produção de conhecimentos; lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde”. O crescimento profissional e o desenvolvimento de uma nova realidade para a saúde passam uma compreensão maior sobre os critérios necessários para o aperfeiçoamento.

Jamais se pode perder de vista que o Brasil é um país que foi colonizado e que esta situação traz transtornos e que é preciso buscar medidas para sanar essa estrutura escravagista. Ao entender que a função social é um conjunto de operações pelas quais uma das formas estruturadas da vida social se manifesta. Com a divisão do trabalho social, o número das funções organizadas em serviços a cargo de grupos sociais particulares tende a aumentar. Essas noções de funcionalidade e disfuncionalidade são bastante equívocas: pode tratar-se de ajustamento recíproco entre as partes ou a adaptação das partes a uma estrutura parcial ou global e ao sistema de valores dominantes que a caracteriza. Tal aparelhagem conceitual corre o risco de reduzir o essencial da vida social. Para um melhor entendimento sobre esses mecanismos, é primordial compreender a teoria do funcionalismo, que não se faz necessário para este trabalho.

No entanto, objetiva-se destacar duas realidades diferentes e que não podem ser confundidas: fenômeno e processo. Fenômeno vem do grego e significa: o que aparece, o que se deixa ver. Um fenômeno é, em geral, tudo o que se mostra, tudo o que aparece com evidência à percepção dos sentidos ou à consciência. A palavra designa todos os fatos verificados que ninguém contesta e que constituem o objeto material de diversas ciências. Na linguagem sociológica, a palavra “fenômeno” aplica-se a uma realidade social qualquer na medida em que seja evidente a todos, objetiva, não contestável.

Já para a palavra processo, esta vem do latim *procedere*: avançar (progredir). Termo geral utilizado para designar um conjunto de fenômenos em evolução. Considera-se que o processo (processos) se organiza simultaneamente no tempo e em ação ou em marcha, em desenvolvimento, em movimento de progressão ou de regressão. O processo social no sentido lato inscreve-se na estrutura social, com a qual constitui um binômio dialético em que a ação do processo modifica a estrutura, a qual, por seu lado, condiciona o processo.

Dessa maneira, pode-se perceber que há diversas versões sobre o mesmo acontecimento assim como haverá discussões sobre o que é uma política pública de governo e uma política pública de Estado. Para a UNESCO o Brasil passa por uma epidemia de dengue enquanto para o governo brasileiro, houve um surto da doença.

Modalidade	Característica
Surto	Acontece quando há um aumento inesperado do número de casos de determinada doença em uma região específica.
Epidemia	Uma epidemia irá acontecer quando existir a ocorrência de surtos em várias regiões.
Pandemia	A pandemia, em uma escala de gravidade, é o pior dos cenários. Ela acontece quando uma epidemia se estende a níveis mundiais, ou seja, se espalha por diversas regiões do planeta.
Endemia	A endemia não está relacionada a uma questão quantitativa. É uma doença que se manifesta com frequência e somente em determinada região, de causa local.

Para despistar essas interpretações e aumentar o grau de satisfação quanto aos diversos problemas enfrentados, nos últimos anos os institutos de pesquisas e diversos pesquisadores têm buscado elaborar indicadores mais sofisticados para medir a qualidade da democracia, tanto em países industrializados (democracias mais consolidadas) como em países em desenvolvimento (jovens democracias), de forma a realizar comparações entre os dados para melhor equalizar as informações. Assim, não basta somente observar os indicadores das eleições diretas como fator para determinar a qualidade da democracia. Indicadores como: Índice de Democracia Eleitoral (IDE) e o Índice de Apoio à Democracia (IAD) (PNUD, 2004) não são capazes de medir dimensões importantes da prática democrática, como a qualidade institucional, o comportamento dos dirigentes políticos, a satisfação dos cidadãos com a democracia, entre outros indicadores.

Um desses indicadores que podem ser utilizados como fatores de parâmetros são as ouvidorias. De acordo com Sousa (2017), e como um encaminhamento de demanda dos cidadãos as ouvidorias são parte integrante

do processo de democracia ao dispor ao indicador de satisfação dos cidadãos com as instituições públicas. Também poderia se acercar a essa discussão o comportamento dos dirigentes políticos, uma vez que a função pública do ouvidor está regulamentada na legislação brasileira. De acordo com Giangrande (1997), os gestores são responsáveis pela interlocução entre a instituição pública e o cidadão que busca resolver seu problema e que, por isso, são chamados de ouvidores. Para amenizar as dificuldades encontradas na comunicação (que deveria ser facilitada para o cidadão) e, assim, evitar qualquer tipo de processos judiciais que atrapalham alcançar um bom indicador democrático.

As discussões sobre o conceito de democracia remontam às questões de representação, deliberação, delegação e participação, abordadas principalmente nos clássicos da Ciência Política. Sendo assim, a função do povo não é de coadjuvante. É ação principal, pois é o povo quem deve escolher quem tomará as decisões públicas. O sucesso das teorias elitistas na explicação da democracia consiste em reunir críticas acerca da impossibilidade do exercício da “soberania popular” em um contexto de sociedade de massas, impondo um método racional para escolher o sistema de governo e de representação política em que essa representação e o revezamento das elites no poder contribuem para a estabilidade do sistema democrático (AVRITZER, 1999).

A regulação para as ouvidorias entendido como um fortalecimento da democracia (entendendo sempre como um processo e não um fenômeno), o amparo jurídico que estabeleceu os mecanismos de procedimentos, que estão caracterizados na Resolução Normativa (RN) 323/2013 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para os casos de saúde, de 01 de outubro de 2013. De acordo com Sousa (2017), as Operadoras de Planos de Saúde (OPS) tem de desenvolver canais próprios e protocolos específicos de atendimento para fortalecer as ouvidorias. Além de destacar uma equipe de trabalho que esteja compatível com o fluxo de demandas para o setor.

Sousa (2017) fez uma análise sobre as demandas recebidas em 2014 pela ANS e SUS, subdividas por natureza de comunicação demonstrando que a maioria dos contatos com as ouvidorias ocorre por meio telefônico e internet: 67% dos casos notificados ocorreram por telefone, 22,1% por internet e 10,5% por carta (SOUSA, 2017, p. 13). Para os casos analisados pelas ouvidorias, o assunto gestão

caracterizou como o de maior incidência representando 25,3% das reclamações registradas. Essa demanda enaltece a insatisfação com o profissional de saúde.

Como descrito anteriormente, as diretrizes educacionais estabelecidas e implantadas nos cursos de saúde têm como base melhorar os indicadores de desenvolvimento da área de saúde. É notória essa insatisfação justamente pela juventude da democracia brasileira. São 32 anos desde o fim da ditadura e segue o processo de fortalecimento da democracia. Para Neto e Vieira (2014), o ambiente educacional superior formado pelas Instituições de Educação Superior (IES) que abrange: Universidades, Faculdades, Centro Universitários e Institutos, deve sempre primar pela qualidade do contraditório. Segundo os autores: “a universidade contemporânea não pode perder as características de seu papel histórico, sobretudo quanto a ser a principal instância crítica de uma sociedade, responsável pela geração do conhecimento e formação de novas gerações” (NETO; VIEIRA, 2014, p. 15).

Para Dahl (2009), é preciso entender que quanto maior a unidade democrática (Estado), maiores serão seus problemas a serem resolvidos. Em contrapartida, quanto menor a unidade democrática, mais fáceis são suas soluções. Para o autor, os controles mais próximos potencializam para a participação do cidadão e deixa menor a necessidade de que os cidadãos deleguem as decisões do governo a representantes.

Em contrapartida, “quanto maior a unidade democrática, maior sua capacidade de tratar de problemas importantes para seus cidadãos e maior a necessidade de os cidadãos delegarem as decisões a representantes” (DAHL, 2009, p. 123). E completa: “A lei do tempo e dos números: quanto mais cidadãos uma unidade democrática contém, menos esses cidadãos podem participar diretamente das decisões do governo e mais eles têm de delegar às outras, essa autoridade (DAHL, 2009, p. 125).

Dessa maneira, entendendo que as diretrizes dos cursos das Ciências da Saúde estabeleceram 06 competências e habilidades para fortalecer os mecanismos democráticos, é primordial que se entenda que essas diretrizes requer a compreensão para os desafios contemporâneos nas democracias. Não é possível fazer um destaque de quais das competências e habilidades são primordiais para o sistema educacional em saúde. Todos são componentes de um sistema que continua em processo, desde que não analisado por fenômenos.

Como demonstrado nas ouvidorias, todos os sistemas de saúde ainda carecem de uma comunicação eficiente e que se observado qualitativamente, o maior número de reclamações direciona-se ao profissional de saúde. As IES devem estar atentas às demandas do setor e os órgãos fiscalizadores, *accountability* verticais e horizontais, somente farão sentido com as prestações de contas aos cidadãos. E não pode ser entendida como uma prestação de contas do cidadão aos órgãos fiscalizadores, como ocorre em períodos ditatoriais.

Com a evolução dos conceitos sobre modernidade, pós-modernidade e hipermodernidade, as ciências da saúde não podem perder os seus princípios metodológicos e de atuações que se baseiam em: exames clínicos, exames laboratoriais, anamnese, sondagem e testes. Nestes casos é essencial manter sempre ativo o princípio, descrito nas diretrizes de cursos, da comunicação: “os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação”.

É preciso aprimorar os meios de controle da ação humana e voltar a um entendimento maior do papel do profissional em saúde e suas responsabilidades para garantir a dignidade humana, como juramento profissional. A modernidade trouxe um novo cenário para a humanidade: a busca pela rapidez e a internet é a representação desse cenário.

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) correspondem a todas as tecnologias que interferem e intermedeiam os processos informacionais e comunicativos entre as pessoas. Esses mecanismos podem ser interpretados como um conjunto de recursos tecnológicos integrados entre vários setores que proporcionam uma atualização entre hardware, software e telecomunicações. Com uma maior automação para a comunicação dos processos de pesquisas científicas e de ensino e aprendizagem.

Para um melhor esclarecimento sobre essa necessidade de comunicar, Habermas enfrentou diversos dilemas da sociedade ao demonstrar que a comunicação é algo primordial para a vida em sociedade. A dominação do homem sobre a natureza converte-se em dominação do homem sobre o homem, quando

o mundo é observado e administrado em nome da técnica em contraponto a explosão da desrazão no meio da sociedade de consumo esculpida pela indústria cultural. Para Habermas há uma confusão de entendimento de processo de modernização capitalista (alicerçado na razão instrumental, como sendo a própria racionalização societária). Dessa maneira, a racionalidade da ação é contraposta aos poderes irracionais como: carisma, arte e o amor (HABERMAS, 1987, p. 150).

Segundo Habermas:

Através dos meios dinheiro e poder, os subsistemas da economia e do estado são diferenciados fora de um complexo institucional estabelecido dentro do mundo da vida; surgem domínios de ação formalmente organizados [grifo do autor] que, em última análise, não são mais integrados através dos mecanismos de entendimento mútuo, mas que se desviam dos contextos do mundo da vida e congelam-se num tipo de sociabilidade livre de normas. Com essas novas organizações surgem perspectivas sistêmicas, das quais o mundo da vida é distanciado e percebido como um elemento do meio ambiente do sistema. As organizações ganham autonomia através de uma demarcação que as neutraliza frente às estruturas simbólicas do mundo da vida. Tornam-se peculiarmente indiferentes à cultura, à sociedade, e à personalidade. (HABERMAS, 1987, p. 307).

Quando o Ministério da Educação, o Conselho Nacional de Educação e a Câmara de Educação Superior se propuseram a desenvolver as diretrizes dos cursos das Ciências da Saúde, o objetivo era desenvolver mecanismos para que o atendimento ao cidadão fosse o ato e posicionamento institucional/profissional venha a prevalecer sobre qualquer outra maneira de entendimento.

As Ciências da Saúde são áreas de estudo relacionadas com a vida, a saúde, a doença e por isso incluem a medicina humana, a biologia, a naturologia, a enfermagem, as análises clínicas, a radiologia, a nutrição, a farmácia, a odontologia, a psicologia, a biomedicina, a educação física entre outras áreas do conhecimento que se preocupem com a existência. Sinteticamente, a sociedade pode ser vista como “complexos de ação sistematicamente estabilizados de grupos socialmente integrados” (HABERMAS, 1987, p. 152).

Mas isso somente será possível se os mecanismos de ação estiverem interligados com os fenômenos e processos para compreender que nada pode ser

analisado separadamente. Que as relações de forças e poderes estejam bem calçadas na relação de coletividade. A evolução social baseia-se na racionalização do mundo da vida que se dá através da sucessiva libertação do potencial de racionalidade contido na ação comunicativa e no qual a ação orientada para o entendimento mútuo ganha cada vez mais independência dos contextos normativos. Em virtude disso, cada vez maiores demandas são feitas sobre o meio básico da linguagem cotidiana, o qual sinaliza uma sobrecarga e, naturalmente, será substituído por meios diretores do dinheiro/poder oriundos da esfera sistêmica (HABERMAS, 1987).

Como apontou Sousa, as ouvidorias precisam ser mais bem entendidas e que seus mecanismos de atuação não podem estagnar no tempo como a única ferramenta de demanda da sociedade. Que o cidadão que vá em busca de uma dignidade humana e que seja acolhido nesse princípio. Para Costa, para um bom funcionamento das ouvidorias é preciso que as instituições não estejam em desacordo para a prestação de serviço. O acolhimento das manifestações registradas por meio de reclamações, consultas, elogios ou de denúncias devem ser tratados de maneira isenta e independente.

Quando Habermas escreveu a Teoria da Ação Comunicativa (TAC) em 1981 foi amplamente pelo mundo quando percebida uma nova realidade em sociedade: a necessidade de comunicar em observância aos poderes constituídos. As categorias habermasianas fundamentais são:

- O mundo da vida (MV), onde se dá a busca comunicativa de consensos através da ação comunicativa.
- Os subsistemas dirigidos pelo meio poder (conceito próximo à esfera da política ou o Estado) e pelo meio moeda (idem mercado), onde ocorrem as ações estratégicas enquanto a busca de um comportamento útil no ouvinte, por parte do sujeito falante.
- A especificidade das relações entre o MV e os subsistemas dirigidos pelos meios, onde vamos encontrar a colonização e instrumentalização do primeiro por parte do segundo.

Esses três itens serão melhores estudados quanto a formulação das diretrizes nos cursos das Ciências da Saúde, os mecanismos de controle do Estado sobre a atuação dos profissionais de saúde (na representação das ouvidorias) e o processo de consolidação democrático (que pode ser interpretado na ação comunicativa

sobre o funcionamento e resolução de casos relatados nas ouvidorias). Todos esses fenômenos quando estudados separadamente requerem a necessidade para compreensão do processo de análise.

A discordância entre os dados analisados e interpretados por duas agências distintas UNESCO e Ministério da Saúde sobre a disseminação da dengue, destaca que a ação comunicativa objetiva interesses diferentes. Algo estudado e interpretado sobre as diferenças entre o que seja “surto” não pode ter o mesmo entendimento sobre o que é “epidemia”. Neste caso um dos tópicos das diretrizes dos cursos na área das Ciências da Saúde ficou deficitário: administração e gerenciamento. A comunicação dos dados ainda não comprovou porque o governo brasileiro insiste em descrever que os casos notificados de dengue representam um surto.

Caso fosse o interesse, o processo cooperativo de interpretação, que tem como finalidade a obtenção de definições de situação que pode ser intersubjetivamente reconhecida. Tomando como base a TAC de Habermas, os contextos da situação podem ser ordenados de modo a se alcançar um acordo sobre o que os implicados podem considerar em cada caso como fato, norma válida ou vivência subjetiva.

Mas como o Brasil possui uma democracia jovem, é possível inferir que suas instituições ainda carecem de um amadurecimento ao estudar que nem sempre as pessoas certas estão nos seus devidos lugares por uma série de fatores. Avritzer destacou que uma das compreensões da teoria das elites é uma compreensão de que as elites necessitam de estar junto do poder para que haja uma estabilidade política local.

Dessa maneira, buscando a comunicação os sujeitos se entendem baseados em seu mundo de vida, que é formado por convicções de fundo, mais ou menos difusas, mas sempre passíveis de consensos. Em operações interpretativas, os membros de uma comunidade de comunicação esmiúçam o mundo objetivo e o mundo social que intersubjetivamente compartilham, frente aos mundos objetivos, e as correspondentes pretensões de validade do qual alguns agentes se servem em sua ação comunicativa para afrontar no seu mundo de vida as situações que em cada caso se moldaram como problemáticas, isto é, aquelas em que requer um maior e melhor detalhamento para se chegar a um acordo.

Essa é a realidade do mundo da vida em que as diretrizes dos cursos

das Ciências da Saúde objetivaram enaltecer. O mundo da vida é construído historicamente. A bagagem que cada indivíduo traz precisa ser interpretada conforme a cultura, que contribui e muito para a tomada de decisão como atenção à saúde; aceitar ou recusar determinada situação considerando como normal ou anormal dependerá dos fatores de liderança que a situação requer. A relação profissional-paciente foi construída historicamente com o objetivo do tratamento clínico com uma educação permanente.

A fala é o principal meio de comunicação entre duas pessoas e de maneira não institucionalizada, sem burocracias. O fato de haver tratamentos que fogem do convencional não pode ser interpretada como uma aberração, mas como uma busca de novos caminhos. Por exemplo, quando um paciente (não vou entrar na discussão entre paciente ou cliente) está em um atendimento no cirurgião dentista, a relação construída alicerçada na comunicação fica momentaneamente prejudicada porque o paciente está impossibilitado de exercer seu direito de fala por estar com a boca aberta. Neste caso, o cirurgião dentista exerce o domínio sobre o paciente, não apenas porque é quem detém o saber técnico, mas porque é quem domina o poder da fala (HABERMAS, 1987).

Para Habermas, quando sujeitos socializados participam em processos cooperativos de interpretação, fazem uso explícito do conceito de mundo. Nesses processos, a tradição cultural é categorizada no acervo cultural do saber quando os integrantes participam na interação ao extrair suas interpretações, ou ao converter seus objetivos na elaboração intelectual, como um projeto de pesquisa. O mundo de vida é analisado nos parâmetros intersubjetivos como um aporte para a ação comunicativa. Na ação comunicativa, os sujeitos participantes entendem-se acima dos limites dos mundos de vida divergentes, pois, com a visão de um mundo objetivo comum, orientam-se pela exigência de verdade, ou seja, pela validade incondicional de suas afirmações.

Habermas também se baseia na distinção que Austin faz entre “locuções”, “ilocuções” e “perlocuções”. Para este trabalho é o mais importante é destacar o processo de “ilocuções”. Aos atos ilocucionários muitas vezes se seguem ações consequentes do ouvinte, mas isso não quer dizer que o objetivo do ato de fala fosse perlocucionário. Quando existe um objetivo ilocucionário, o falante deseja que o ouvinte entenda o que diz e o aceite como verdadeiro. Se esse processo

provocar consequentes atos do ouvinte, isso se dá como obrigação que o ouvinte assume ao aceitar a oferta no ato de fala, a partir do consenso comunicativamente alcançado (HABERMAS, 2003).

Para finalizar a discussão, toda a modernização trazida com as diretrizes dos cursos das Ciências da Saúde possibilitou reavivar um debate que talvez estivesse adormecido que é o princípio da comunicação, ou seja, a necessidade em que os seres vivos têm em realizar a comunicação. Diagnosticar, fazer levantamento de dados, sugerir exames, promover rotinas tudo isso não fará sentido sem uma comunicação eficiente.

Referências

AMARO, I. da S.; MOROSINI, M. C. Avaliação, qualidade e responsabilidade social na educação superior: produções na CAPES e ANPED. In: **Anais...** Congresso Internacional de Avaliação. Gramado: Unisinos, 2013.

BRASIL. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAVALHEIRO. **Os desafios da universidade contemporânea**. São Paulo: Mackenzie, 2014.

COSTA, F. L.; FLEURY, S. Programa de Estudos e Pesquisa em Reforma do Estado e Governança: a ouvidoria como instrumento para a efetividade da ação Pública e a Promoção da cidadania. **Rev. Adm. Pública**, v. 32, n. 1, jan./fev. 1998.

CRUZ, C. A. da; CARVALHO, R. I. B. de. **A revolução na extensão universitária**. In: MACEDO, A. R. de. **O Impacto dos Centros Universitários no Ensino Superior Brasileiro 1997 – 2007**. Brasília: ANACEU, 2007.

DAHL, R. **Sobre democracia**. Brasília: Universidade de Brasília, 2009.

GIANGRANDE, V. O Cliente tem mais que razão – A importância do Ombudsman para a Eficácia Empresarial. São Paulo: Gente. 1997.

GRIBOSKI, C. M. **Regular e/ou induzir qualidade? Os cursos de pedagogia nos ciclos avaliativos do Sinaes**. 2014. 482 f., il. Tese (Doutorado em Educação) —Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

HABERMAS, J. **The theory of communicative action. Vol 2. Lifeworld and system: A critique of functionalist reason**. Boston, Beacon Press, 1987.

LARKIN, B. G.; BURTON, K. J. **Evaluating a Case Study Using Bloom's Taxonomy of Education**. AORN J, v. 88, 421–431, 2008.

MENG, C. Farmacoeconomia **Um Instrumento Para Tomada De Decisão**. 2008. Disponível em: [http://vanzolini.org.br/download/TCC_Miriam Meng 9,0.pdf](http://vanzolini.org.br/download/TCC_Miriam%20Meng%209,0.pdf).

MULGAN, G. **The process of social innovation**, v. 1, n. 2, 145-162, 2006.

NETO, B. G. A.; MARCONDES, R. C. **Os desafios da universidade contemporânea**. São Paulo: Mackenzie, 2014.

NETO, B. G. A.; VIEIRA, M. M. da S. Universidade contemporânea: desafios curriculares. In: NETO, B. G. A.; MARCONDES, R. C. **Os desafios da universidade contemporânea**. São Paulo: Mackenzie, 2014.

PNUD. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Uma Avaliação do Impacto Socioeconômico do Vírus Zika na América Latina e Caribe**. Nova York, EUA, 2017.

PRATT, D. D.; COLLINS, J. B.; SELINGER, S. J. **Development and use of the teaching perspectives inventory (TPI). Presented at the American Educational Research Association Annual Meeting**, Seattle, WA. Retrieved November 7, 2008. Disponível em: <http://www.one45.com/teachingperspectives/PDF/development1.pdf>

SANTANDER, C. U. Calidad de la democracia e Brasil. In: MOLINO, L.; PACHANO, S.; TOVAR, J. **Calidad de la democracia en América Latina**. Curitiba: CRV, 2017.

SOUSA, F. P. **Ouvidoria em serviços de saúde: uma reflexão sob a luz dos seus benefícios**. Faculdade LS, Brasília, 2017.

PEER INSTRUCTION: UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO LACUNA ZERO*

Ceres Murad

Introdução

A epidemia de coronavírus, em 2020, deixou 1,5 bilhão de estudantes fora das salas de aula em todo o mundo. A súbita transferência de atividades para os ambientes virtuais revelou maior ou menor facilidade de adaptação das instituições e dos alunos. Aferir o nível de aprendizagem desse imenso contingente de estudantes tornou-se um grande desafio. Na UNDB - Centro Universitário Dom Bosco, realizamos um trabalho de revisão desses conhecimentos, por meio de uma adaptação da técnica *Peer Instruction* (MAZUR, 2015), desenvolvida especialmente para esse fim, a PEER INSTRUCTION LACUNA ZERO (PILZ). Este texto descreve os pressupostos e resultados desse trabalho.

A técnica *Peer Instruction Lacuna Zero (PILZ)*, uma variação da técnica *Peer Instruction (PI)*, de Eric Mazur (2015), tem como objetivo oferecer aos alunos a oportunidade de avaliar seu domínio dos conceitos trabalhados ao longo de um bimestre de aulas remotas, antes da realização da prova bimestral, de forma a que professores e alunos possam ter uma visão panorâmica sobre a competência conceitual adquirida.

A PI não é uma técnica de avaliação, mas uma metodologia de aprendizagem com foco em conceitos, que franqueia a oportunidade de aprender mais e melhor com pares. “*Os objetivos básicos da Peer Instruction são: explorar a interação entre os estudantes durante as aulas expositivas e focar a atenção dos estudantes nos conceitos que servem de fundamento*”. (MAZUR, 2015, p. 27).

A abordagem conceitual proposta por Mazur na PI nos pareceu apropriada para o nosso objetivo, uma vez que a prova bimestral seria constituída unicamente de problemas. Entretanto, utilizá-la com o propósito revisional demandou adaptações, em especial, em função da situação remota em que seria aplicada.

O termo *lacuna zero* foi escolhido para dar nome à técnica PILZ por representar uma varredura, conceito a conceito, dentre aqueles selecionados pelo professor como importantes para a aprendizagem da disciplina.

A aplicação foi feita em todos os 14 cursos de bacharelado, 178 professores e 3573 alunos, da UNDB, nas áreas de humanas, técnica e de saúde, com o propósito de detectar lacunas na aprendizagem dos alunos e tratá-las com a ajuda de pares. Foi programada a ***Semana Peer Instruction Lacuna Zero***, antes das provas, em que todos os professores realizaram a revisão de conceitos com a técnica.

Pressupostos Teóricos

Por que *Peer Instruction*? O grande potencial da atividade em pares (LAENERTIS *et al*, 2003)¹; (C.Y. CHOU, 2015)², é o de suscitar a discussão, a interação com iguais, estimular a demonstração do raciocínio próprio e da possibilidade de avaliar o argumento contrário, de colegas, de forma a refinar conceitos. Aqui está presente o princípio piagetiano (PIAGET, 1989)³ de que, quando um parceiro mais experiente fala, o aprendiz não duvida; já com o parceiro de igual competência, ele discute porque duvida, e nisto reside a riqueza desse modo de aquisição de conhecimento, que se dá em idas e vindas, como propõe Piaget, no seu conceito de assimilação e acomodação (id. *ibid*).

A PI potencializa, ainda, o uso de habilidades metacognitivas (JONES *et al.*, 2012)⁴, de gerenciamento da própria aprendizagem pelos alunos, mais ainda necessárias em um momento em que estão literalmente sós em casa, o que pode impulsionar a autonomia.

MAZUR (2015)⁵ relata resultados positivos em relação à motivação, pela possibilidade de o aluno acompanhar o próprio progresso e compará-lo ao dos demais, em testes bem objetivos e em curto espaço de tempo.

A técnica PI trabalha na Zona de Desenvolvimento Proximal - ZDP (VIGOTSKY, 1978)⁷ quando a apuração de questionários afere entre 30% e 60% de aprendizagem. A presença de pares com nível de habilidade próximo teoricamente permite que sirvam de *scaffolding* (andaimes) (BRUNER, 1983)⁸ para os demais.

A PILZ conduzida neste estudo é um procedimento de avaliação formativa, uma situação de avaliação, de coleta de dados sem a pressão da nota. A plataforma *on-line*, permite que, tanto professores como alunos, possam documentar-se sobre as lacunas de aprendizagem destes (ACEVEDO, 2020)⁶.

É regra da UNDB que toda unidade de ensino deve ser precedida de *Flipped Classroom* (BERGMAN; SAMS, 2012)⁹, que é um perfeito encaixe à *Peer*

Instruction, na medida em que esta depende da transferência de informação antes do momento da aula.

Neste caso de revisão de conteúdos, as próprias aulas ministradas pelo professor podem ser consideradas como estudo prévio para a Semana *Peer Instruction* Lacuna Zero. Vale notar, entretanto, que o aluno teve acesso a esse material em diferentes momentos do bimestre e não necessariamente nos dias que antecederam a aplicação do PILZ.

A técnica

A primeira etapa foi um trabalho de formação de professores, com a apresentação da variação *Peer Instruction Lacuna Zero*, seguida de perguntas e respostas e um *workshop on-line* sobre os aplicativos a serem utilizados -- o Socrative, para apuração dos questionários, e o Zoom, na funcionalidade Breakout Rooms, para os debates.

Passos da técnica:

1. Para elaborar um questionário conceitual *lacuna zero*, o professor elabora perguntas baseadas nos conceitos fundamentais do módulo a ser avaliado nas provas, selecionados no seu plano de ensino. As 10 questões devem estar amarradas na ementa e conteúdos que são essenciais à disciplina.
2. As perguntas são conceituais, devendo suscitar reflexão e propiciar algum debate. As provas serão compostas unicamente de situações-problema ou minicases.
3. De posse do questionário, o professor faz uma rápida apresentação dos temas, aplica o questionário inteiro e apura os resultados.
4. O aplicativo a ser utilizado deve ser, preferencialmente, o Socrative, com questões do tipo múltipla escolha, certo ou errado e resposta curta.
5. A apuração considera como parâmetro questionários de alunos com 7 acertos. Para apuração, o professor extrai a média ponderada da aplicação e efetiva uma das seguintes ações:

- a) Caso atinja o percentual superior a 70% de questionários de alunos com 7 acertos, pode avançar a etapa de finalização, com curta explanação sobre cada questão, por ele próprio.
 - b) No caso de resultado inferior a 30% de média ponderada (30% de questionários de alunos com 7 acertos), o professor os seleciona os conceitos com menor número de acertos (apontados pelo relatório do Socrative) e os reexplica. Da sua fala, o aluno deve depreender as respostas, mas esta não deve ser uma resposta textual. Em seguida, o questionário é reaplicado.
 - c) Caso a apuração tenha resultado entre 30% e 70% de questionários de alunos com 7 acertos, é realizada a discussão em grupo (ou duplas). Nesse caso, as questões com mais acertos não são identificadas, todas são discutidas. Em seguida, o questionário é reaplicado.
6. Os mesmos procedimentos da apuração são realizados após a segunda aplicação do questionário, até a turma atinja mais de 70% de questionários com 7 acertos.
 7. O professor deve exibir as questões, em tela compartilhada, durante o debate on-line.
 8. Ao fechar a aula, o professor pode fazer uma avaliação geral do desempenho da turma ou reexplicar algum conceito com mais erros.
 9. As respostas das questões são mostradas aos alunos após a discussão em grupo que for seguida de apuração acima de 70% de questionários com nota 7.
 10. É vedado exibir à turma o desempenho individual de alunos de forma nominal. Resultados não coletivos devem ser apresentados/entregues individualmente.

Tempo:

1. 30 minutos para resposta individual ao questionário todo - com supervisão do professor sobre quem está respondendo e quem está com dificuldade, em tempo real, pelo Socrative.

2. 35 minutos para o trabalho de grupo - revisão de todo o questionário pelos grupos de 4 ou duplas.
3. 15 minutos para a 2ª resposta - após o debate em grupo.
4. 10 minutos para fechamento da atividade pelo professor.

A técnica foi calculada para um tempo de 90 minutos. Nas sessões com menos tempo, o recurso sugerido é enviar o questionário pela plataforma Google Classroom, para ser respondido pelos alunos antes da aula, com tempo livre. Em caso de conteúdos mais extensos, podem ser elaborados dois questionários de 10 questões, utilizando-se duas sessões de 90 ou de 60 minutos.

Análise de dados

Foram coletados dados por meio de questionários enviados a todos os alunos e professores da IES, pelo Google Forms, na plataforma Google Classroom. Responderam, no prazo estipulado, 90 professores e 215 alunos.

A amostra contou com alunos de quase todos os cursos (sem respondentes apenas de fisioterapia e engenharia de produção) e de todas as áreas. Participaram alunos de todos os períodos, com menor adesão dos concludentes.

A amostra de docentes proveio de todos os cursos. 28,9% eram de Odontologia; 2,2% de Engenharia de Produção e, em torno de 10%, de cada um dos outros cursos. As respostas excedem 100% por haver professores que dão aulas em mais de um curso.

Para avaliar a adesão dos alunos, foi considerado o número de acessos à atividade (80% de média de acessos nos cursos) e comparado ao acesso a Aulas (58,5%), Case - 1ª avaliação (83%) e Prova Bimestral- 2ª Avaliação (92%). A revisão PILZ se equiparou ao número de acessos das avaliações, sugerindo interesse e envolvimento dos alunos.

Os dados quantitativos coletados foram referentes, em primeiro lugar, à aprovação da técnica como revisão:

Quanto à percepção de efetividade da técnica, 11,3% dos alunos consideraram muito efetiva; 46,3% bem efetiva e 32,9% razoavelmente efetiva. Na avaliação da experiência com pares (com notas de 1 a 5), 39,6% dos alunos atribuíram nota 4 e 34,3% nota 3. Em relação ao desejo de repetir a experiência, 56,5% responderam sim; 11,6% não

e 31,9% talvez. Esses dados revelam aprovação bastante elevada, com baixa rejeição à técnica.

Em relação aos professores, 44,4% consideraram a técnica bem efetiva como revisão, 37,8%, muito efetiva e 17,8% razoavelmente efetiva - uma elevada aprovação, com nenhuma opção não efetiva.

Os professores, indicam que a PILZ é melhor em comparação com outras metodologias ativas. 57,8% responderam sim, 37,8% em parte e 4,4% não.

As maiores *dificuldades* referidas pelos alunos com a aplicação da técnica PILZ, foram:

- O acesso à internet (69%) - um dado compatível com inúmeros relatos de experiências com ensino remoto, no período de pandemia;
- A dificuldade de concentrar-se (67%) - compreensível em alunos de ensino presencial, diante de atividades mediadas por tecnologia. Tal avaliação talvez possa ser transferida para as próprias aulas remotas, sendo razão possível para o absenteísmo nas aulas (58,5% de acessos em média). Esse é um interessante elemento a investigar em futuras pesquisas sobre esse tipo de ensino;
- A ausência às aulas/o não acesso (34%), dificuldade indicada pelos alunos, sugere ser oportuna a revisão. Essa avaliação pode ter sido, ainda, um momento de reflexão sobre a própria experiência com ensino remoto, ensejando essa autocrítica.

A maior parte das dificuldades apontadas pelos professores (Quadro 1) foi relativa à própria técnica, em especial à elaboração do questionário. As críticas às perguntas encontradas nos comentários dos alunos corroboram a ideia da dificuldade na sua elaboração.

Formular as questões conceituais, nem muito diretas, nem com redação muito complexa, de forma a ensejar problemas de interpretação por parte dos alunos, que comprometessem a avaliação, tornou mais complexo o processo, para professores habituados a elaborar, em grande parte, questões de avaliação práticas, aplicadas, como problemas ou *mini-cases*.

A importância do domínio teórico de conceitos proposta no trabalho de Mazur (2015), como forma de garantir uma aprendizagem mais transferível, é

digna de nota, embora essa avaliação conceitual não seja uma prática corrente entre o corpo docente deste estudo.

Os professores também apontam as dificuldades de conexão e tecnológicas como um dos grandes entraves (23,3%), dado compatível com a avaliação dos alunos. A terceira dificuldade mais referida foi conseguir a adesão de alunos. Essa adesão, entretanto, acabou atingindo um alto patamar, com 80%, em média, nos dias de aplicação da técnica.

Quadro 1. Dificuldades encontradas pelos professores na aplicação da técnica PILZ:

DIFICULDADES	N
METODOLÓGICOS	26
Elaboração do questionário	(7)
Compreensão das regras da técnica pelos alunos	(6)
Aplicação do questionário inteiro X questão a questão	(3)
Interpretação das perguntas	(2)
O debate	(2)
Tempo entre a aula e a aplicação	(1)
Ser aplicação remota	(1)
CONEXÃO OU PROBLEMAS COM O APLICATIVO	21
ADESÃO DOS ALUNOS	17
TEMPO DE APLICAÇÃO	6
NENHUMA	18
TOTAL	88

Os alunos apontaram, como *aspectos interessantes* dessa técnica, a metodologia de perguntas e respostas como revisão (69%), em oposição à tradicional rerepresentação de conteúdos pelo professor. Entretanto, em segundo lugar (53%) aparece a explicação do professor após a aplicação do questionário, revelando que essa ainda é uma forma de revisão apreciada. Os aspectos interessantes realçados pelos professores – interação, *feedback* instantâneo e engajamento dos alunos – estão quantificados no Quadro 2:

Quadro 2. Aspectos interessantes apontados pelos professores com a aplicação da técnica PILZ:

ASPECTO	N
INTERAÇÃO/DISCUSSÃO	30
VISUALIZAÇÃO DO DESEMPENHO FEED BACK INSTANTÂNEO	22
MOTIVAÇÃO/ ENGAJAMENTO DA TURMA	14
APLICAÇÃO COMO REVISÃO	1
METACOGNIÇÃO	4
OUTROS	8
TOTAL	79

Analisando os dados dos alunos, podemos notar a aprovação da experiência (Quadro 3).

Quadro 3. Comentários dos alunos sobre pontos positivos e negativos da técnica PILZ:

COMENTÁRIOS DOS ALUNOS	N
Positivos	42
Negativos	14
Neutros com sugestões	15
Comentário fora do contexto	1
Total de comentários	72

Alguns pontos podem ser ressaltados:

1. Os alunos aprovaram a revisão por meio de questionário conceitual. Acham prático, embora alguns desejassem questões mais diretas, menos discursivas, uma crítica à formulação das perguntas, compatível com um dado dos questionários dos professores, que revela o grau de dificuldade enfrentado por eles para elaborar tais questões. Outros alunos sugeriram, de forma compreensível, que fosse composto de questões-problema ou minicases, nos moldes das provas. Esse modelo, entretanto, se configuraria como um “treino para a prova”, o que é não o objetivo da revisão.
2. Os alunos gostariam de repetir a técnica quando da volta ao ensino presencial, embora um comentário aponte que “pode ficar raso” o nível de abordagem dos conteúdos. Essa é uma crença conhecida, dos críticos das metodologias ativas, vista, aqui, também, no ideário dos alunos.

3. Quanto à interação com pares, aprovada pela maioria, ainda enfrenta alguma resistência de alunos que preferem a explicação do professor (“a discussão tira tempo de explicação do professor”).

Os dados coletados nesta pesquisa avaliam a aplicação da variante da técnica *Peer Instruction (PI)*, de Mazur (2015), a *Peer Instruction Lacuna Zero – PILZ*, no período de ensino remoto, durante a pandemia de Covid-19, no primeiro semestre de 2020.

A variação PILZ difere da técnica original PI basicamente em dois aspectos: a aplicação e apuração do questionário inteiro e o uso da técnica como revisão de conteúdo.

A aplicação e apuração do questionário inteiro foi a forma de viabilizar a revisão do bimestre. A economia de tempo foi necessária nessas circunstâncias, por ser impossível fazer e desfazer salas *on-line*, na funcionalidade *Breakout Rooms* do Zoom, na forma questão-a-questão, proposta na PI, em uma sessão de 90 minutos.

Essa experiência deixou indícios de que aplicar e apurar o questionário inteiro, não revelando aos alunos quais respostas estavam certas ou erradas, pode tornar a técnica muito rica. Uma hipótese levantada é que, dessa forma, aumentando a dúvida, incrementa-se a discussão, deixando, ainda, ao próprio aluno a decisão sobre quais questões precisam ser mais debatidas, estimulando a autonomia de duplas ou grupos. Esse seria um tema para novo estudo sobre a técnica PILZ.

Esta pesquisa sugere que o uso da *Peer Instruction* para avaliar, com a variante PILZ, como forma de revisão conceitual de conteúdos, com base em debates com pares, é útil como preparação para uma avaliação baseada em problemas. Os dados permitem, ainda, inferir que essa dinâmica pode ser utilizada em qualquer disciplina ou semestre da graduação, no ambiente virtual.

Quanto à interação como forma de aprendizagem, é aprovada tanto por professores como pelos alunos. Entretanto, entre estudantes do ensino presencial, ainda é considerável o número de alunos que prefere a explicação direta do professor.

Finalmente, a aprovação de uma metodologia que tem o aluno como centro, a interação entre pares como pilar e um *feedback* contínuo e imediato como

balizador aponta para a abertura dessa comunidade acadêmica para a inovação metodológica, embora alguns alunos, e mesmo professores, continuem revelando preferência por processos didáticos mais tradicionais, como a explicação direta do professor (“com um pincel e um quadro eu resolveria rapidamente”).

Como muitas outras práticas na vida dos cidadãos, trazidas pela pandemia, essa é uma atividade que alunos e professores revelaram querer que se perpetue no ensino presencial. Incorporá-la, entretanto, ao cotidiano das Instituições depende da resiliência e da determinação do professor em oferecer oportunidades para que o seu aluno, revendo as próprias lacunas de aprendizagem, exercite suas habilidades metacognitivas como um caminho para o desenvolvimento da sua autonomia enquanto estudante.

Referências

ACEVEDO, Camila. <https://www.u-planner.com/es/blog/modalidad-online-desafios-ydecisiones>. Acesso 10/06/2020.

BERGMAN, Jonathan and SAMS, Aaron. *International Society for Technology in Education*, (2012) 120 páginas.

BRUNER, J. *Child's talk - learning to use language*. London/New York: W.W Norton & Co., (1983).

CHOU, C.Y.; LIN, P.H., *British Journal of Educational Technology* 46, 839 (2015).

LENAERTS, J.; WIEME, W.; VAN ZELE, E., *European Journal of Physics* 24, 7 (2003).

VYGOTSKY, L.S., *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes* (Harvard University Press, New York, (1978), p. 105.

MAZUR, Eric., *Peer Instruction: A Revolução da Aprendizagem Ativa*. Penso. Edição do Kindle, (2015).

JONES, M.E.; ANTONENKO, P.D.; GREENWOOD, C.M., *Journal of Computer Assisted Learning* 28, 477 (2012).

PIAGET, J., *Seis estudos de psicologia*. Trad. Maria A.M. D'Amorim; Paulo S.L. Silva. Rio de Janeiro: Forense, 1989. 146p.

PRECONCEITO E DESCONHECIMENTO NO ENSINO E NA ATENÇÃO: SAÚDE DA FAMÍLIA E A GENITORIALIDADE LGBT+

Mateus Pavei Luciano
Ricardo Burg Ceccim

Introdução

O desconhecimento, quando não o preconceito e a discriminação, em relação às diversidades sexual e de gênero está entre os principais desafios para um atendimento com equidade nos serviços de saúde. A reorientação do modelo de assistência médica centrada nas doenças e seu correspondente tratamento farmacológico para um modelo de atenção integral à saúde veio com a proposta da Estratégia Saúde da Família. Tal reorientação do modelo assistencial, entretanto, não se afastou da identificação de problemas de saúde e sua correspondente prescrição terapêutica.

Uma mudança de modelo requer intervenções de mudança no pensamento, nos olhos de quem vê, nos ouvidos de quem escuta, na pele de quem sente. Se a estratégia é de acolher, atender e cuidar como saúde da família, a formação e a educação permanente em saúde precisam colocar em causa a própria noção de família, mas não apenas para si (profissionais, equipes e serviços), também, na sociedade, inclusive como parte da própria intervenção em promoção da saúde.

A população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, assim como pessoas *queer*, agênero, gênero fluido, não-binários, pansexuais, intersexo, demissexuais, dois-espíritos e toda a busca por inclusão das mais variadas dimensões da construção dos pertencimentos sexuais e de gênero (LGBT+), historicamente e ainda hoje, é alvo de preconceitos, sofre discriminações quando constitui família e poucas vezes é pensada como família com filhos, inclusive próprios. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais⁶, publicada em 2011, foi um passo relevante na direção da maior equidade no acolhimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS),

⁶ A Política Nacional foi apresentada como de “Saúde Integral” de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”, modificamos para de “Atenção Integral à Saúde” de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”, enfocando o papel dos profissionais, equipes e serviços.

tendo em vista dissipar a discriminação, eliminar o preconceito institucional e reduzir as desigualdades no acesso e acompanhamento de necessidades em saúde.

Pesquisa recente, realizada junto ao atendimento de saúde de pessoas LGBTQ+ mostra que essa população tem menor acesso ao sistema de saúde, encontra um atendimento não humanizado, uma atenção discriminatória e resistente às questões da diversidade sexual por parte de profissionais da saúde, inclusive residentes de Saúde da Família que rejeitam cumprir carga horária no Ambulatório LGBTQ+ do SUS (AVELINO, 2022). Esse dado revela mais o preconceito e a discriminação que o desconhecimento dos profissionais em relação às necessidades de saúde da população LGBTQ+ e do atendimento a ela. Portanto, além da lacuna curricular nos cursos da área da saúde na abordagem dessas questões, há um problema na “educação da cultura” sobre a paternidade e a maternidade entre pessoas LGBTQ+. Se é essencial que haja formação e educação permanente para o atendimento integral e humanizado de pessoas LGBTQ+, incluindo cursos de graduação, residências e pós-graduação tendo em vista a Estratégia Saúde da Família, também é necessário fazer ver e acolher afetuosamente essas famílias.

A Portaria 2.836, do Ministério da Saúde, de 1º de dezembro de 2011, definiu os objetivos e as diretrizes da política de saúde à população LGBTQ+, incluindo a garantia de uso do nome social de travestis e transexuais, a prevenção de novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico-uterino e de mamas) entre lésbicas, mulheres bissexuais e homens transsexuais, como novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e mulheres transexuais, além do amplo acesso ao tratamento oncológico. Avelino (2022) estudou um Consultório Familiar no atendimento de pacientes externos em Hospital Maternidade na cidade de Mossoró, no Rio Grande do Norte e relatou o atendimento de pré-natal em homem trans casado com uma mulher trans. No caso desse serviço de saúde foi criada a Carteira do Gestante e o pesquisador elaborou tal material gráfico em registro manual replicando a Carteira da Gestante, onde a imagem era de um homem grávido e toda a linguagem de gênero estava no masculino.

A proposta de política nacional de saúde à população LGBTQ+ fala na eliminação do preconceito contra a população LGBTQ+, mas essa ação não se esgota ao setor sanitário propriamente dito. A Atenção Básica inclui o Programa Saúde na Escola, já as escolas, não sendo serviços de saúde, participam fortemente

de uma educação da cultura, onde a promoção da saúde se revela. A Atenção Psicossocial tem recebido a população LGBT+ em sofrimento psíquico cuja origem é a violência de gênero e contra a diversidade sexual, sugerindo que no caso de crianças e jovens cabe às escolas o melhor acolhimento e inserção social.

Se essa população de uma forma geral encontra dificuldades em ter garantido um atendimento em saúde equitativo e integral, dificuldades e constrangimentos são correntes na escola diante de crianças e adolescentes LGBT+. Todavia, dentre as dificuldades e constrangimentos sofridos pelas crianças e adolescentes também estão aqueles sofridos em decorrência do pertencimento a famílias LGBT+. Além do preconceito e discriminação das pessoas LGBT+, há a discriminação e preconceito para com filhos de pessoas LGBT+ e com a parentalidade ou genitorialidade LGBT+.

Embora a palavra corrente seja parentalidade, como referência à paternidade ou à maternidade, esse texto adota a palavra genitorialidade, onde seja possível evidenciar não apenas a responsabilidade parental (que poderia ser de avós, padrinhos, tios ou outros), mas a materialidade de uma vida ou família que gera ou dá origem a filhos, não apenas os cria ou se responsabiliza pela manutenção, cuidados e educação de crianças e adolescentes tratados como familiares íntimos.

O presente documento de escrita visa situar a genitorialidade LGBT+, dando-lhe um lugar de evidência e, portanto, de educação da cultura. Piccinini e Alvarenga (2012) reivindicam que a maternidade e a paternidade podem ser consideradas como fenômenos complexos, sendo objeto de estudo de muitos pesquisadores interessados no desenvolvimento infantil e na saúde psíquica de crianças e adolescentes. Acrescentamos a saúde materna e a saúde paterna dos genitores. Uma variedade de teorias e métodos de pesquisa estão em voga. Inúmeras ideias sobre a parentalidade têm sido divulgadas nos meios científicos e de comunicação, contudo, a genitorialidade LGBT+ é assunto novo.

Destacamos a importância de discutir tal “fenômeno” em meio à formação e educação permanente em saúde não apenas na graduação e pós-graduação em psicologia, mas na educação e ensino dos profissionais de saúde como um todo, tendo em vista a atenção básica, a estratégia saúde da família, a gestão da política de saúde à população LGBT+, o programa saúde na escola, a atenção psicossocial, a terapia comunitária e a psicoterapia de família.

Genitorialidade LGBT+ na educação: águas marginais

Pensar saúde e educação é pensar na potência de vida desses espaços, o encontro de vidas e diversidades que esses territórios de ação proporcionam. Importa reconhecer e escutar suas margens e interseções, o que está ali, no meio ou além, margeando a realidade heterocisnormativa. As relações de sexo e gênero com os contextos sanitário e educacional precisam ser reconhecidas como promotoras ampliadas de saúde ou geradoras de sofrimento por seu grande papel no desenvolvimento psíquico, cognitivo e social.

O cotidiano escolar possui relação permanente com as questões de gênero e sexualidade: as descobertas infantis, as experimentações adolescentes, as falas e os silêncios da instituição, ações sobre orientação sexual na escola, gestação na adolescência e situações envolvendo abuso sexual ou sua suspeita. Nestas águas e seus contornos ou entornos, compreendemos a necessidade de promover espaços de debate e construção das percepções de gênero e sexualidade. Sim, discutir teoria de gênero na escola e discutir diversidade sexual na escola. Contando com acolhimento e escuta de estudantes, com formação docente, com diálogo e discussão com famílias e comunidade, e com adequadas interações entre serviços de saúde locais e escola, a temática gênero e sexualidade contribui ativamente na proteção da subjetividade e no desenvolvimento cognitivo e afetivo.

É fundamental para a construção de uma sociedade mais acolhedora, respeitosa e humana que possamos compreender nossas escolas com potência de reverberar acolhimento e promover existências, onde possamos nos aproximar e conhecer o que está além do nosso olhar e do nosso ouvir normatizados e normalizados, o que está à, na ou além da(s) margem(ns) vigentes. Pensar em escola, em espaço educativo, em educação, em aprendizagem e em relações escolares e educacionais implica perceber a presença e a manutenção de preconceitos, assim como a necessidade de desconstruir vigências morais.

Qual tem sido o espaço da originalidade, da excentricidade, se não o lado de fora? O negativo, o não incluído ou o fora, entretanto, não são apenas *diferenças*. Devemos encontrar a força e a potência do diferir na desconstrução das vigências. O fora *maquina* pelas desconstruções da vigência, como numa guerra de expansão de território (sem invadir ou retirar território de outro).

Conforme Deleuze e Guatarri (2014, p. 15), “do ponto de vista do Estado, a originalidade do homem de guerra, sua excentricidade, aparece necessariamente sob uma forma negativa: estupidez, deformidade, loucura, ilegitimidade, usurpação, pecado”. Identificar, categorizar, oprimir, proibir, excluir, fazem parte do combate exercido pelos aparelhos de Estado. As máquinas de guerra, ao contrário desses aparelhos, querem a potência, a ressingularização permanente, as novidades que a vida pede. Loucura, pecado, deformidade: o que nos dizem, o que nos informam, de quem falam?

A escola é território que representa um todo, em uma intensidade que enlaça redes. Qual nosso modelo de escola e educação e, por conseguinte, os padrões e formatos de fazer e acontecer relações e processos de aprendizagem? Num movimento de contato dentro-fora/fora-dentro que catapulta ou captura a existência humana, encontra-se a sexualidade e na sexualidade a vida e morte, a pulsão, o encontro, o reconhecimento de si e do outro, o afeto, o desejo, a potência, o desenvolvimento humano.

Foucault (2014, p. 8) aponta que a sexualidade foi cuidadosamente encerrada dentro de casa com a imposição moral de uma família conjugal. A função de reproduzir ganhou voz, enquanto o sexo devia calar-se. Surge o casal, legítimo e procriador, como moral e lei, impondo-se como norma, verdade, direito e lugar de fala. Um único lugar é reconhecido como legítimo, legal e moral à sexualidade: o quarto do casal ou, mais particularmente, “o quarto dos pais”. O casal é heterossexual, o sexo é no quarto dos pais, o decoro e a decência reservam o sexo ao casal e à procriação, o recato das atitudes reserva o sexo ao casal e a decência preserva o sexo para a geração de uma família saudável e estruturada na relação pai, mãe e filhos. A genitorialidade, então, desponta como heterossexual, definindo os papéis de pai, mãe e filho. Este seria o decoro e a decência na criação das crianças.

Neste sentido, olhares e curiosidades, talvez em um desejo voyerista, percebam o não-heterossexual e a pessoa não cisgênero (as margens e seu desejar-viver). Homossexuais, bissexuais, transexuais, travestis: com filhos na escola? Com filhos como fetiche? Esses filhos tendo colegas de escola? Seriam estas presenças do externo, do proibido, do pecado e da loucura um corpo de acontecimentos na escola? Novas normas, novas legitimidades, novas leis e nova moralidade pedem curso?

Saúde e educação são espaços de políticas: das políticas públicas às políticas da vida. Aliás, é o que precisamos pensar, entender, compreender. No seio da escola tem sexualidades: masculinidades, feminilidades, heterossexualidades, homossexualidades, bissexualidades, transexualidades, travestilidades... Diversidades sexuais no seio da escola, não fora dela. Angelucci (2015, p. 18) nos fala da escola como lugar de reocupação do público, esfera de humanização e coletividade.

Guacira Lopes Louro, em sua fala na aula aberta de 30 de agosto de 2019 no Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, instiga: “o que é do menino, o que é da menina?”. Dialogando com a produção de Virgínia Woolf, Louro aponta para o quanto “homens e mulheres têm sido educados de formas diferentes ao longo do tempo” (LOURO, 2019a). O que é do menino/da menina não heterossexual e/ou não cisgênero? Dos meninos/meninas não binários? O quanto meninos e meninas vêm sendo educados a partir de um padrão heteronormativo e, sobretudo, cisgênero! Sabemos o quanto somos classificados a partir de nossos corpos, mas ser “homem” e ser “mulher” é mais que ser uma expressão corporal. Virgínia Wolf, segundo Louro (2019b), sugere uma reestruturação da educação de homens e mulheres: re-combinações.

Precisamos entender que gênero é um conceito que vem se modificando, mas que nenhum conceito dá conta das existências. Falamos de “existências” por não ser um processo individual. “Eu” posso viver e suportar, segundo minhas condições subjetivas, mas se a minha existência não é admitida, posso ser assassinado, emboscado, alvo de *bullying*, excluído de times e equipes, postergado em indicações e representações. Os conceitos se sofisticam, evoluem, mas não ressingularizam instituições. Não se dissemina aquilo que deve desarmar as moralidades conservadoras. Por quê? Como fazer?

Nesta direção, provavelmente, as respostas incluem a escola. A escola é um espaço essencial nas entranhas sociais (LOURO, 2019a). Conforme o documentário “Gênero sob ataque” (CLACAI, 2018), a educação é, sem dúvida, um eixo transformador e, acerca dos interesses religiosos e ideologias autoritárias e repressoras na educação, “nada é mais perigoso para seus propósitos, que uma educação livre”.

É urgente ouvir, escutar, pensar, questionar e ressignificar os olhares sobre o ser saúde e o ser educação. Entender de onde e como vêm as concepções e

medos do que é ser e viver saúde e educação em compromisso com existências, como promoção da vida, com liberdade de ser-sentir-querer uma vida afirmativa, generosa, inclusiva, plural. Reconheçamos a cobiça pelo espaço escolar e educacional como espaço de fronteira e guerra, a escola como aparelho de cooptar e a escola como enfrentamento às capturas.

Bento e Pelúcio (2012) lembram que discutir gênero (e sexualidade) é ocupar/desejar “um espaço de lutas marcadas por interesses múltiplos”. Espaço este, então, extremamente cobiçado. Poder e potência se encontram em sua captura e sua resistência. As autoras, enfatizando que os preceitos heteronormativos fundamentam os saberes científicos, convocam-nos a pensar sobre o que escrevem aqueles que discutem gênero e sexualidade na ciência. A partir de então: quem discute gênero e sexualidade na escola? Como se discute gênero e sexualidade na escola? Se discute? Se conversa? Se percebe?

Tendo a escola como um oceano de políticas e lutas, precisamos reconhecer a presença do estado e a “inclusão excludente”. Corporifica-se o gênero, patologiza-se e anormaliza-se a sexualidade visando a uma pseudoinclusão (inclusão do diferente, não a inclusão da diferença). Precisamos questionar todo um discurso de “coerência” – pensado e “desejado” – baseado na norma em que “o masculino e o feminino só se encontram por intermédio da complementaridade da heterossexualidade” (BENTO; PELÚCIO, 2012, p. 571).

O discurso na Saúde e na Educação tem se constituído também como discurso na escola? Os discursos presentes nas escolas ainda aprisionam? Em que pesem as discussões avançadas em Saúde e em Educação, precisamos reconhecer que uma mudança na cultura ainda se arrasta, carregando prejuízos à saúde mental e à saúde física, assim como violências, abusos, assassinatos e suicídios. Precisamos reconhecer a potência que o espaço escolar possui para incidir na cultura. Mulheres e homens (cis ou transgênero, homo, bi, inter, a ou heterossexuais) cresceriam e conviveriam mais saudáveis frente às suas questões sexuais se dispuséssemos de mais espaços de discussão nas escolas. Vivenciariamos espaços de convivência e desenvolvimento humano mais saudáveis se dispuséssemos de espaços de discussão sobre as diversidades de gênero e sexualidade nas escolas. O quanto viveríamos menos violências, principalmente contra mulheres e pessoas LGBTQ+, se de fato construíssemos diálogo e convivência sobre gênero e sexualidade nas escolas?

A escola precisa ser percebida como um espaço de encontro, de contato com a diferença e reinvenção pelo diverso. Um espaço que contata a vida em sua amplitude e toma a vida como potência, resistência e construção de uma sociedade mais humana. Como escrevem Ceccim, Ferla e Oliveira (2017, p. 15), sobre a urgência em vivermos espaços de ‘re-des-construção’ de vidas e corpos:

Lutar pela livre orientação sexual, livre expressão corporal de masculinidades e feminilidades; lutar pelo direito ao prazer com um corpo que sente e deseja; lutar por um corpo que experimenta e vive o querer-se; lutar por um corpo que pode afirmar sua diversidade e o prazer de singularizar-se, lutar tendo a posse do prazer, eis uma disposição pelo que e como lutar. O prazer como seleção de caminhos de luta e invenção de territórios, lutar em coletivos que nomeiam o prazer, defender o prazer, não ter medo do prazer. Prazer de poder ser. O prazer como cartografia de luta.

Ceccim (2018, p. 1762), discutindo ética na interprofissionalidade, apresenta um olhar muito especial sobre a resistência ao retomar aspectos de um aprender e um fazer a partir da diferença, em que:

[...] é por esta condição de abertura à diferença ou ressingularização que o aprender livre e criativo é “resistência”, e não “adaptação”. Resistência e “reexistência”; resistência como recusa às formas dadas e “reexistência” como invenção da existência. Resistir e existir, pois a recusa decorre de problematização dos saberes antecedentes (afeto de estranhamento) e invenção de outras formas de existir (cronogênese, invenção de mundo).

Contextualidades: águas para navegar, nadar, mergulhar

Se desejar é uma produção que se dá no próprio ato de pesquisar, como efeito sem causa que lhe seja anterior e na imanência dos campos fenomênicos em meio aos quais lhe seja anterior e na imanência dos campos fenomênicos em meio aos quais se desdobra, o pesquisar não implicaria um mergulho micropolítico neste campo problemático? (NEVES, 2015, p. 71)

Conforme o “pesquisar na diferença”, de Fonseca, Nascimento e Maraschin (2015, p. 10), precisamos buscar “vidências e não evidências”, precisamos descobrir e encontrar “[...] outros mundos coalescentes a esse nosso atual presente. [...] essa seria nossa busca de reconciliação com aquilo que ainda não foi trazido à superfície e que ainda jaz nos lençóis do tempo como espera e suspensão em busca de agenciamento”.

A partir de um olhar frente à diversidade sexual presente nos laços entre saúde e educação, faz-se urgente pensarmos nas pessoas LGBTQ+, mais especificamente nas famílias LGBTQ+, sua presença-ausência nos serviços de saúde e nas escolas. O reconhecimento e ativa aceitação (ou a negação) da genitorialidade LGBTQ+ na saúde e na escola, buscando mergulhar em “um caso de pesquisa que é constituído não como um problema a resolver, mas como o próprio problema que gera novas problematizações e novas perguntas” (FONSECA; NASCIMENTO; MARASCHIN, 2015, p. 12).

É importante reconhecermos a saúde e a escola como espaços que acolhem, rechaçam, escondem, negam ou destacam. Parece-nos que as instituições de saúde e escolares propõem a ausência – discursos como “não é necessário dar pinta”, “não é necessário revelar”, “não é necessário levantar bandeiras” habitam esses lugares. A produção e atualização do existir ficam veladas, quando não vetadas (ou vetadas, por isso, veladas). Seria possível discutir estes espaços a partir do conceito de liso e estriado, presente na obra de Deleuze e Guattari? Quando o serviço de saúde e a escola se fazem espaços lisos?

O espaço liso é um campo sem condutos nem canais. Um campo, um espaço liso heterogêneo esposa um tipo muito particular de multiplicidades: as multiplicidades não métricas, acentradas, rizomáticas, que ocupam o espaço sem “medi-lo”, e que só se pode explorar “avançando progressivamente” (DELEUZE; GUATTARI, 2014, p. 38).

A variabilidade, a polivocidade das direções, é um traço essencial dos espaços lisos, do tipo rizoma, e que modificam sua cartografia. O nômade, o espaço nômade, é localizado, mas não delimitado (DELEUZE; GUATTARI, 2014). Nesse sentido, pensamos na possibilidade e necessidade de alisarmos os

espaços estriados, deixá-los mais lisos (ou menos estriados), mais livres, mais sensíveis. Experimentar, criar, reinventar, agenciar, sermos mar, deixarmos de ser terra, navegarmos. E assim inventar novas possibilidades, novos espaços.

A situação é ainda muito mais complicada do que dizemos. O mar é talvez o principal espaço liso, o modelo hidráulico por excelência. Mas o mar é também, de todos os espaços lisos, aquele que mais cedo se tentou estriar, transformar em dependente da terra, com caminhos fixos, direções constantes, movimentos relativos, toda uma contra-hidráulica dos canais ou condutos. (DELEUZE; GUATTARI, 2014, p. 61)

Seria possível pensar um espaço-relação sanitário e escolar a partir da ruptura com a genitorialidade heterossexual? Pais e mães não heterossexuais têm filhos na escola? Como os trazem e buscam? São homenageados nos dias dos pais e das mães ou das famílias? E nos dias do Orgulho LGBT+?

Pensar a escola como espaço que acolhe ou marginaliza é pensar o que compõe e de onde vem a instituição escola, o que ela representa. Não seria, então, inventar um outro espaço? Parece-nos, por vezes, que encontrar uma escola insurgente é como encontrar uma agulha no palheiro porque está lá, pensamos que sim, há um mundo presente em uma agulha, mas não é a instituição que mudou. E o nômade, o nomadismo, o território e a territorialização como podem ser detectados?

Já que é para reconhecer o complexo, tanto do palheiro quanto da agulha e do que existe no agenciamento dos dois, podemos singularizar mais as questões LGBT+ e localizar pulsações políticas vividas no âmago da explosão parental: sim, há o casal com filhos, mas não é um par de cisgêneros, um casal heterossexual em uma união heteronormativa. Filhos, filhas, pais, mães, dois pais, duas mães: não famílias aparelho de Estado, mas famílias máquinas de guerra. Alunos, alunas, professores, professoras, genitores, genitoras, a comunidade escolar: quantas agulhas, quanto palheiro.

Quais agulhas, alfinetes, pregos, parafusos participam das engrenagens e concatenamentos de gênero e sexualidade na escola? Se a sexualidade é insurgente e a genitorialidade também, o que podemos encontrar? A escola acolhe ou discrimina, integra ou segrega, inclui ou dissimula? Como genitores LGBT+ escolhem a escola de seus filhos e a ela comparecem?

Se desejamos olhar a escola como este território/espço de encontro e diversidade, e absorver-observar-descobrir um recorte LGBT+ aos genitores isso nos leva a um novo mundo dentro de um mundo. Encontramos palheiros dentro de agulhas. Então, o que é um recorte? Voltamo-nos para o próprio espaço e, então, percebemos o não LGBT+ deste espaço. Percebemos a heteronormatividade nos discursos, nas performances, no território. Percebemos, então, a partir da ausência e do não existir do LGBT+, o não existir da genitorialidade LGBT+. Se nos perguntamos como este território “acolhe” e reconhece esta existência, o quanto estas subjetividades existem e compõem este território, parece-nos que, então, buscamos desvelar o quanto se faz presente esta ausência. O quanto a norma faz morrer esta existência. O quanto esta tradicionalidade não permite existir esta diversidade. Por quê?

Encontramos em Ailton Krenak (2019), um aconchego. As questões de Krenak nascem em outra demanda, nos falam da terra e da humanidade. Como nossa cultura recebe essa díade como coisas distintas e, então, lidamos com o desperdício dos sentidos, um divórcio das integrações e interações, a negação da vida em lugar do compromisso com a vida. O antropólogo indígena nos convida a reconhecer o conjunto das forças no mundo e critica o antropocentrismo. Pensamos no heterocentrismo assim, solapando as forças de afecção dos corpos que afirmariam existências diversas. Podemos despersonalizar e dessubjetivar esse lugar binário em nós, remover o sentido da genitorialidade como atributo exclusivo do casal heterossexual e, então, compor forças geradoras de mais vida?

Pensando nas famílias, segundo as genitorialidades LGBT+, questionamos o acesso ao sistema Saúde/Educação. Seria acessar um sistema que é “por natureza” heteronormatizado, para deseteronormatizá-lo? Não! Se pesquisadores e autores do campo educacional tratam de sugerir a introdução das teorias de gênero e sexualidade nos currículos escolares ou a inclusão da orientação sexual na escola como atividade pedagógico-educacional, percebe-se a ênfase no acesso a um conhecimento necessário. Contudo, levantamos, aqui, as relações diretas entre alunos, alunas, professores, professoras, pais e mães no ambiente da escola, das reuniões escolares, do compartilhamento dos ambientes de aprendizagem e ambientes de família. Quando os pais são pessoas LGBT+ não significa apenas inserir assuntos referentes a este tema da diversidade no currículo, contemplar

conteúdos curriculares ou criar uma matéria específica: é sobre o viver das relações, é afetar e ser afetado por olhos, olhares, ouvidos, escutas, toques, convites, escritas, desenhos, caronas, linguagens, piadas, xistes, xingamentos, elogios, comemorações, afastamentos...

As LGBT+fobias são o desprezo ao diverso, o desprezo às afecções que dessubjetivam e ressingularizam, a captura às identidades, mesmo que nefastas à vida em comum. Acreditamos na potência de encontro do diverso. Krenak (2019, p. 28) retoma: “em que lugar podemos descobrir um contato entre as nossas visões que nos tire desse estado de não reconhecimento do(s) outro(s)?”

O desejo do mergulho é a promoção de espaço e a participação na luta pelo reconhecimento das forças de vida na diversidade, mas, sobretudo, o encontro e acolhimento ativo dessas famílias e, portanto, dessas crianças e adolescentes, dessas vidas e dessas potências, acreditando que “nos encontros, os corpos ganham potência de produzir novos enunciados, sempre coletivos, inventando outros corpos, maquina[ndo] alegria e dor, engendrando outras subjetividades e seus próprios objetos” (NEVES, 2015, p. 70).

Foucault (2014, p. 14) alerta-nos (e desacomoda e incomoda e nos convoca):

Dir-me-ão que, se há tanta gente, atualmente, a afirmar essa repressão, é porque ela é historicamente evidente. E que se falam com uma tal profusão e a tanto tempo, é porque essa repressão está profundamente firmada, possui raízes e razões sólidas, pesa sobre o sexo de maneira tão rigorosa, que uma única denúncia não seria capaz de libertar-nos; o trabalho só pode ser longo.

Encontro e experimentação: mergulhar, banhar-se e afogar-se

Não se habita o mundo da mesma forma quando nos pomos a escutar o silêncio da noite, o farfalhar do vento nas folhagens, as ondas do mar quebrando nas praias ou a gaivota revolvendo a areia, ao final do dia, para dali catar algum resto esquecido e depois, em voo preciso, se afastar lentamente, como quem tem preguiça ou apenas não tem pressa para acompanhar o pescador em seu barco mar adentro (ARANTES, 2015, p. 93)

Precisamos navegar, apreciar a paisagem, o pôr-do-sol e o luar. Precisamos mergulhar. Adentrar o território escolar, com o objetivo de se deixar perceber a presença-ausência da questão LGBTQ+, imaginando e desejando possibilidades de escuta. Escutar as professoras e professores? Escutar as crianças, os adolescentes, os adultos? Escutar a direção, a equipe pedagógica? Escutar as salas de aula, as matérias, o recreio? Escutar o barulho que cala, o silêncio que grita? Escutar as famílias? Escutar a heteronormatividade? Escutar a LGBTQ+fobia? Escutar o preconceito? Escutar a diversidade? Escutar a resistência? Escutar a “reexistência”? Escutar o *bullying*? Escutar a dor? Escutar o amor? Escutar...

Uma escuta que nos leve para as famílias LGBTQ+. Onde estão? Quem são? O que sentem? O que percebem? O que desejam? O que reconhecem? O que escutam? O que silenciam? O que sofrem? O que vivem? O que amam? Mergulhar em suas histórias, suas lutas, suas vitórias, suas dores e suas vidas. Sermos espaço. Sermos aconchego. Sermos acolhimento. Sermos escuta, acreditando que precisamos escutar. As vozes, as falas, as vidas gritam o tempo todo. E nós, conseguimos escutar? Temos sensibilidade para escutar? A quem interessa escutar? O que precisamos para escutar?

Escutar e fazer-se escuta. Escuta como cuidado de si. Cuidado de si como cuidado do outro (e do “outrar-se” pelo outro). Cuidado de si diferente de conhecimento de si. Desejar uma escuta que escute, que acesse o outro, sua subjetividade, sua construção de verdade, sua leitura de mundo e vida, sua percepção de si mesmo. Não um ouvir palavras e gestos que possam se encaixar ou se enquadrar em alguma teoria, em algum saber pré-posto, mas escutar, sentir e vivenciar esta escuta.

Conforme Esther Arantes (2015, p. 94), “escutar, como se deve, para que a alma acolha a palavra que lhe é endereçada, é fundamental uma economia dos gestos e palavras, um silêncio ativo e um certo recolhimento, que se opõe a tagarelice”. A partir de um desejo que permita navegar de forma fluida, atenta e sensível, um olhar cartográfico se faz fundamental, de maneira a inibir formas e estruturas pré-conceitualizadas.

Tendo Costa, Angeli e Fonseca (2015, p. 47) a bordo, entendemos que acessar tais territórios a partir da cartografia “é encontrar-se com reentrâncias fugidias, de dimensões mínimas, que abrem problemáticas ilimitadas, sem espaço

para binarismos advindos da partição abstrata do mundo em categorias estanques”. Encontros que envolvem a disposição de uma cartografia, escuta atenta, ativa e sensível para perceber nuances. Então, se se entende a urgência em discutir a genitorialidade LGBT+ na escola e o quanto isso nos desacomoda, parece necessário relatar o quando nós nos escutamos e nós nos percebemos incomodados. Processo necessário e essencial para o próprio cartografar, onde se possa se escutar, reconhecendo-se como parte do território, identificando-se com o espaço.

Segundo Neves (2015, p. 71),

[...] desejar na pesquisa é ser digno do acontecimento como efeito de uma experimentação problematizadora, perturbadora, desestabilizadora no acompanhamento dos processos de composição e decomposição de uma realidade ou matéria, apreendendo-a em seus índices imateriais e movimentos conectivos na produção do socius e dos modos de subjetivação.

Pois cartografando aspectos tão marginais ao território educacional, vidas tão periféricas ao espaço escolar, indivíduos e famílias tão ausentes do discurso e da realidade que constituem nossas escolas, entendemos que, à luz de Foucault, importa nos aproximarmos destas margens e limites que definem esses territórios e espaços, desenham contornos. Acreditamos que “as experiências do fora, das margens, dos limites, das fronteiras, seriam as experiências que permitiriam cartografar novos desenhos, novas configurações para o acontecer de uma dada sociedade” (ALBUQUERQUE JUNIOR; VEIGA NETO; SOUZA FILHO, 2011, p. 10).

Inspiradas pelo projeto “Doing Right(s): innovative tools for professionals working with LGBT+ families”, a professora Federica de Cordova e colaboradoras, do Departamento de Educação e Ciências Humanas da Universidade de Verona, coordenadoras gerais, trazem alguns exemplos de escuta às famílias e pessoas LGBT+, aqui retirados de um documento produto final do projeto, designado por “Parole per includere: un glossario europeo sulla genitorialità LGBT+” e editado pela coordenação de saúde da Região da Emilia-Romanha (DE CORDOVA, 2019):

Na Itália, não tínhamos acesso a clínicas de fertilidade, então fomos para Barcelona. Pelo estado italiano, não sou a mãe da minha filha,

mas pode apostar que sou! Eu estou lá quando ela precisa, sou eu que cuido dela quando ela está doente, eu estou lá quando ela está triste ou feliz, ou quando ela precisa de ajuda. Não é isso que uma mãe faz? (Valentina, 42 anos)

Eu adoro Clara... Gostaria de tê-la conhecido antes. Ele é o melhor pai do mundo! (Julia 25, filha de Clara, uma mulher trans de 52 anos)

Nós nos casamos assim que a lei [que introduziu o casamento entre pessoas do mesmo sexo na Espanha] foi aprovada. E aí começamos o processo de adoção. Nosso filho tinha 6 anos quando o conhecemos. Agora sinto que tenho a família que sempre quis. (Pablo, 42 anos)

Eu congelei o esperma antes de começar a transição [...]. Não deu certo, então tivemos que recorrer à doação [de esperma]. O engraçado é que todo mundo diz que é a minha cópia. (Marta, 38 anos, mulher trans)

Teresa e eu queríamos ser mães. Fizemos um acordo com um amigo nosso para termos juntos um bebê. Marc agora tem 6 anos, duas mães que o adoram e um pai fantástico. (Estel, 40 anos)

[Quando falamos das crianças] a minha parceira disse diz “os teus” e eu respondo “não os meus, os nossos”. Mas é uma mudança lenta. Eu digo “se eu faço alguma coisa não é por mim nem pelas crianças, mas por NÓS: por ti, pelo Jacek [o filho biológico da parceira] e, também, para os meus filhos. Então são os nossos, não os meus ou os teus, mas os nossos”. (Bożena, 35 anos, mãe biológica de 3 filhos e “comãe” de 1)

As coisas precisam ser vistas, precisam de lugar, de espaço, precisam ser faladas, navegadas. Não se deve tratar como igual aquilo que precisa afirmação desde sua diferença, que pode inserir novidade no ser-sentir-querer de todos nós. Precisamos igualdade de direitos, liberdade e ocupação dos espaços. Precisamos a presença do diverso como passagem à diferença.

O sistema Saúde/Educação é um espaço heteronormatizado. A instituição escolar é composta e construída através de um sistema heteronormativo. Reconhecer as famílias LGBT+ representa uma transformação cultural relevante, mesmo que a temática LGBT+ já esteja no debate educacional da comunidade escolar.

A escola é para todas e quaisquer famílias, seu relacionamento não pode ser moral. A educação é um espaço que vem sendo ocupado ou que precisa ser ocupado pelas famílias LGBTQ+. Esta relação precisa ser reconhecida para além de autorizada, sair desse espaço de autorização, de esperar que sejamos “autorizados a ocupar”, mas lutar por isso.

Considerações finais

É fundamental mudarmos nossa forma de ver, escutar e sentir o outro, o que soa diferente, o que está à margem, o que produz novos contornos de acolhimento e recombinação. É necessário acatarmos a (re)invenção de espaços e territórios a uma nova educação da cultura. Saúde e Educação são territórios a uma nova educação da cultura que produza subjetividade e singularização. São territórios que produzem a vida. Saúde e Educação são territórios que acolhem, mas que também rechaçam, tratam, destratam e maltratam pessoas e famílias LGBTQ+.

Desconhecimento não justifica preconceito e discriminação. Junto à produção de conhecimento, essencial aos processos de atenção e educação, precisamos produzir vivências. Viver a diversidade e conviver com o diverso. Saúde e Educação oferecem lugares de promoção de aprendizados e de vida. A saúde é território do cuidado, mas a educação é território do desenvolvimento humano, é território do psicossocial e do psicossocial.

A ausência da existência LGBTQ+, a discriminação da pessoa LGBTQ+, a exclusão da genitorialidade LGBTQ+ mata. O tornar ausente mata. O discriminar mata. O excluir mata. Encontra-se a violência (de tantas formas) e o sofrimento: *bullying*, medo, angústias, ansiedades, repressões, depressões, desistências, suicídios, assassinatos. Morre a potência do viver. Morre a possibilidade do viver. Morre o desejo. São tantas as mortes vividas e as vidas não vividas quando desprezamos o diverso do humano.

Falar em Saúde/Educação frente às existências LGBTQ+ e às famílias LGBTQ+ é falar em encontro: encontrar o que parece distante, mas está perto, encontrar o que parece diferente, mas é humano, encontrar o que parece difícil, mas é diverso. Mergulhar no que é complexo nos torna melhores.

Referências

- ALBUQUERQUE JUNIOR, D. M. de; VEIGA-NETO, A.; SOUZA FILHO, A. de. Apresentação: uma cartografia das margens. *In*: ALBUQUERQUE JUNIOR, D. M. de; VEIGA-NETO, A.; SOUZA FILHO, A. de. (Org.). **Cartografias de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. p. 9-12.
- ANGELUCCI, C. B. **A patologização das diferenças humanas e seus desdobramentos para a educação especial**. (Trabalho encomendado GT-15 Educação Especial). *In*: 37ª Reunião Nacional da Anped. 2015. Disponível em <http://www.anped.org.br/sites/default/files/trabalho-de-carla-biancha-angelucci-para-o-gt15.pdf>
- AVELINO, M. M. L. **Cartografias da produção de cuidado em saúde à população LGBT+**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologia e Instituições. Universidade Federal Rural do Semiárido. Mossoró: UFRSA, 2022.
- ARANTES, E. M. M. Escutar. *In*: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (org). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina. 2015; p. 93-96.
- BENTO, B.; PELÚCIO, L. **Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas**. *Rev. Estudos Feministas*, v. 20, n. 2, p. 569-581, 2012.
- CECCIM, R. B. **Réplica**: Sobre adaptação, resistência e competência ética na interprofissionalidade. *Interface - comunicação, saúde e educação*, 22 (Supl. 2), p. 1760-1762, 2018.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A.; OLIVEIRA, D. C. Prefácio - Lutar com e pelo prazer: as pistas do corpo para buscar caminhos. *In*: MACHADO, F. V.; BARNART, F.; MATTOS, R. de. **A diversidade e a livre expressão sexual entre as ruas, as redes e as políticas públicas**. Porto Alegre: Rede Unida/ Nuances. 2017; p. 15-22.
- CLACAI - Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro. **Gênero sob ataque. Peru: 2019**. Documentário. Disponível em: https://youtu.be/Aj3St_zUM7M
- COSTA, L. A.; ANGELI, A. do A. C.; FONSECA, T. M. G. Cartografar. *In*: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L. do; MARASCHIN, C. (org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 45-48.
- DE CORDOVA, F. (Coord). **Parole per includere: un glossario europeo sulla genitorialità' LGBT+** (Progetto Europeo Doing Rights, Erasmus+ dell'Unione Europea). Bolonha: Centro stampa della Regione Emilia-Romagna, 2019. Disponível em: <https://sites.hss.univr.it/doingrights/wp-content/uploads/2019/01/Glossary-IT-Digitale.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2022.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**. 2. ed. São Paulo: Editora 34, v. 5, 2014.
- FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L. do; MARASCHIN, C. (org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina. 2015.
- FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 9. ed. São Paulo: Paz e Terra. 2014.
- KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras. 2019.
- LOURO, G. L. **Patriarcado e militarismo: o feminismo em Virgínia Woolf**. Aula aberta em 30 de agosto de 2019 para a disciplina Introdução aos Estudos de Gênero e Sexualidade com a Professora Jane Felipe pelo Programa de Pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2019a.

LOURO, G. L. **Patriarcado e militarismo: pensamentos de paz em tempos de guerra.** Posfácio. In: WOOLF, V. As mulheres devem chorar... ou se unir contra a guerra: patriarcado e militarismo. Belo Horizonte: Autêntica. 2019b.

MIZIELIŃSKA, J.; STADSIŃSKA, A. (Coord). **Parole per includere: un glossario europeo sulla genitorialità LGBT+.** 2019. Disponível em <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/glossario-lgbt>. Acesso em: 05 nov. 2022.

NEVES, C. A. B. Desejar. In: FONSECA, Tânia Mara Galli; NASCIMENTO, Maria Livia do; MARASCHIN, C. (Org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário.** Porto Alegre: Sulina. 2015. p. 69-72.

PICCININI, C. A.; ALVARENGA, P. (eds.). **Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

ESTÁGIO DOCENTE EM BIOLOGIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: NOVAS RELAÇÕES DE TRABALHO IMPOSTAS PELO VÍRUS DA DESIGUALDADE E A APRENDIZAGEM EM ATO

William Pereira Santos
Alcindo Antônio Ferla

Introdução

O período de 2019 a 2022 será lembrado no mundo todo principalmente pelo cenário da tragédia de proporção alarmante, com efeitos biológicos, sanitários, sociais e políticos. Iniciada em Wuhan, na China, no final de 2019, a infecção pelo “novo coronavírus” se espalhou de forma rápida e global, alcançando aproximadamente 200 países, estabelecendo um quadro de emergência sanitária internacional. À medida que o vírus avançava, fazendo inúmeras vítimas, os países começavam a sofrer os impactos na saúde pública e em outros setores, como na economia, gerados como consequência da redução da produção de indústrias e baixo consumo interno (BELARMINO *et al.*, 2020; PISSAIA; COSTA, 2021).

Eram cada vez mais asfixiantes as condições de saúde da população geral. Num primeiro instante, as evidências eram de que a doença atingia pessoas idosas e/ou com comorbidades e, pouco depois do avanço acelerado da doença, os registros evidenciaram uma completa heterogeneidade nos casos, revelando infectados e mortes entre pessoas de diferentes faixas etárias e lugares (CAVALCANTE *et al.*, 2020; FERREIRA *et al.*, 2020). Como todas as doenças infectocontagiosas, grupos sociais e territoriais mais vulneráveis encabeçaram o ranking de adoecimentos e mortes. O crescimento de doentes produziu colapso em sistemas e serviços de saúde, pela procura gigantesca de pessoas que necessitavam de cuidados especializados nos serviços de saúde (PISSAIA; COSTA, 2021).

Diante do panorama crítico, muitas ações foram pensadas para apoiar e gerir a crise da saúde pública causada pela doença altamente transmissível, a

partir de recomendações de Organizações Internacionais e de pesquisadores. Essas medidas foram ignoradas por governos e grupos sociais, com discursos negacionistas de efeitos genocidas, que contrariavam as orientações, principalmente às relacionadas às medidas de restrições de circulação para evitar a transmissão comunitária do vírus, que é ampla (BELARMINO *et al.*, 2020; FERREIRA *et al.*, 2020).

As medidas consequentes realizadas por diferentes pessoas e instituições e em diferentes instâncias objetivam diminuir a disseminação viral e, logo, das curvas de infecção e mortalidade, promovendo, dessa forma, cuidado às pessoas e diminuição do tempo e expansão da pandemia. Mas os impactos não foram observados apenas na dimensão de saúde, isto é, com o passar do tempo, o colapso que estava restrito ao setor de saúde começou a atingir outros setores e retardar o retorno das atividades presenciais, que foram previamente suspensas para proteção coletiva. Mas diante de tantos agravos sociais que surgiram, como fazer funcionar e manter os setores que geram, por direitos garantidos e por necessidades vitais, serviços e cuidados às pessoas? Aqui nos referimos centralmente ao sistema de saúde e, também, à formação de profissionais que atuam na saúde e nos serviços essenciais.

Respostas para essa pergunta surgiram com o passar do tempo. É fato, porém, que a pandemia gerou dificuldades desde o aparecimento dos primeiros casos. Em 2020, mais de 180 países fecharam temporariamente suas escolas, deixando perto de 1,7 bilhão de crianças e jovens fora da escola quando o isolamento atingiu seu pico. Nos países mais pobres, a pandemia privou crianças em situação de vulnerabilidade até quase quatro meses sem aulas, em comparação com seis semanas no caso de crianças de países com alta renda (UNESCO, 2020). Com o fechamento das escolas, trabalhadores da educação foram desafiados a encontrar novos caminhos para o ensino-aprendizagem de crianças, jovens e adultos (PISSAIA; COSTA, 2021).

A mudança observada no sistema de ensino, sobretudo nos ensinos fundamental e médio, também impactou a atividade de estágio supervisionado para os cursos de graduação, marcada pela aproximação do estudante de graduação à prática docente com atuação nas escolas. Aqui a questão central não era propriamente o atraso na conclusão dos cursos, mas a possibilidade objetiva de que essas atividades curriculares pudessem contribuir com o enfrentamento à pandemia.

Cientes de que a educação é fundamental para o desenvolvimento social e aprimoramento de habilidades e competências dos indivíduos e coletivos, buscamos, neste capítulo, analisar uma iniciativa de estágio de Ciências Biológicas em uma escola pública do interior de Minas Gerais durante o período de pandemia de Covid-19. Para construir este capítulo, que se caracteriza como ensaio empírico, foram pensados em dois eixos de análises com base na vivência na disciplina de Estágio Supervisionado em Biologia. No primeiro eixo, objetivamos apresentar os desafios de planejar e realizar um estágio em escolas durante a pandemia e, no segundo, o que o estágio mostrou em termos de condições de aprendizagem ao estagiário e contribuições aos serviços de saúde.

A construção deste capítulo se apoia na experiência de estágio com aproximação das concepções teóricas para embasar reflexões e melhor compreender a dinâmica das relações de trabalho na profissão docente. A construção teórica foi feita posteriormente ao estágio, como exercício de diálogo entre pares no desafio de refletir sobre as interfaces entre o ensino das profissões que atuam na saúde e o trabalho no interior do sistema de saúde brasileiro.

Ensino da saúde no processo de aprendizagem: quando a dinâmica “normal” é atravessada por uma pandemia

O Estágio Supervisionado em Biologia foi realizado no Ensino Médio de uma escola da rede estadual de ensino, no município de Juiz de Fora, no interior de Minas Gerais, entre 10 de fevereiro e 30 de junho/2021. A atividade de estágio ocorreu na turma do 1º ano do Ensino Médio. Trata-se de um estágio obrigatório, definido por ser requisito para aprovação e obtenção do diploma de conclusão do curso de Licenciatura em Ciências Biológicas (BRASIL, 2008).

A escola em que o estágio foi realizado mantém vínculo formal com a instituição de ensino superior (IES) através do convênio celebrado previamente, cumprindo as exigências na Lei nº. 11.788, de 25 de setembro de 2008, que dispõe sobre estágio (BRASIL, 2008). O vínculo como estagiário gerou, como forma de oficializar e assegurar legalmente a atividade, o “Termo de Compromisso de Estágio Curricular”, garantindo direitos e deveres das partes envolvidas, estagiários, escola concedente da vaga de estágio, professor(a) supervisor(a) de estágio e a IES onde o estagiário mantém matrícula e frequência regulares.

O bairro onde se localiza a escola se situa na zona Oeste do município, sendo conhecido pela influência cultural alemã, por processos migratórios. Essa influência constituiu a Festa Alemã, um dos maiores eventos culturais anuais da cidade⁷. A escola oferta ensino a todas as séries do ensino fundamental e ensino médio, abarcando estudantes de diversos bairros, sobretudo do bairro onde está inserida. Funciona em dois períodos do dia, manhã e tarde, no formato presencial. Excepcionalmente, considerando o período de pandemia de Covid-19, a escola implantou o sistema de aulas remotas para que o processo de ensino-aprendizagem não sofresse interrupção e os estudantes não fossem totalmente prejudicados com a falta de aula. A modalidade de ensino remoto, porém, foi implantada tardiamente na escola, após a definição da gestão de esferas superiores da Educação, gerando atraso e prejuízo no sistema de ensino e formação de estudantes. Essa reposta foi tardia como, na verdade, ocorreu em todo território nacional (SANTOS; FERLA, 2020).

O estágio supervisionado em licenciatura proporciona, pela natureza de suas regulamentações, oportunidade real para que os estudantes experimentem o exercício docente (BRASIL, 2008). Essa experiência, principalmente no ensino público, mescla o desafio da aprendizagem de conteúdos disciplinares e o apoio à diversidade das condições de vida que as crianças e adolescentes vivem nos diferentes territórios. A habilitação para a docência considera a perspectiva de exercício profissional. Mas, durante a pandemia, a experiência de estágio foi remodelada e parte das atividades de estágio foi adaptada ou limitada e outras, inexistentes. Ao fazê-lo, abriu-se uma oportunidade de ampliar as conexões da Biologia com o campo de fazeres e práticas da saúde coletiva.

O trabalho docente tem uma característica importante no desenvolvimento de relações diretas entre os diferentes sujeitos em sala de aula, mas, que no contexto da pandemia, necessitou de mediação tecnológica com recursos de ensino remoto e educação à distância. E aqui, quando se fala de tecnologia, pode estar a grande solução e, ao mesmo tempo, o grande desafio para estudantes e seus responsáveis, professores e gestores escolares. A base tecnológica parece estar no centro de muitas metodologias ativas, que ganharam destaque nos últimos anos e vem colocando o estudante como o principal agente de sua aprendizagem, ao passo que o professor assume o papel de mediador da aprendizagem dos estudantes (SANTOS; FERLA, 2021; SANTOS; GOMES, 2019).

7 O evento foi suspenso em 2020 e 2021 e houve retorno da programação em 2022.

Por conseguinte, a pandemia e seu enfrentamento nos desafiaram a observar o contexto social, isto é, quando permitiu, desafiando o ensino de Biologia às interfaces distintas entre conteúdos e questões que mobilizam a vida de crianças, adolescentes e suas famílias. A contingência do isolamento e a redução da mobilidade social, que estão em evidência com a pandemia, são fatores que modificaram substancialmente a gestão de ensino.

Assim, quando se ouve ou se fala “lave as mãos”, “fique em casa” ou “as aulas devem voltar”, é preciso, no mínimo, considerar as condições objetivas da vida e senso crítico para perguntar “mas qual é a qualidade da água que chega à população?”, “qual é a condição de moradia das pessoas?”, “com quantas pessoas os estudantes dividem a casa?”, “o modelo de aula é apropriado e atende a estudantes pobres ou o sistema impulsiona a evasão escolar e exclusão social?”. Práticas de padrão de higiene e de distanciamento espacial foram recomendadas desde o início da pandemia por organizações, entidades e instituições de saúde e ensino, para proteger as pessoas contra a infecção, impedindo que o vírus se espalhasse e sofresse mutações causando danos além dos já vistos e previstos. Entretanto, as ações de vigilância em saúde, durante a pandemia, nem sempre foram compatíveis às condições individuais, coletivas e/ou contextuais, sendo difícil estabelecer conexões em territórios tão fragmentados. Como se sabe, as condições objetivas da vida de pessoas e grupos são fundamentais para compreender a produção de saúde e, portanto, também para desenvolver capacidades profissionais.

O Brasil é marcado por um mosaico de realidades muito distintas. Há um problema crônico de desigualdade social, já visível antes da crise sanitária, que desafia os serviços de saúde e os programas de educação a entregarem aos usuários de quaisquer territórios serviços com a qualidade que merecem, fazendo valer os direitos que são garantidos na Constituição Brasileira. Trocando em miúdos, ao longo de muitos anos de pesquisas em Saúde Coletiva, sanitaristas sempre revelaram os diversos riscos e vulnerabilidades a que as pessoas estavam expostas e o quanto isso agrava as condições de adoecimento (CRUZ; LEMOS; HIGUCHI, 2016). Com a chegada e avanço da pandemia de Covid-19, todas as desigualdades de renda, gênero e raça ganharam ainda mais destaque, deixando as pessoas, que já viviam às margens da exclusão social, ainda mais vulneráveis quando a crise se instalou (CRUZ; LEMOS; HIGUCHI, 2016; OXFAM, 2021).

Os professores, na perspectiva da atuação profissional, sobretudo na realidade do ensino público do Brasil, lidam com demandas diversas da sociedade contemporânea e acabam assumindo funções que não seriam totalmente atribuições do cargo ou relacionadas à formação acadêmica para suprir, em muitas situações, problemas sociais que chegam diariamente às salas de aula e comprometem o processo de ensino e aprendizagem, como fome, frio, cansaço por percorrerem longas distâncias até a escola, e outros. Em algumas situações corrigem, inclusive, problemas de infraestrutura, vistos como um dos fatores que também contribuem para o desestímulo dos alunos. E durante os impactos da crise de saúde na economia brasileira, essa atuação não foi interrompida, apenas novos desafios foram somados, como identificar se grupos de alunos com condições menos favoráveis são os evasivos. Assim, a atuação docente e o exercício do estágio foram mais do que meramente ministrar aulas, foi também conhecer a pluralidade sociocultural.

Em muitos países desenvolvidos ou mesmo no Brasil, muitas famílias ricas conseguiram pagar pela educação complementar, isto é, contratar professores particulares para ensinar seus filhos e filhas em suas próprias casas (OXFAM, 2021) ou foi implementada articulação mais ágil para retorno às aulas. É nítido que as condições sociais podem articular mudanças em seu próprio benefício, mas a educação não deve ser um privilégio para poucos, mas para todos e todas sem distinção, como definido na Constituição Brasileira. Mais do que a possibilidade objetiva de contratar um serviço privado, aqui importa considerar a educação como espaço/tempo de socialização, de desenvolvimento de uma cultura global e de aprendizagem de relações que não estejam restritas ao grupo familiar e social. Sem falar da emancipação, inclusive de situações de violência física e psicológica, que tem o silêncio familiar e a convivência como cúmplices. Mas a pandemia colocou variáveis novas na cena da educação.

Sem um bloqueio maior, qualquer espaço de aglomeração de pessoas pode se tornar um espaço de contágio de Covid-19. No início da pandemia, os jovens eram menos suscetíveis de adoecer, embora já estivessem entre os grupos com contágios. Mas, atualmente, no mundo todo, o perfil de adoecimento em quadros graves da doença inclui jovens. Sendo assim, era bem temerário e havia indicações internacionais de evitar o retorno às aulas, que sempre envolve também

estagiários, professores e funcionários das escolas. O retorno seguro era após a implantação do Plano Nacional de Imunização (PNI). Além disso, sem testagem massiva, que permitia saber quem estava doente de Covid-19, mas também quem estava contaminado e disseminando o vírus, a estratégia mais eficaz até a vacina específica de contensão da doença, se fragiliza muito. O problema, portanto, não era o impedimento do retorno às aulas, mas a insuficiência de testes e a catastrófica estratégia brasileira de vacinação. Com testes e com vacinas, as aulas e demais atividades podem ser retomadas com a devida segurança. As medidas de cuidados individuais e coletivos, como uso de máscaras faciais, teriam de ser mantidas mesmo após a vacinação por um período de tempo suficiente para a estabilização dos quadros de adoecimento e morte na população em geral.

Em alguns países desenvolvidos, como Portugal, foram obtidos resultados exitosos ao realizar estratégica e precocemente o fechamento de escolas e fronteiras como medida de enfrentamento e proteção (BELARMINO *et al.*, 2020). Guardadas as devidas proporções, a suspensão de aulas presenciais com a devida organização para que os estudantes, estagiários e professores não fossem atingidos mais do que já seriam com a necessidade de suspensão imediata das aulas presenciais, deveria ocorrer em conjunto a ações de respostas rápidas para reduzir o avanço dos casos que poderiam fazer novas vítimas (não necessariamente mortes).

A resposta ao cuidado da população, em decorrência da Covid-19, reorganiza as ações intersetoriais e, sobretudo, os modos como se realiza o trabalho em equipes para atender às demais necessidades e assegurar a continuidade dos serviços essenciais, por meio de medidas sociais que visam a redução da transmissão e o controle de surtos (POSSA *et al.*, 2020). As iniciativas de suspensão das aulas presenciais não são consideradas uma estratégia isolada, mas uma articulação e uma resposta do planejamento das linhas de cuidado em saúde, considerando sua dimensão coletiva que dependeu de diferentes atores.

As escolas em Juiz de Fora se adequaram ao cenário brasileiro da educação na resposta às condições epidemiológicas com previsão para 2021. O Comitê Extraordinário de Covid-19, no exercício de suas atribuições legais, deliberou, em março de 2021, pela suspensão, por tempo indeterminado, das atividades presenciais de educação escolar básica em todas as unidades da rede pública estadual de ensino (MARTINS; ALMEIDA, 2020).

A medida de prevenção e controle sanitário e epidemiológico da expansão da pandemia fomentou nova articulação para manter o serviço de educação funcionando, propondo um conjunto de ações que visam sustentar o Ensino Remoto ou o modelo de Ensino à Distância (EAD), mantendo as aprendizagens para o ano letivo de 2021. A escola concedente da vaga de estágio, atendendo à medida extraordinária de emergência aprovada pelo Ministério da Educação (MEC), implantou, excepcionalmente, as aulas remotas para cumprir o calendário de atividades presenciais previstas para o ano letivo de 2020. Assim, a escola seguiu o Plano de Estudo Tutorado (PET) desenvolvido pela Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais (SEEMG) (SEEMG, 2020).

O PET consiste em apostilas mensais de orientação de estudo e atividades para todas as séries da Educação Infantil, Ensino Fundamental (nos iniciais e anos finais) e Ensino Médio. Os conteúdos são baseados no Currículo Referência de Minas Gerais (CRMG) e na Base Nacional Comum Curricular (BNCC) e as apostilas podem ser baixadas pelo site “Se Liga na Educação - Estude em Casa” e/ou pelo aplicativo “Conexão Escola”. A versão impressa do PET também foi enviada aos estudantes quando os mesmos não têm acesso à internet (SEEMG, 2020). Esse material foi ofertado aos alunos da rede pública estadual como alternativa para a continuidade do processo de ensino e aprendizagem neste período em que as aulas presenciais foram suspensas por tempo indeterminado como medida de prevenção da disseminação da Covid-19 em Minas Gerais (SEEMG, 2020).

Além dos PET, foi orientando que os professores ministrassem suas aulas na modalidade remota pelo aplicativo “Conexão Escola”. Nessa modalidade, as aulas ocorrem em tempo real com o mesmo professor e disciplina das aulas presenciais. Para 2021 uma das mudanças é a interação ao Google Sala de Aula (*Google Classroom*), permitindo interação *on-line* entre professor e aluno, além de possibilitar que os educadores disponibilizem materiais para os estudantes de cada sala e promovam a realização de conversas por vídeo (SEEMG, 2020).

Para o estagiário, a participação nas aulas remotas tornou-se impossível, pois o acesso ao ambiente virtual da escola é restrito apenas ao professor da disciplina vinculado ao Estado de Minas Gerais. A cada acesso, o professor deve informar o número de matrícula e a senha de acesso. Entende-se que esses dados são intransferíveis. Desse modo, o estagiário desenvolveu atividades do cotidiano

escolar, como pesquisa, planejamento e elaboração de materiais complementares de estudos e atividades, planos de aula e demais documentos requisitados com supervisão direta da professora orientadora de Estágio.

Um desafio pedagógico inicial foi aplicar o conhecimento biológico, adaptando à realidade atual, sem exagerar na quantidade de informações e, ao mesmo tempo, oportunizando condições para reflexões, visto que os conteúdos de Biologia têm, cada vez mais, contribuído com conhecimentos e informações para melhorar o entendimento do cotidiano, de todas as formas de vida e as relações estabelecidas entre si e com o meio. O material suplementar para estudo e as atividades trabalhadas foram desenvolvidas com clareza e com mediação, assim como, vinculadas ao conteúdo teórico pré-estabelecido e, na medida do possível, estabelecendo contextualizações, proporcionando conhecimentos e saberes na formação em ciências dos estudantes. Nessa perspectiva, a intenção com as atividades era caminhar em sentido oposto ao tecnicismo⁸, com proposições que permitissem comportamentos mais fluidos, bem compatível com a ideia das possibilidades e acessibilidade. A intenção era priorizar o ensino sem criar situações de austeridade, mas subsidiar mais recursos aos estudantes, reduzindo desigualdades entre eles e criando condições mais igualitárias.

Diante do cenário pandêmico, portanto, a atuação do estagiário ocorreu totalmente nos bastidores, sem diminuir, entretanto, a sua importância. Apesar de ter ocorrido de maneira bastante suprimida, em decorrência do novo modelo de aulas motivado pela pandemia, a frequência diária permitiu lançar o olhar para além dos limites da escola. Caminhar em oposição às negligências políticas, formar grupos e contribuir com a educação de crianças, jovens e adultos numa época de crise civilizatória, é uma forma de resistir.

Ensinar e aprender saúde na escola: quando a formação pedagógica abre o pensamento

O que o estágio mostrou em termos de condições de aprendizagem? Quem aprendeu? E o que foi possível aprender? Alguns territórios ficam à margem da

⁸ No modelo de escola tecnicista, que surgiu no século XX, a partir de 1960, o professor é o “técnico da educação”, devendo aplicar avaliações para verificar a produtividade do aluno, que, por sua vez, precisa ser produtivo e reproduzir, em uma avaliação, todos os conhecimentos que o professor passou a ele (NEGREIROS; FERREIRA, 2021).

sociedade, numa exclusão muito mais social do que geográfica. O espaço urbano é formado por inúmeros territórios distintos, com suas peculiaridades. Cada espaço tem suas características próprias, sua população, culturas e necessidades (CRUZ; LEMOS; HIGUCHI, 2016). A pandemia apresentou a necessidade de olhar para além das escolas para melhor conhecer seus espaços.

É certo que há uma cultura (de muitos anos) que é o cumprimento do currículo escolar - com forte influência do modelo tecnicista. É necessário, entretanto, acompanhar as mudanças sociais, políticas, econômicas e religiosas que refletem no âmbito escolar. Essas características servem para (re)formular políticas públicas compatíveis às múltiplas realidades sociais. Nesse sentido, a Covid-19 deixa de ter importância apenas para a área biomédica e passa a adotar caráter social, cultural, histórico-geográfico e político, exigindo um trabalho de coletivos para manter serviços essenciais, enquanto se enfrenta a pandemia. Dessa forma, reconhece-se a relevância do trabalho em rede, e, oportunamente, dos sujeitos envolvidos que, coletivamente, garantem os princípios da integralidade e equidade.

Mas o que é, portanto, uma rede? Rede, em seu sentido literal, diz respeito a “um entrelaçamento organizado e regular de fios de espessura e materiais variados, formando uma peça usada para muitas finalidades”. No sistema de educação o sentido não é muito diferente. A rede de ensino é também um conjunto - de recursos humanos e profissionais, como professores, trabalhadores técnicos em assuntos educacionais e administrativos, pedagogos, estagiários, os próprios estudantes e os pais, mães ou responsáveis por eles, e recursos técnicos. Para o bom funcionamento do sistema são necessários ações e serviços que se articulam para garantir educação de qualidade. A finalidade desse ordenamento em rede é garantir direitos conquistados. No caso do novo coronavírus, a gestão de serviço e as equipes de escolas necessitaram de uma nova estratégia de atuação no sentido de atender os indivíduos seguindo as orientações e fluxos legais, visto que muitos professores foram alvo de críticas e pressão social para que retornassem às aulas presenciais mesmo quando ainda não havia cobertura vacinal da população. Assim, como aponta Merhy e colaboradores (2014), as redes acontecem pelos diferentes sujeitos e suas experiências vividas, nas conexões e nos encontros que constituem muitas vezes seu mundo de afecções ou de saúde.

Compreender o sentido de redes nos permite aproximar de dois princípios que parecem sustentar esse emaranhado: equidade e integralidade. Equidade é trabalhar com diferentes e diferenças. Assim, quando se propõe uma educação mediada por recursos tecnológicos que dependem de energia elétrica e internet de qualidades, pessoas com condições de vida insuficientes não terão acesso ao modelo? É aí que entra a equidade, que é dar atenção diferente às pessoas com necessidades diferentes para que tenham acesso aos mesmos direitos. Se uma rede é construída sem pensar nesses sujeitos, demonstra-se exclusão da proteção social. Assim compreendida, uma rede de produção de saúde envolve a escola e pode ser alimentada a partir da escola.

É possível construir uma rede de apoio sem que as diferentes dimensões estejam conectadas? Sem integralidade, as ações prestadas ficam isoladas, sem gerar respostas positivas ao fornecer os serviços essenciais, como a educação e a saúde. É possível intuir que, caso a crise persista por mais tempo, aumentará a distância entre a educação do sistema privado e a do sistema público, desprovida de muitos recursos, e isso terá considerável impacto e de longo prazo nos níveis de pobreza. É cabível aqui a reflexão do secretário geral da Organização das Nações Unidas (ONU), Antonio Guterres, “Estamos todos flutuando no mesmo mar, mas é evidente que alguns estão em super iates, enquanto outros se agarram aos escombros à deriva” (GUTERRES *apud* OXFAM, 2021, p. 9).

Para Haesbaert (2006) estudar os diferentes territórios do espaço urbano e a produção de vida que ocorre nesses é essencial para compreender as redes de conexão existentes, pois o território é uma dimensão constitutiva da condição humana. Modificada pelo contexto da pandemia, a experiência de estágio, suscitou a indagação sobre situações, posturas e realidades escolares vivenciadas pelos professores e estudantes no Ensino Médio, sobretudo as modificadas pela pandemia de Covid-19.

Disponibilizar o aplicativo para acesso às aulas e aos conteúdos programáticos não é suficiente para manter o processo de ensino. Grupos historicamente marginalizados e oprimidos, como observado no caso do estágio aqui relatado, há muito são massivamente excluídos de serviços de saúde, educação e assistência social de qualidade e, neste tempo, se tornaram ainda mais vulneráveis. Problemas de acesso aos recursos tecnológicos em domicílio e conectividade

desafiam o ensino remoto no atual cenário. Não são todos os alunos que possuem computadores e aparelho de telefone móvel, mas, mesmo quando possuem, o acesso pode ser limitado por falta de internet. A internet de baixa qualidade também compromete os estudos, pois a conexão pode ser instável durante o acesso às aulas e ao material didático. Àqueles que possuem internet apenas por Dados Móveis evitaram, às vezes, pois o acesso às aulas consome significativamente o pacote mensal ou acompanharam as aulas apenas nas primeiras semanas de cada mês. Mas a internet não é a uma questão isolada. Muitos estudantes, por alta vulnerabilidade econômico-financeira não possuem computador ou aparelho de telefone móvel. Nessas situações ficam dependentes do celular de terceiros que, por sua vez, não são muito favoráveis a essa dependência - talvez por ser um objeto muito pessoal ou pelo fato, já apresentado, de consumir os dados móveis e, por isso, aumentar os gastos mensais com internet ou ainda por ser oportunidade para acessos variados e diferentes dos materiais didáticos. Assim, nesses casos, os estudantes ficaram dependentes das apostilas disponibilizadas pelo Estado. Apesar do avanço das metodologias ativas⁹ nas últimas décadas, ainda é cultural o ensino em sala de aula, onde se cria encontros, relações entre pessoa-pessoa e pessoa-ambiente e se constrói identidades sociais (CRUZ; LEMOS; HIGUCHI, 2016; SANTOS; GOMES, 2019).

No cotidiano de estudos, os estudantes tiveram acesso, além da apostila digital, que não precisa ser impressa, mas acessada em diversos dispositivos, como smartphones, tablets, computadores e *e-readers*, a uma apostila física, que é um material impresso em papel, como um livro. As atividades propostas podiam ser realizadas em um caderno e apresentadas posteriormente ao professor para o devido registro da carga horária cumprida (SEEMG, 2020). Essa logística de retirada do material e entrega da atividade presencialmente nas escolas, é pouco compatível com a ideia de prevenção comunitária da pandemia de Covid-19, que recomenda evitar a circulação de pessoas para bloquear a transmissão do novo coronavírus.

Outro ponto importante para análise é quanto a ambientação doméstica. Não foi possível observar, evidentemente, a casa dos estudantes nem mesmo

9 Neste modelo, o papel do professor é de mediador (orientador, facilitador) da aprendizagem dos estudantes, que deve ser o principal agente de sua aprendizagem. O modelo oportuniza aos educandos autonomia, senso de organização e capacidade comunicativa (ALMEIDA; PASSOS, 2021; SANTOS; GOMES, 2019).

durante as aulas, mas, mesmo sem poder afirmar, é possível, pela literatura consultada, dizer que o ambiente doméstico, por vezes, pode não ter estrutura para manter as rotinas escolares, como um espaço adequado para os estudos diários. Há ainda casos em que pais e mães não têm condições para acompanhar a rotina escolar dos filhos e filhas durante a leitura dos conteúdos curriculares e execução das atividades (SANTOS; FERLA, 2020). Gripp e Faria (2014) analisam que um ambiente conturbado por situações de alcoolismo, drogadição e/ou conflitos conjugais associados a baixa ou nenhuma qualificação escolar e profissional de pais e mães podem proporcionar poucos recursos e pouca orientação escolar e preocupação quanto à formação profissional do filho (SANTOS; FERLA, 2021).

Mas se de um lado estão os estudantes, do outro estão os professores. E é preciso também olhar as mudanças para esses trabalhadores e as condições com as quais conseguiram produzir as aulas remotas e todos os materiais didáticos. As aulas remotas também exigiram uma adaptação da atividade docente com adaptação ao cotidiano doméstico às novas rotinas. Entre as mudanças, incluem planejamento e acesso ao Google Classroom, Google Meet e ao Aplicativo “Conexão Escola” para aulas e/ou reuniões, por exemplo, e constantes checagens das demandas e mensagens que chegam aos e-mails e grupos de WhatsApp. Além disso, acesso às apostilas disponibilizadas pelo Estado e atividades feitas pelos alunos que chegam pelas próprias apostilas ou também por mensagens no formato de arquivos, como PDF ou fotos. Com essa rotina, o número de atividades diárias e cobranças por produção de materiais, como relatórios, aumentaram (SANTOS; FERLA, 2021).

Além disso, temos que considerar que cada grupo de professor pertence a diferentes gerações e que a visão e relação com o seu tempo é particularizada, cada um lida com o seu tempo de diferentes maneiras. Assim, o uso de novas tecnologias no processo de educação escolar não necessariamente foi a realidade ao longo do tempo para todos que lecionam, talvez, até mesmo, pela própria realidade escolar, que não oportunizou acesso aos recursos tecnológicos possíveis à medida que eles surgiam. Ao mesmo tempo em que é possível encontrar instituições muito bem equipadas, com muitos recursos tecnológicos para apoiar o ensino em sala de aula, em outras a realidade é negativamente oposta, provida de recursos básicos, quando existem (CARDOSO, 2013).

A inclusão digital, que é suposta na modalidade de ensino remoto em larga escala para o ensino público no Brasil não é real (SANTOS; FERLA, 2020; 2021). Os recursos disponíveis, sejam eles tecnológicos ou não, nos quais apoiam o sistema de ensino devem fomentar treinamentos aos professores num esquema de educação permanente (CARDOSO, 2013). Esses recursos não garantem conhecimento, mas podem ser importantes aos sistemas de ensino (SANTOS; FERLA, 2021).

A questão é que os caminhos foram sendo construídos sem preocupação com as diferenças e então chega um tempo, pressionado pela pandemia de Covid-19, que exige mudanças no sistema e entre os coletivos. Ao mesmo tempo em que há estudantes vulneráveis e pouco preparados e sem acesso aos recursos, há também professores que vivem a mesma realidade.

Para Pereira (2020), as atividades em home office foram a alternativa capaz de manter boa parte dos empregos ativos e da segurança dos grupos familiares. Mas a dimensão da educação sofre com a dificuldade em manter as atividades nesse formato. Por conseguinte, os desafios observados foram para além da ministração de aulas relacionados à prática pedagógica.

As dificuldades de aquisição de dispositivos e aparelhos tecnológicos (computadores, *smartphones*, *tablets*, etc.) e o acesso à internet de qualidade colocam em destaque um grande e histórico problema no Brasil: a desigualdade social. Essa situação reforça que o Governo do Estado, apesar do esforço, cumpre parcialmente o trabalho quanto aos recursos metodológicos, sem articulação com outras políticas, sobretudo sociais.

A aproximação do “ambiente escolar” concedeu a oportunidade de entender parte de como a comunidade social, o estudo em casa e alguns de seus imaginários podem determinar os comportamentos individuais e coletivos e influenciar na aprendizagem. É importante observar isso, pois novas dimensões surgiram e surgirão a partir da implantação do ensino remoto nas escolas públicas. E, caso não esteja conectada em redes, colocará em desigualdade social àqueles que já estão à margem social.

Talvez, se a observação e regência durante o exercício de estágio tivessem ocorrido presencialmente, fosse possível perceber outros aspectos influenciadores da atmosfera escolar, como as interações em sala de aula entre os estudantes, entre estes e o professor e todos esses com os conteúdos diários, a metodologia

proposta para ensino e o espaço escolar; a concentração em sala de aula durante a apresentação e explicação dos conteúdos; a alimentação fora e dentro da escola, sobretudo influenciada pelo comércio de doces e guloseimas no entorno escolar. Mas a pandemia de Covid-19 nos convidou a observar os contextos e fortalecer as redes para apoiar os serviços de saúde.

Quando estudamos um determinado espaço compreendemos melhor as conexões, existências e as necessidades de uma população, os riscos aos quais está exposta e as estratégias criadas para sua sobrevivência, bem como as adversidades socioambientais presentes no seu cotidiano (CRUZ; LEMOS; HIGUCHI, 2016).

Conforme Gusso e colaboradores (2020), a experimentação fomentada pelo estágio é necessária para a formação profissional e a virtualização da escolarização modificou as práticas de estágio, necessária ao período. Os esforços coletivos dos estagiários demonstraram o compromisso social que assumiram perante a crise de Covid-19. A contribuição tornou-se recíproca ao atenuar a ausência de programas mais inclusivos. Os professores foram auxiliados, os estudantes foram assistidos e os estagiários não perderam o período de experiência docente, mas todos podem dizer o quanto a educação sofreu déficits com a pandemia.

Conclusão

O título deste livro, que reúne trabalhos de diferentes atores atuantes na saúde e educação, não poderia ser mais propício e oportuno. Estamos falando de redes e a construção delas exige o trabalho de muita gente. Então, há nos capítulos resultados de trabalhos e observações que revelam a atuação de diversas pessoas e instituições para garantir serviços essenciais - tudo isso a favor da vida e da vontade de viver e protegê-la. A educação assume papel fundamental na produção da cultura das sociedades e na habilitação para o exercício profissional. No caso descrito neste capítulo, a habilitação para a docência em Biologia abriu o pensamento para um conjunto amplo de questões que envolvem a educação e a saúde, que estavam invisíveis durante o curso. Mostrou que a docência envolve compreender e gerenciar questões muito mais amplas do que, simplesmente, moldar uma proposta de ocupação do tempo curricular numa sala de aula. Além, inclusive, da mediação tecnológica do ensino. A pandemia tornou visível a necessidade de ampliar o olhar sobre o encontro da educação com a saúde.

Há um efeito da pandemia que permanece, que é a expansão da utilização de recursos tecnológicos para o ensino, inclusive em relação às atividades remotas. Diante desse cenário e das condições prévias à pandemia, fica visível a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as relações entre o ensino e a saúde, entre a mediação tecnológica na educação e a aprendizagem da saúde e sobre a influência dessas questões sobre problemas sociais pressionados pelo vírus da desigualdade, expressas de muitas formas, como escassos recursos financeiros, conflitos relacionados à violência doméstica, evasão e formação escolar incompleta e emprego não qualificado.

Empiricamente, já é possível perceber um descompasso entre as aulas e os estudantes. Aqui foi o objetivo dar visibilidade a figura do estagiário que, no silêncio e no anonimato, mas num trabalho protagonista ao contribuir com a continuidade da formação dos estudantes e testemunhar o trabalho insuperável e insubstituível dos professores, contribuiu por levar acesso à educação num período que exigiu resistência e trabalhos coletivos.

No ensaio, que teve a experiência do estágio em Biologia como base empírica, a preparação para a docência funcionou como dispositivo para aproximar o ensino da Biologia ao campo de saberes e práticas da saúde, sobretudo ao funcionamento do sistema de saúde e da necessidade ética e política de associar a teoria à vida das pessoas. Aprender a docência inclui desenvolver a capacidade de analisar a condição objetiva da escola, dos estudantes e dos territórios adjacentes, além de questões sociais e políticas mais amplas, para propor uma aprendizagem significativa e capaz de fortalecer a vida e as políticas públicas.

Mesmo com os agravos de ordens sanitária e social, é possível vencer com a construção de espaços mais justos e menos desiguais! É possível ser feliz! “É possível lutar, aprender e compartilhar”. O estágio docente também foi lugar de esperançamento no sentido freireano, como aprendizagem para a transformação de si e do mundo.

Referências

ALMEIDA, R. S.; PASSOS, M. L. S. Interação e Aprendizagem com a Resolução de Problemas na Educação a Distância. **EaD em Foco**, v. 11, n. 1, 2 jun. 2021. Disponível em: <https://eademfoco.cecierj.edu.br/index.php/Revista/article/view/1420/660>. Acesso em: 10 ago. 2022.

BELARMINO, A. C. *et al.* Implicações da gestão em atenção primária em saúde no enfrentamento da pandemia da COVID-19. **Rev. APS**, v. 23, n. 3, p. 559-68, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ujf.br/index.php/aps/article/view/31088>. Acesso em: 14 set. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n. 11.788, de 25 de setembro de 2008**. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm. Acesso em: 14 ago. 2022.

CARDOSO, J. S. Professores geração Y: Mudança de perfil não garante uso mais eficaz de novas tecnologias no contexto educacional. **(CON)TEXTOS LINGÜÍSTICOS**, v. 7, p. 199-219, 2013.

CAVALCANTE, T. M. *et al.* Como a Política Nacional de Controle do Tabaco Pode Ajudar no Enfrentamento da Pandemia da Covid-19? **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66 (TemaAtual), p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/>. Acesso em: 5 set. 2022.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**: do “Fim dos Territórios” à Multiterritorialidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

CRUZ, P. G.; LEMOS, S. M.; HIGUCHI, M. I. G. **Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado**. In: O espaço como uma rede viva que constrói sociabilidade e cuidado. Série SAÚDE & AMAZÔNIA, v. 2. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

FERREIRA, J. D. *et al.* Covid-19 e câncer: atualização de aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66 (TemaAtual), p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/>. Acesso em: 15 out. 2022.

GRIPP, G. S.; FARIA, E. R. A família diante da dificuldade de aprendizagem da criança. **Universo Acadêmico, Taquara**, v. 7, n. 1, p. 33-48, 2014. Disponível em: https://www2.faccat.br/portal/sites/default/files/2_a_familia.pdf. Acesso em: 27 ago. 2022.

GUSSO, H. L. *et al.* Ensino superior em tempos de pandemia: diretrizes à gestão universitária. **Educação & Sociedade**, v. 41, 2020.

MARTINS, V.; ALMEIDA, J. Educação em tempos de pandemia no Brasil: saberes fazeres escolares em exposição nas redes e a educação online como perspectiva. **Revista Docência e Cibercultura**, v. 4, n. 2. 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/re-doc/article/view/51026>. Acesso em: 24 nov. 2022.

MERHY, E. *et al.* Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, p. 153-64, 2014.

NEGREIROS, F.; FERREIRA, B. O. **Onde está a psicologia escolar no meio da pandemia?** São Paulo: Pimenta Cultural, 2021. Disponível em: https://www.ifpi.edu.br/noticias/eBook_PsicologiaEscolar.pdf. Acesso em: 19 nov. 2022.

OXFAM INTERNATIONAL. **O vírus da desigualdade: Unindo um mundo dilacerado pelo coronavírus por meio de uma economia justa, igualitária e sustentável**. 2021. Disponível em: https://www.oxfam.org.br/wp-content/uploads/2021/01/bp-the-inequality-virus-110122_PT_Final_ordenado.pdf?utm_campaign=davos_2021_-_pre_lancamento&utm_medium=email&utm_source=RD+Station. Acesso em 25 set. 2022.

PEREIRA, L. R. Conhecimento e comunicação histórica. **História da Historiografia**: International

Journal of Theory and History of Historiography, v. 13, n. 33, p. 13-17, 2020. Doi: <https://doi.org/10.15848/hh.v13i33.1670>.

PISSAIA, L. F.; COSTA, A. E. K. Pandemia da Covid-19: percepções de estudantes de enfermagem sobre o seu ensino. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, v. 32, n. 1, p.148-164, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/oikos/article/view/11312/6596>. Acesso em: 10 set. 2022.

POSSA, L. B.; PADILLA, M.; PLENTZ, L. M.; GOSCH, C. S.; FERLA, A. A. Linha de Cuidado em COVID-19: dispositivo para organização do trabalho, gestão e educação centrado no cuidado das pessoas nos territórios. **Saúde em Redes**, n. 6, Supl.2, 2020. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3365>. Acesso em: 6 out. 2022.

SANTOS, W. P.; FERLA, A. A. Estágio curricular em Ciências Biológicas: pandemia, tecnologias virtuais e aprendizagens. **V Semana de Ciências Biológicas da UNEB**. UNEB, Bahia, 2020.

SANTOS, W. P.; FERLA, A. A. Pandemia e os Desafios de Conexão: Um Olhar do Estagiário da Saúde sobre o Processo de Ensino e Aprendizagem. In: Nicolau, S. M. *et al.* (org.). **Formação no e para o SUS na pandemia da COVID-19: resistências e (re)invenções**. - 1. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021.

SANTOS, W. P.; GOMES, F. T. “Sala de aula invertida”: análise de experiência sobre o ensino/aprendizagem de bioquímica na graduação. XLII Semana de Biologia e XXV Mostra de Produção Científica da UFJF. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2019. Disponível em: <https://sembiouiuff.zohosites.com/anais.html>. Acesso em: 26 ago. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DE MINAS GERAIS (SEEMG). **Plano de Estudo Tutorado (PET)**. 2020. Disponível em: <https://estudeemcasa.educacao.mg.gov.br/pets>. Acesso em: 14 ago. 2022.

UNESCO, UNICEF and Banco Mundial. (2020). What Have We Learnt? Findings from a survey of ministries of education on national responses to COVID-19. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/national-education-responses-to-covid19/>. Acesso em: 24 set. 2022.

UNESCO. (2020). Education: From disruption to recovery. Disponível em: <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>. Acesso em: 14 set. 2022.

APRENDIZAGENS E AFETOS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: ANOTAÇÕES DE UMA EXPERIÊNCIA INTERPROFISSIONAL EM UMA CLÍNICA-ESCOLA

Suelen Beal Miglioransa
Ricardo Burg Ceccim

Introdução

De um modo geral, a atenção à saúde é caracterizada e exercida por diferentes profissões, ocupadas cada uma com um rol de especificidades e habilidades de intervenção que, em uma perspectiva especialista de cuidado, tendem a oferecer olhar, escuta e raciocínio clínico dirigido àquilo que compete ao seu “núcleo” de conhecimentos e práticas. A atuação nesse escopo pode ser nomeada especialismo (ou, em um novo neologismo, “especificismo”) e vem reforçada por uma perspectiva de ciência moderna onde o todo é dividido em diversas partes apostando-se em disciplinas do conhecimento e profissões da intervenção. Caso essa divisão dissesse respeito ao aprofundamento de saberes aliada de uma competência ética ao ser equipe e ao encontro afetivo com as necessidades em saúde, provavelmente falaríamos da condição de interdisciplinaridade e da colaboração interprofissional como fundantes dos atos cuidadores.

A ciência moderna possibilitou o avanço de diferentes tecnologias em saúde, permitindo o estudo especializado de diferentes doenças e a qualificação técnica das intervenções profissionais, mas também delimitou objetos privativos de cada saber profissional. Sem a condição de restaurar esses *conhecimentos e práticas* (privativos) em *saberes do cuidado, da escuta e da terapêutica* (não privativos), talvez se perca o eixo central dos serviços sanitários: a atenção integral às necessidades em saúde. Os avanços científicos, tecnológicos, de diagnóstico de doenças e de assistência terapêutica foram grandiosos, porém, embasados em platôs controlados pelo exercício profissional onde os indivíduos muitas vezes são reduzidos a valores biologicistas.

Benevides de Barros (2009), em uma discussão das produções cotidianas dos modos de subjetivação, apresenta-nos uma genealogia do setor da saúde que produz o modo-indivíduo, com uma clínica de modelo liberal privatista e uma medicina-serviço caridosamente dirigida aos pobres doentes. Com isso, a medicina ganha importância e poder acentuados, encarregando-se dos corpos para garantir saúde. Uma medicina onde as responsabilidades são individualizadas e a saúde pública se exerce com base em normas de higiene. Infância e família foram, nesses termos, alvo privilegiado para a imposição de normas. Individualização e culpabilização se instauram, sendo valorizadas as práticas que fortalecem um modo-indivíduo de subjetivação e a medicalização da infância e da família (p. 51-52).

Entretanto cabe interrogar se indivíduos e famílias, usuários do sistema de saúde, são partes biológicas e isoladas, a serem medicalizadas, ou modos de existir que constroem suas vidas em meio aos aspectos coletivos e psicossociais. Nesse sentido, é necessário também problematizar como os profissionais têm sido formados. Apenas para atuarem a partir do atlas de anatomia, dos manuais de fisiopatologia, dos testes psicométricos e do mapeamento cerebral ou expostos aos afetos e relações que se estabelecem no encontro com a vida dos seus usuários?

No Brasil, a partir do movimento sanitário nos anos 1970 e 1980 e da ampliação do conceito de saúde proporcionado por uma conferência nacional que reuniu profissionais e usuários, a formação dos profissionais e as aproximações entre educação e saúde ganharam relevância política, científica e interprofissional. Segundo Ceccim e Ferla (2008), as pesquisas científicas começaram a apontar condicionantes de adoecimentos na população ligados a aspectos sociais, à desassistência e à satisfação/insatisfação com os serviços de saúde. Os estudos em saúde passaram a considerar esses aspectos, surgindo os campos de estudos da Saúde Coletiva, do Controle Social em Saúde, da Integralidade da Atenção, da Participação Popular no Setor da Saúde e da Educação e Ensino da Saúde.

Educar para o trabalho em saúde deixaria de ser, então, a transferência de recursos cognitivos e tecnológicos às novas gerações profissionais para tornar-se a formação de um quadro de agentes sociais do setor da saúde na execução de um projeto de sociedade e de um modelo tecnoassistencial correspondente a esse projeto de sociedade.

Educação e saúde colocariam ensino e cidadania como travessia de fronteiras, onde a saúde se relacionasse amplamente com a qualidade de vida e trabalho. Os profissionais seriam aqueles portadores, portanto, de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores capazes de fazer funcionar um sistema de saúde relativo à vida de todas as pessoas, estando a qualidade de vida na antecedência de qualquer padrão técnico a apreender ou a exercer. Compreender o setor da saúde implicaria passar pela produção do entendimento sobre que mundos estavam em disputa na conquista do Sistema Único de Saúde (CECCIM; FERLA, 2008).

A centralização do aprendizado em hospitais universitários e serviços especializados seguiu, contudo, orientando a formação do profissional de saúde numa lógica de critérios biologicistas e de dissociação entre clínica e política. Faz-se então necessário aos educadores da área da saúde considerar tudo aquilo que “pode a formação”, numa nova perspectiva política da educação. Para Ceccim e Feuerwerker (2004), se desenharia o “quadrilátero da formação”, onde ensino, gestão setorial, práticas de atenção e controle social entabulariam aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais na composição do saber-fazer em saúde.

Pesquisas têm buscado observar o avanço do ensino superior na área da saúde não apenas como *currículo*, mas como *fatores de exposição*, com cenários de práticas, com metodologias sensíveis e com multiversos lugares de pensar e experimentar. Saldanha (2013) em sua pesquisa intitulada “Clínica-escola, discussões e desafios na educação superior na saúde” realizou uma breve revisão apresentando observações dos últimos 20 anos que antecederam seu estudo e de como a reforma sanitária, a implementação do SUS e as Diretrizes Curriculares Nacionais interferiram na formação.

Considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais do período 2001-2004 para o campo da saúde, cada profissão compreenderia uma gama de competências e habilidades específicas, mas também competências e habilidades gerais que configurariam as profissões do cuidado e da terapêutica sob um mesmo campo de saberes.

O exercício profissional do campo da saúde envolveria em comum a **Atenção à saúde** (os profissionais de saúde devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação, tanto em nível individual quanto coletivo), a **Tomada de decisões com consciência sanitária**

(visando uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, dos medicamentos, dos equipamentos, dos procedimentos e das práticas em saúde), a **Comunicação acolhedora e protetora da integridade dos usuário** (os profissionais serem acessíveis e manterem a confidencialidade das informações a eles confiadas, estabelecerem interação uns com os outros e com o público em geral), a **Liderança no campo sanitário** (aptidão para lidar com o trabalho em equipe multiprofissional, compromisso, responsabilidade, empatia e habilidade para a condução eficaz e efetiva), a **Administração e gerenciamento em sistemas e serviços de saúde** (atuar visando administrar e gerenciar a força de trabalho, os recursos físicos, materiais e de informação) e a **Educação permanente** (desenvolvimento da capacidade de aprender continuamente, na formação e na prática).

Embora a partir de 2014 essas diretrizes tenham começado um processo de revisão, cuja primeira medida foi a retomada uniprofissional, isto é, a cada profissão um texto orientador próprio, ainda há destaque para a importância das condições que almejam benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, realização das práticas de forma integrada e contínua dentro do sistema de saúde, com o mais alto padrão de qualidade e princípios da ética e bioética. A responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas com a resolução do problema de saúde, tanto de âmbito individual como coletivo; os saberes de gestão setorial são parte da competência técnica e o domínio de saberes da educação envolvem a composição de equipes multiprofissionais e do trabalho participativo com usuários e população em geral.

A respeito da educação e trabalho no campo da saúde vem sendo proposta desde 2003 a implantação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que tenha repercussão na formação, qualificação e desenvolvimento contínuo da qualidade e resolutividade assistencial e gerencial (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009). Consideradas as lutas nacionais por mudança na formação, faz-se necessário seguir sustentando um aprendizado que permeie a integralidade da atenção, a interdisciplinaridade do saber, a interprofissionalidade das práticas e a participação social. A atuação dos diferentes núcleos de conhecimentos e práticas (categorias profissionais) deve efetivar aquilo que se previu na reforma sanitária nacional e que consta das propostas do Sistema Único de Saúde.

As reflexões específicas sobre o processo educativo não podem se esgotar nos métodos e técnicas didáticas do ensino e avaliativas do aprendizado, incluem a discussão dos modelos de atenção, de gestão, de formação e de participação. O desenvolvimento científico e tecnológico compreende tecnologias de cuidado não específicas da incorporação de técnicas, procedimentos e aparelhos, mas tecnologias cuidadoras, que podem implicar menos técnicas, procedimentos ou aparelhos e mais interação, relação, comunicação e afetos (MERHY, 2005).

As pesquisas e estudos sobre a formação dos profissionais em saúde tem então aproximado as grandes áreas da educação e da saúde, indo além do cumprimento de etapas acadêmicas e aquisição de diplomas. Contribuindo a isso, a *educação permanente em saúde* visa ser ferramenta de criticidade frente ao contexto social, político e sanitário, numa perspectiva ampliada do olhar sobre o processo saúde-doença ou mediante o conceito ampliado de saúde, ainda contribuindo para a expansão das competências e habilidades comuns entre todas as profissões da saúde com uma atuação voltada e pensada para o Sistema Único de Saúde.

Para além da atuação multiprofissional, quando vivenciados processos formativos e educativos com práticas interdisciplinares durante a graduação viabiliza-se a potência da experiência afetiva no transcurso de uma experiência aprendente e a abertura para o aprender criativo (CECCIM, 2018). Kastrup (2008) nos fala da noção de competência ética de Francisco Varela apresentando o quanto essa competência requer também a manutenção da capacidade de ser afetado pelo estranhamento e de problematizar sempre o saber acumulado. A autora traz a hipótese de que é no nível da “invenção de problemas”, não apenas na solução de problemas, que se dá a experiência afetiva e que ocorre a possibilidade de transversalização de subjetividades e mundos constituídos, emergindo aí a competência ética ou a “transversalização da diferença”.

Adquirir competência profissional, segundo a aquisição de uma competência ética entendida como transversalização da diferença, significa adquirir capacidade de “afetar e ser afetado” (SPINOZA, 2009). Afetar o outro, mas ser afetado por ele, o que requer superar a concepção tradicional na saúde de ausência de dor e sofrimento, acolhendo uma concepção de abundância de forças e potências. A atenção à saúde envolveria um mínimo necessário de atenção à vida (envolvimento do contato afetivo em meio à escuta, ao cuidado e à terapêutica)

em contraposição à ideia de mínima atenção à vida (exclusão máxima do contato afetivo na eficácia clínica). Levin-Borges (2022) designou esta última por “atenção da ausência”. Ausência em contraposição à presença porque não se crê que o nosso problema ético seja a exclusão do outro-em-nós, afastamento existencial do mundo e do outro, o que permite aceitar que o outro “se dane”. Para Levin-Borges “embotamento da capacidade de afecção”.

Por fim, cabe destaque a necessidade de compor no processo formativo a possibilidade de uma “ética entredisciplinar” que se estabeleça na estética multiprofissional e interdisciplinar do trabalho e da educação em equipes de saúde (CECCIM, 2006), o emergente de novidade sobrevivendo no *entre* que se estabelece na experiência de equipe, na experiência com usuários, na dissolução de fronteiras dos conhecimentos e práticas das profissões, na afecção pelo outro. O *entre* é o desembotamento da capacidade de afecção. O *entre* se faz possível mediante a experiência de aprender e fazer juntos, na oportunidade de atuar juntos, também no compromisso-com (CECCIM; CORREA; SILVEIRA, 2022). Associar prática e aprendizado em equipe na saúde torna cabível a colaboração interprofissional. O compromisso-com emerge como “a articulação com a vida do outro, suas necessidades e sua busca consciente ou não de expressão de sua existência” (CECCIM; CORREA; SILVEIRA, 2002, p. 83).

Uma clínica-escola que leva Educação e Saúde em seu nome

O presente documento de escrita deriva da pesquisa intitulada “Afetos de um clínica-escola: entre vidas-aprendentes”, que é parte de um projeto de mestrado no Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEdu/UFRGS). Com uma perspectiva cartográfica, a pesquisa problematiza a história e ação de uma clínica-escola que em seu nascimento rompia com a tradicional proposta formativa de certos cursos de graduação, oferecendo uma clínica com compromisso social por parte da universidade ao mesmo tempo que configurando um espaço privilegiado de aprendizagem para seus estudantes.

Tal clínica-escola se propôs ao conjunto de cursos da área da saúde como território à colaboração interprofissional e alargou a noção clínica à uma noção de apoio matricial aos serviços locais de atenção primária/saúde da família. A

pesquisa elegeu conhecer não os produtos materiais da clínica-escola, mas os imateriais, qual a experiência afetiva apreendida por seus egressos, conhecer aquilo que se estabeleceu na ordem do “corpo sensível”, da constituição de uma “aprendizagem inventiva” e de um “compromisso-com”.

Considera-se que, com base nas propostas da “experienciação” (“viver” uma experiência) e do “aprender em ato” (pelo que extrapola daquilo que é protocolar) se faz possível um aprendizado que foge do modelo unidirecional de transmissão do saber e que contempla a imersão e absorção no cenário real das práticas em saúde, mas as desafia à intervenção interprofissional, mobilizando componentes de desejo e implicação na construção de si e de seu fazer profissional aos estudantes.

Corroborando com a proposta de uma formação embasada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001-2004 aos cursos da área da saúde, mas também nas propostas emergentes no mesmo período de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e uma Política Nacional de Humanização na Saúde (PNH), surgiu, em 2008, o projeto da Clínica Universitária Regional de Educação e Saúde (CURES), situada na Universidade do Vale do Taquari (Univates), no interior do estado do Rio Grande do Sul. Com esta clínica-escola propôs-se atender às DCN de odontologia, psicologia e fisioterapia, e estabelecer retaguarda matricial para a rede básica regional em biomedicina, educação física, farmácia e nutrição (além da odontologia, psicologia e fisioterapia), em um tempo em que ainda não havia a proposta de Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O curso de pedagogia também foi incluído alargando a proposta de formação em espaços não escolares, inclusive na atenção às crianças com dificuldade de aprendizagem e transtorno global do desenvolvimento.

A proposta de trabalho foi inspirada à época no projeto da entredisciplinaridade apresentado por Ricardo Burg Ceccim em 2006 (“Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos”). A proposta prototípica envolveu docentes e estudantes de oito cursos da saúde e um da educação, que lá realizam seus estágios curriculares obrigatórios, visando-se ao atendimento de moradores na mesma região sanitária na perspectiva da clínica ampliada, do matriciamento da atenção básica e da colaboração interprofissional, fazendo uso de tecnologias leves de cuidado e experimentando o trabalho vivo em ato, proposto por Merhy (2005).

Foram princípios desta clínica-escola: a integralidade nas ações de cuidado em saúde; a interdisciplinaridade na produção do conhecimento, a multiprofissionalidade na composição de equipes cuidadoras, a horizontalização de saberes; a indissociabilidade entre ensino-pesquisa-extensão; a articulação com a rede intersetorial localregional; a humanização no atendimento; o trabalho com base nas necessidades sociais em saúde (não apenas a identificação seletiva de doenças ao serviço de referência) e o comprometimento com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Destaca-se, especialmente, a importância de projetar intervenções que visem à promoção da saúde e educação popular em saúde no bojo do conceito de integralidade da atenção.

A clínica-escola, de caráter regional, passou a oferecer seus serviços ao município sede da Universidade e aos municípios vizinhos. Desde o início de suas atividades contribuiu para a formação acadêmica e para a educação permanente em saúde dos profissionais da rede assistencial regional, à qualificação do trabalho em rede intersetorial e ao exercício do conceito ampliado de saúde no ensino, na pesquisa e na extensão universitária. A cada semestre eram recebidos em média 80 acadêmicos dos cursos de graduação em biomedicina, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia, pedagogia e psicologia. Os estudantes se inseriam no serviço por 8 horas semanais, permanecendo o prazo de um semestre letivo (19 semanas), com exceção do curso de psicologia, que permanecia dois semestres, atendendo ao projeto pedagógico do curso ao mesmo tempo que favorecendo processos organizacionais e institucionais.

Nas práticas realizadas, destacava-se a proposição da constante educação permanente em saúde proporcionada aos estudantes através dos espaços de reuniões de equipe semanais, matriciamento de casos junto com os profissionais supervisores de estágio e a reserva de 3 horas semanais para experimentações teórico-práticas aplicadas com metodologias ativas. A experientiação não era apenas de clínica, mas de equipe, de processos de gestão participativa, de matriamento e de colaboração interprofissional mediante pertencimento a uma rede real em ação real no sistema de saúde localregional.

Os usuários da clínica-escola eram referenciados pela rede de atenção à saúde de seu município de origem, preferencialmente pela equipe de referência em saúde de seu território de residência (Unidade Básica de Saúde ou Estratégia

Saúde da Família). Os atendimentos oferecidos na clínica eram realizados por equipes multiprofissionais, compostas pelos acadêmicos que estagiavam no local nas modalidades de acompanhamento interdisciplinar e/ou grupos de promoção em saúde (GPS). Propôs-se o acompanhamento interdisciplinar planejado em conjunto com os usuários, onde era construído um plano terapêutico singular (PTS), com ações a serem desenvolvidas não restritas a um núcleo profissional, mas visando à colaboração e a produção entre pares de diferentes profissões. O PTS deveria atender às necessidades dos usuários acolhidos, considerando interesses e objetivos dos mesmos, a partir de um processo educativo e não simplesmente prescritivo acerca de sua saúde.

Outras atividades vinculadas à clínica e à prática de estágio envolviam ações de apoio matricial com escolas e outros serviços, com o foco de reforçar a manutenção do cuidado em território e desenvolver mais o processo de educação em saúde e ações de educação em saúde voltadas à comunidade em geral em ações na sala de espera, nas redes sociais e na rádio local. Inaugurada em 2011, ao longo de seus 11 anos de existência, a clínica recebeu, até o início de 2022, aproximadamente 1.923 acadêmicos.

No que diz respeito ao acompanhamento aos usuários, nos atendimentos realizados de modo individual ou em grupo, visava-se o desenvolvimento de um cuidado em saúde que rompesse com o foco nos sintomas e nas doenças e que buscasse uma perspectiva de educação em saúde junto à comunidade. Foram desenvolvidas atividades de promoção da autonomia e do protagonismo no cuidado, sempre visando à educação dos usuários perante sua vida e sua saúde, elaborando planejamentos junto com os mesmos, construindo sentido e não apenas prescrevendo orientações.

A “educação” dos usuários não é o higienismo, antes o seu oposto: sentir-com, conhecer-com, intervir-com. Educação se faz com o outro e não sobre o outro, envolve o acompanhamento de processos, a partilha de situações não totalmente elaboradas, valoriza a produção de conhecimento a partir de variados modos possíveis de relação com aquilo que é objeto de cuidado/escuta/terapêutica, bem como reconhece a existência de diferentes caminhos para a aprendizagem e a produção de conhecimento (MORAES, 2010; MACIEL JUNIOR, 2016; FORTUNA, GATTO JUNIOR; SILVA, 2018).

Indo além da ideia de atendimentos restritos a consultórios, também foram elaboradas atividades em diferentes espaços que não aqueles limitados pelas paredes físicas da clínica-escola, como praças e áreas de lazer próximas ao campus universitário e utilizadas estratégias de arte-educação, ludopedagogia e jogos expressivos, sempre respeitando a vontade dos usuários. Essas oportunidades de aprendizagem coletiva interprofissional não se verificavam antes e nem são verificadas na formação pelas demais instituições de educação superior na região ou aquelas de proveniência dos docentes.

Dentre os usuários que circularam pelos corredores da CURES, selecionamos uma história de vida e cuidado a que cabe destaque, visando colaborar com o leitor na tentativa de um dispositivo para a afecção com o trabalho que ali se desenvolvia. Segue, de modo breve, a história de Senhor Cê, um usuário acompanhado pela clínica-escola entre os anos de 2016 e 2021. Sr. Cê tinha 65 anos e, entre os anos de 2019 e 2021, era acompanhado semanalmente por uma equipe multiprofissional da qual uma psicóloga era supervisora responsável. Como a cada semestre as equipes de estagiários se atualizam, neste período, quem atuou junto de Sr. Cê foram acadêmicos de odontologia, estagiários de psicologia e estagiários de enfermagem. O objetivo do seu acompanhamento na CURES era promover saúde e prevenir agravos da sua complexa condição de saúde-doença.

O Sr. Cê não tem filhos ou esposa, os vínculos familiares com irmãos e sobrinhos são enfraquecidos, tem poucos amigos, porém muitos conhecidos. Ele circula pela rede de serviços de saúde e assistência social desde que sofreu um acidente deslocando-se para o trabalho há aproximadamente 9 anos. Trabalhador da construção civil e artista, animador com personagens infantis, participou da construção do maior complexo comercial da região e foi responsável por muitos sorrisos nas crianças pelas ruas da cidade.

A gente precisa ver isso, Suelen. É muito remédio. Tem que diminuir. Eles querem me derrubar. Eu tô tomando os meus de casa. Ó, meus chás. Está saindo tudo as inflamação. Olha o que eu consigo fazer [levanta da cadeira, faz um quatro com as pernas e ergue os braços acima da cabeça]. Eu sou jovem, sou trabalhador. É assim que eu quero me sentir: vivo! Eu quero viver. Os remédios deles não me deixam fazer isso. Eles querem me matar. (Registros da escuta do usuário)

Limitado por um coração grande (literal e figuradamente) e um pulmão insuficiente (provavelmente devido a sua profissão na construção civil), Sr. Cê sofre com as consequências de uma fratura de costela consolidada de modo errado que lhe traz dores crônicas. Durante os anos de atenção à saúde, sua história era o retrato de muitos “furos” na prática de acolhimento e integralidade do cuidado. Portador de cardiopatia crônica, também tinha diagnóstico de “deficiência mental leve”, o que lhe impedia de avançar na alfabetização e trazia dificuldades na leitura e compreensão ao se comunicar. Nos momentos de frustração, regredia para atitudes infantis, falando alto e batendo o pé, o que acontecia no seu itinerário na rede de saúde, em que apresentava esse comportamento para brigar pelo que considerava a melhor assistência, até consegui-la.

Vale destacar que, não diferente de uma criança que conquista o “doce na gôndola do supermercado”, quando Sr. Cê apresentava esses comportamentos era comum que conseguisse obter os serviços e profissionais que correspondessem às suas reivindicações. Comportando-se desse modo, porém, ele já rompeu vínculo com a Equipe de Saúde da Família, com o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e com o Hospital. Ele rompia porque ninguém entendia aquilo que ele nos disse “eu quero me sentir vivo, eu quero viver” e “eles só querem prescrever”. Mesmo aos gritos em várias salas de espera desses serviços, por vários anos, Sr. Cê seguia aguardando um atendimento em saúde que lhe fosse efetivo e resolutivo. Com exceção de dois: o da antiga psiquiatra que ao invés de mandar nele, jogava quebra-cabeça com ele; e o da CURES, que ele nomeia de escola. A CURES não é escola, nos moldes da educação escolar, mas ela carrega a Educação em seu nome e em seu status de serviço. Parece que Sr. Cê, com seu grande coração, se conecta com essa essência educativa. Existe o compromisso com a educação no âmbito da formação, mas também existe o compromisso com o processo educativo em saúde para com os usuários.

Em determinado momento, após romper com todos os serviços da rede, menos com a CURES, de modo estratégico, em reunião de rede, é percebida a importância da manutenção do vínculo junto à CURES para, nesse viés educativo, reinserir Sr. Cê nos espaços de saúde, assistência e adesão à terapêutica e farmacoterapia. O trabalho na CURES se voltou, única e exclusivamente, à

promoção da saúde: escutar, acolher e perceber ferramentas que auxiliassem Sr. Cê a romper o discurso repetitivo de doença e lhe apresentar recursos para a percepção da vida. Se pretendia o incentivo à percepção de que era possível sentir-se vivo e seguir as orientações médicas.

No matriciamento do caso de Sr. Cê, realizado pelos supervisores da clínica-escola junto aos estagiários, considerando a medicalização dos modos de ser e existir e a patologização da vida, a partir de estudos sobre arteterapia/ arte-educação (CIORNAI, 2005) e sobre a “clínica peripatética”, de Antônio Lancetti (2018), constitui-se um trabalho criativo para a garantia de seu cuidado. Criou-se uma sacola terapêutica, aos moldes da caixa terapêutica das crianças em atendimento psicológico, mas que poderia ser levada a qualquer lugar. Dentro da sacola foram disponibilizados os materiais que Sr. Cê mais gostava de explorar: tintas, quadros, folhas de desenho.

A equipe realizou, por diversas semanas de atendimento, passeios pelo campus e muitas aulas sobre jardinagem e plantas medicinais ministradas pelo Sr. Cê, com o registro das mesmas em pinturas. Todas as obras foram, no ano seguinte, expostas na Casa de Cultura da cidade com uma cerimônia de abertura onde Sr. Cê, emocionado, recebeu grande destaque. A supervisora da equipe permaneceu na referência de escuta de Sr. Cê sobre direcionamentos necessários na rede, ofertando amparo e pouco a pouco restabelecendo o vínculo de Sr. Cê com sua rede de serviços, acompanhando-o em consultas e agendamento de exames.

O aprender na educação e saúde

É fato que, na prática direta com os usuários dos serviços de saúde, atender aos gritos de dores físicas e emocionais exige muito dos profissionais, porém não há teoria ou técnica protocolar que prepare efetivamente para esse acolhimento e atendimento. É na “experenciação” que se faz possível aprender. Neste caso, um aprender inventivo advindo da afecção originada dos bons ou maus encontros do corpo sensível. Para isso, é claro, faz-se necessário que existam condições para o estabelecimento de relações e para a potência do encontro e da alteridade, eis um aprendizado importante de ser convocado ainda na formação quando em um espaço supervisionado e matriciado, território de trabalho vivo e em ato.

Na CURES, a proposição era de que o estagiário atuasse não apenas para aplicar a técnica de sua profissão, mas para desenvolver as competências e habilidades desejáveis a todos os profissionais de saúde, como escuta ativa, cuidado ético, atendimento humanizado com vistas à integralidade, respeito à autonomia e incentivo ao protagonismo do usuário no cuidado. Considera-se que ao invés do profissional (em formação) prescrever, ele, numa relação dialógica, educa em saúde, estando amparado por outro profissional, com mais experiência, que o matricia neste caminho. Aposta-se no desenvolvimento de tecnologias de cuidado que façam sentido a todos os envolvidos no processo, não específicas da incorporação de técnicas, procedimentos e aparelhos, mas tecnologias cuidadoras, que podem implicar menos técnicas, procedimentos ou aparelhos e mais interação, relação, comunicação e afetos (MERHY, 2005).

Eis o processo educativo em saúde junto aos usuários/pacientes e a reorganização de um modelo de atenção que não seja centrado no saber da medicina e ciência positivista, mas que envolve usuário e profissional na decisão terapêutica, que se centra na relação e que garante a adequada conjugação de tecnologias duras, leve-duras e leves em saúde, permitindo a humanização do modelo de atenção. A noção de tecnologias de cuidado em saúde apresentada é proposta por Emerson Merhy: as tecnologias duras dizem respeito ao aparelhamento tecnológico, instrumentações e maquinários, já as tecnologias leve-duras ao saber técnico, teórico e procedimental de cada profissional e as tecnologias leves são todas aquelas do âmbito relacional, que produzem vínculo, autonomia e acolhimento (MEHRY, 2002).

Conforme exemplificado a partir da história de Sr. Cê, a escuta atenta permite compreender que, para ele, a qualidade de vida estará diretamente ligada a uma melhora da sua condição de dores físicas e a um pulmão e coração que estejam funcionais. A questão é que o profissional de saúde teria um caminho para essa obtenção e Sr. Cê teria outro. Ele, com todo seu saber popular, sabia que seu chá feito com a folha da cafeeira era mais revigorante que o medicamento que intoxicava seu corpo. No balanço entre seu saber e o saber médico, Sr. Cê realmente necessitava dos fármacos para evitar crises de falta de ar e edema, porém, a imposição e simples prescrição do caminho escolhido pelos profissionais rompia o vínculo com Sr. Cê e levava os profissionais a não acreditarem na capacidade dele ser autônomo em seu cuidado de saúde, inclusive sugerindo que pudesse ser interditado.

Nesta clínica-escola (de “entredisciplinaridade”), não poderíamos repetir essa relação de não acolhimento e não escuta de Cê. Sr. Cê não quer aderir aos medicamentos, mas quer viver. Como lidar com isso? Foi necessário construir uma relação de acolhimento, vínculo e afeto que auxiliasse na terapêutica e na educação com relação ao uso dos medicamentos. Fez-se necessário encontrar um caminho do meio, um *entre* de tudo o que o saber da medicina régia (enfermagem, farmácia e fisioterapia na nossa clínica) poderia contribuir para sua saúde e daquilo que Sr. Cê tinha de saber popular e sobre si.

Aos serviços de saúde mais tradicionais, Sr. Cê não passaria de paciente poliqueixoso e polifarmácia, que não adere à terapêutica prescrita e deveria ser tutelado – todo serviço tem um assim. Na CURES, a partir do compromisso ético desse local perante a vida e com o incentivo à educação permanente em saúde, o olhar foi diferente. Problematizar os processos de medicalização e patologização da vida e da diferença era fundamental, trouxe oxigênio e renovou os ares, auxiliando a enxugar as lágrimas perante a sensação de incapacidade e resgatar que precisamos do trabalho vivo, do movimento e do coletivo para não sermos capturados por modos de ser e existir individualizantes e culpabilizadores (patologizantes).

No caráter formativo, é desafiador desenvolver uma capacidade de disposição para o acolhimento e escuta atenta, pelas equipes que acompanham Sr. Cê, a cada semestre. Ao fazer uso de ferramentas como as reuniões de rede e matriciamento, fez-se possível um equilíbrio dos pedidos e desejos do usuário, dos profissionais, dos estagiários e das possibilidades da rede. Um aprendizado sobre como lidar com os afetos, angústias e frustrações de todos os envolvidos (usuários, estagiários, profissionais). Um aprendizado sobre acreditar que fazemos a diferença na promoção da saúde e reduzimos agravos com tecnologias de cuidado leves e relacionais. O relacionamento com Sr. Cê (trans)forma os profissionais que estão se graduando e os já graduados. Ele convoca para uma prática necessariamente inventiva, nesse tipo de clínica-escola.

Considerações do caminhar

A educação permanente em saúde dos profissionais é fundamental, não apenas para a sua atualização técnica, mas, principalmente, para que se comprometam criticamente com os atravessamentos ético-políticos associados

ao fazer clínico e outros campos de estudos necessários, como a saúde coletiva, o controle social em saúde, a integralidade da atenção, a participação popular no setor da saúde e a educação e ensino da saúde.

Perante a aproximação cada vez mais presente da saúde com a educação, especialmente ao discutirmos o processo formativo dos profissionais e a partir dos campos de saúde coletiva e comunitária, o território CURES apresentava o potencial desta aproximação. Observa-se que o processo educativo desenvolvido nessa clínica-escola sai de um modelo biomédico e dos especialismos/ especificismos para um modelo de assistência mais humanizado, com tecnologias de cuidado leve e relacionais, sensibilizando e (trans)formando estudantes e profissionais para atuarem na perspectiva de uma clínica ampliada.

Conforme a pesquisa “Afetos de uma clínica-escola: entre vidas-aprendentes”, ainda em andamento, vem se confirmando que o sucesso desse processo depende de grande investimento na qualificação dos atores envolvidos, especialmente no que diz respeito às experiências ligadas ao fazer e aprender inventivo. Uma vez que o campo de estágio se comprometa com essa proposta de trabalho e que se reconheça a importância do mesmo na formação acadêmica, mostra-se necessário que os atores envolvidos na mediação desse processo, acadêmicos, supervisores e docentes apostem nesse fazer, viabilizando a competência entredisciplinar e, somando seus diferentes núcleos profissionais, coloquem em construção a colaboração interprofissional no campo da saúde ampliada.

Romper com as lentes da falsa resolutividade que patologiza e anestesia, assim como romper com um aprendizado advindo da transmissão vertical do professor para o aluno, mas permitir um aprendizado advindo da relação e dos encontros com usuários, supervisores e colegas coloca em cena a “afecção” que produz a corporificação do aprender (intuitivo, corporal, sensível). Esse perfil de serviço de saúde repercute em respeito e humanização na atuação educativa perante as queixas e condições de saúde dos usuários visando sua promoção de saúde e autonomia, algo para o qual uma mera prescrição não serve.

Escutar, dialogar e criar estratégias-com; com paciência observar os avanços e acreditar que viver não é anestesiado, nos leva à caminhada, aos caminhos, ao caminhar. Percebe-se que, para os usuários, o acompanhamento em equipe

multiprofissional e interdisciplinar tem gerado bons resultados, observando-se adesão aos objetivos planejados e melhora de sua saúde e do seu cuidado. Esse perfil de acompanhamento evidencia a importância da clínica ampliada e do cuidado interprofissional ofertado na rotina dos serviços, possibilitando que se consiga alcançar um projeto terapêutico singular.

Aos estagiários, a experiência também tem, de modo geral, sido avaliada de maneira satisfatória apesar de incômoda, uma vez que rompe com a lógica uniprofissional, trazendo certo desconforto e estranhamento. Salienta-se que para a grande parte dos cursos este é o primeiro contato com a prática profissional e, por isso, é um momento importante para o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias ao profissional da saúde como o trabalho em equipe, a escuta ativa e a comunicação assertiva.

É necessário afirmar o que pode a formação ao romper com o modelo positivista e biologicista, buscando uma ciência intuitiva (FRANCO, 2015), a fim de afirmar subjetividades que nos permitam outras formas de habitar o mundo e produzam mais vida. Vidas-aprendentes foi o conceito que a pesquisa desenhou, numa tentativa de reafirmar as vidas que circulam pela clínica-escola (usuários, estagiários, supervisores) e que estão em movimento infinito, trazendo suas histórias e o que as constitui também para composição do local.

A clínica-escola, pela eleição dos aspectos “entre” (entredisciplinaridade) e “com” (compreender-com) permite e valoriza o aprender formal, não-formal e informal, aceita a informação e a intuição (bergsoniana), incentiva que se escape ao embotamento e se acolha o deslocamento. A competência ética posiciona a educação e ensino da saúde como ousadia da formação de profissionais de saúde. A experienciação é criação e exercício de afecção. Para Levin-Borges (2022, p. 17), “evocação da presença, atenção e criação para si de outro modo de ser que coloque o outro e o mundo imediatamente no horizonte existencial – jamais um após o outro, mas conjuntamente o par eu-outro em uma ontologia plana, imanente e horizontal”.

Referências

BENEVIDES DE BARROS, R. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina/Editora UFRGS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA N.º 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília:

Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 14 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf. Acesso em: 14 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7c7db111faa>. Acesso em: 14 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n.º 1.133, 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 259-278.

CECCIM, R. B. Réplica: sobre adaptação, resistência e competência ética na interprofissionalidade. **Interface**, v. 22, n. 2, p. 1760-1762, 2018.

CECCIM, R. B.; CORREA, R. da R.; SILVEIRA, A. L. Educação, saúde e processos inclusivos: o compromisso-com no Atendimento Educacional Especializado em uma “costura de narrativa”. **Saúde em Redes**, v. 8, n. 2, p. 483-503, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n2p483-503>. Acesso em: 08 set 2022.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, educação, saúde**, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981774620080003000_03&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 ago. 2020.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - revista de Saúde Coletiva**, v. 14, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Acesso em: 15 mar 2022.

CIORNAI, S. (org.). **Percursos em arteterapia: arteterapia e educação e arteterapia e saúde**. São Paulo: Summus, 2005.

FORTUNA, C. M.; GATTO JUNIOR, J. R.; SILVA, S. S. Pesquisar-Com. *In*: CECCIM, R. B.; DALLEGRAVE, D.; AMORIM, A. S. L.; PORTES, V. de M.; AMARAL, B. P. (org.). **EnSiQlopedia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2018. p. 201-205.

FRANCO, T. B. A ética em pesquisa e a estética do conhecimento. **Revista Brasileira de Sociologia**, v. 03, n. 05, p. 201-213, 2015. Disponível em: <https://rbs.sbsociologia.com.br/index.php/rbs/article/view/157/76>. Acesso em: 15 mar. 2022.

KASTRUP, V. Simpósio 3 — estratégias de resistência e criação. Competência ética e estratégias de resistência. *In*: GUARESCHI, Neusa (Org). **Estratégias de invenção do presente: a psicologia social no contemporâneo**. [online] Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008, p.

120-130. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/hwhw6/pdf/guareschi-9788599662908-10.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2022.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: HUCITEC, 2018.

LEVIN-BORGES, R. **Políticas da presença**: em tempos de neoliberalismo e neofascismo. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/246464>. Acesso em: 08 set 2022.

MACIEL JUNIOR, A. Einfuhlung: a ética do “sentir com”. Tempo psicanalítico, v. 48, n. 1, p. 232-248, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010148382016000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 set 2022.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MORAES, M. PesquisarCOM, política ontológica e deficiência visual. In: MORAES, M.; KASTRUP, V. (org). **O exercício dever e não ver**. Rio de Janeiro: Nau, 2010, p. 26-51.

SALDANHA, O. M. de F. L. **Clínica-escola: discussão e desafios na educação superior em saúde**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/85182>. Acesso em: 14 maio 2020.

SPINOZA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

SOBRE OS AUTORES E AUTORAS

Ana Cláudia Mallab Lopes Chamon – Graduada em Administração pelo Centro Universitário de Brasília - UniCEUB. Especialista em Docência Universitária. Chefe da Ouvidoria do UniCEUB. Pesquisadora na área de educação superior, tendo como foco saúde, terceira idade e avaliação.

Andréa Pecce Bento – Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde pela Universidade de Brasília – UnB, Especialista em Gerontologia pela Universidade Federal do Tocantins - UFT. Possui graduação em Farmácia Generalista pelo Centro Universitário UNIEURO/DF. Possui Especialização em Docência e pesquisa para área da saúde pelo Instituto Pedagógico de Minas Gerais- IPEMIG, Especialização em Gestão de Saúde Pública pelo Instituto Pedagógico de Minas Gerais- IPEMIG, Especialização em Cosmetologia e Estética pelo Instituto Pedagógico de Minas Gerais - IPEMIG. Especialização em Farmacologia Clínica pelo Instituto Pedagógico de Minas Gerais – IPEMIG.

Alcindo Antônio Ferla – Médico, doutor em educação, professor associado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), professor permanente nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFMS), professor colaborador no Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA), pesquisador visitante sênior no Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do ILMD – Fiocruz Amazônia (FAPEAM). Membro titular da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações do Trabalho (CIRHRT) e da Câmara Técnica de Estudos Integrados de Controle e Participação e Social (CTEICPS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e membro da Rede Unida.

Alessandro Rezende da Silva – Pós-doutor em Direitos Humanos (Universidade Federal de Goiás - PPGIDH/UFG, 2021), Doutor em Ciências Sociais (Flacso Equador, 2015), Mestre em Ciência Política (Unieuro, 2008), Especialista em Segurança Pública e Direitos Humanos (Unieuro/Senasp, 2008) e Jornalista (IESB, 2003). Professor do Instituto Superior de Ciências Policiais (ISCP) e do Mestrado de Investigação em Comunicação e Opinião Pública (Facultad Latino Americana de Ciencias Sociales - FLACSO).

Ceres Murad – Pedagoga (Universidade Federal do Maranhão, 1978), Mestre em Educação (Universidade Federal do Maranhão, 1998) e Doutora em Psicologia da Educação (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2008). Reitora e docente do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB) e Membro do Conselho de Administração do Grupo Dom Bosco.

Elizabeth Teixeira – Professora Titular da UEPA (aposentada). Professora do CEULM-ULBRA de Manaus e da Universidade do Estado do Amazonas. Diretora do Centro de Educação da ABEn Nacional 2010-2013, 2015-2017.

Eloá de Aguiar Gazola – Possui graduação em Odontologia pela Universidade de Taubaté (2001), Especialização em Dentística Restauradora pela ABO-RO (2004) e Mestrado em Odontologia na área de Dentística pelo Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic (2009). Especialização em Direito e Gestão Educacional (2010). Doutorado em Odontologia pela Universidade de Taubaté (2014). Tem experiência na área de Dentística, com ênfase em Resinas Compostas e Clareamento Dentário; e em Educação, com ênfase em Currículos e Gestão no Ensino Superior. Atuou como Coordenadora de Curso de Odontologia, foi Vice-Diretora Geral e Pró-Reitora Acadêmica do Centro Universitário São Lucas - RO. Atualmente é Diretora Geral da Faculdade São Lucas em Caçapava - SP.

Francisca Valda da Silva – Enfermeira, Mestre em Ciências Sociais, Especialista em Metodologia do Ensino e da Assistência de Enfermagem. Coordenadora da

Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT/CNS) e membro da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Hélia Cardoso Gomes da Rocha – Pedagoga (Fundação de Ensino Pesquisa do Sul de Minas, 1993), especialista em Design Instrucional para EAD Virtual (Universidade Federal de Itajubá, 2008), em Supervisão Educacional (PUC Minas Gerais, 1998), Educação Empreendedora (Universidade Federal de São João Del-Rei, 2009), em Moderna Educação: Metodologias, Tendências e Foco no Aluno (PUCRS, 2019), mestre em Engenharia de Produção (UFSC, 2000).

Ihanmarck Damasceno dos Santos – Possui graduação e mestrado em Química pela Universidade Federal da Bahia (1999). Apresenta disciplinas cursadas no Doutorado em Desenvolvimento Regional e Urbano da UNIFACS e na Especialização em Gestão de Empresas da Fundação Getúlio Vargas. Avaliador institucional do INEP/MEC, Vice-presidente Acadêmico e de Relações Institucionais da OTE, e palestrante de temas ligados a: Tendências para o ensino superior, Formação de Capital Humano para área Médica, Evasão e Gestão de Instituições de Ensino Superior.

Isabel Cristiane Kuniyoshi – Docente de graduação e pós-graduação, presencial e a distância. Possui experiência em administração no Ensino Superior e capacitação docente em didática, formação por competências, planejamento, avaliação da aprendizagem e metodologias ativas. Foi Coordenadora de Planejamento e Controle Acadêmico do UniSL (2013-2018), Coordenadora Pedagógica do curso de Graduação em Medicina do UniSL (2017-2018). Coordenou o curso de Especialização em Metodologia do Ensino Superior do uniSL (2017-2018). Foi Coordenadora Pedagógica do curso de Especialização em Educação Médica do UniSL (2016-2018) e Diretora Acadêmica da Faculdade São Lucas de Caçapava/SP (2018-2019) e de São José dos Campos/SP (2019). Membro da Academia Brasileira de Audiologia e da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Foi facilitadora do Programa de Ressocialização Ambiental do Ministério Público do Estado de Rondônia. É Tutora

do Programa Dangerous Decibels Brasil e integrante da coordenação nacional do INAD Brasil. Atualmente presta Consultoria e Assessoria Acadêmica, como autônoma.

Jean Marcel Chamon – Administrador, graduado pelo Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, especialista em Administração Estratégica de Sistemas de Informação, certificado pela Fundação Getúlio Vargas - FGV e especialista em Direito e Gestão Educacional, certificado pelo Instituto Latino-Americano de Planejamento Educacional - Ilape. Atua na área da gestão da educação superior há 15 anos, em funções executivas e consultivas de diversas entidades e instituições públicas e privadas.

João Paulo Mendes Filho – Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará (1979) e Especialização em Cirurgia Geral pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões, além de Residência Médica no Hospital Jaraguá (SP). Coursou Mestrado e Doutorado em Medicina na Escola Paulista de Medicina, na área de Gastroenterologia Cirúrgica, havendo cumprido parte da etapa de doutoramento na Universidade Complutense de Madri (Espanha). Atualmente exerce o cargo de Vice-Reitor e Pró-Reitor de Pós-graduação, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico do Centro Universitário do Estado do Pará-CESUPA, Presidente do Conselho de Administração da Associação Cultural e Educacional do Pará-ACEPA, mantenedora do CESUPA. Membro titular da Academia de Medicina do Pará. Área de interesse: Educação Médica.

Juliana Souza Closs Correia – Mestrado em Odontologia pela Universidade de Taubaté, Brasil (2008). Possui graduação em Nutrição pelo Centro Universitário São Camilo - Campus Ipiranga (1995) e mestrado em Odontologia pela Universidade de Taubaté (2008). Atuou como professora, Diretora de Ensino e coordenadora do Núcleo de Desenvolvimento do Ensino e da Aprendizagem do Grupo São Lucas Educacional. Tem experiência na área de Educação, com ênfase em Teoria Geral de Planejamento e Desenvolvimento Curricular, atuando principalmente nos seguintes temas:

nutrição, avaliação nutricional, estado nutricional, obesidade e alimentação, Ensino Superior, formação por competências, currículo e formação docente.

Luiz Roberto Liza Curi – Sociólogo e doutor em Economia pela Unicamp. Faz parte do Conselho Nacional de Educação (CNE) desde 2012 e, entre 1997 e 2002, trabalhou como diretor nacional de políticas de educação superior no Ministério da Educação. Foi Presidente do Inep e Diretor-geral de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Econômico do Estado de São Paulo. Faz parte do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) desde 1987. Também teve passagem pelo Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE) e pela Secretaria de Cultura de Campinas (SP).

Marcus Vinícius CM Cavalcante – Graduado em Direito, Especialista em Direito Administrativo, Especialista em Gestão de negócios educacionais e inovação. Diretor Administrativo da Faculdade Terzius. Consultor Jurídico Educacional.

Marcus Vinícius Marcelini Silveira Ribeiro – Médico, professor e preceptor. Atua como professor e preceptor, principalmente nas áreas de medicina de família e comunidade, saúde coletiva e saúde mental. Já ministrou aulas e estágios em universidades públicas e privadas, dentro e fora do Brasil, atualmente é professor na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Realiza atendimentos em clínica geral, familiar e comunitária. Atua também no sistema público de atenção à saúde indígena, na supervisão médica e acadêmica do Programa Mais Médicos. Concluiu o programa de residência em medicina de família e comunidade pela Universidade de São Paulo e atualmente realiza mestrado na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

Maria Eliza de Aguiar e Silva – Possui graduação em odontologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1976) e mestrado em Odontologia pela Universidade de Taubaté (2008). Foi Reitora do

Centro Universitário São Lucas e Diretora Geral da Faculdade São Lucas de Caçapava. Tem experiência na área de Odontologia, gestão pública e gestão educacional. Atualmente é Suplente no Senado Federal.

Mariana Oliveira Machado – Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Margô Gomes de Oliveira Karnikowski – Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Maria (1990), mestrado em Ciência e Tecnologia Farmacêuticas pela Universidade Federal de Santa Maria (1996) e doutorado pelo Programa de Pós-graduação em Patologia Molecular da Universidade de Brasília (2001), com pós-doutoramento na Universidade do Porto (Portugal). É Professora Associada I do curso de Farmácia da Universidade de Brasília e orientadora de Mestrado/Doutorado no Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde UnB, membro da Comissão de Ensino do Conselho Federal de Farmácia (CFF) e da Comissão de Ensino do Conselho Regional de Farmácia do DF (CRF-DF), no qual também foi Vice-Presidente (2014 a 2017). Foi Diretora de Avaliação da Educação Superior no INEP/MEC e Coordenadora de Educação à Distância da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), fundação do Ministério da Educação (MEC). Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em Farmacologia, atuando principalmente nos seguintes temas: gerontologia e envelhecimento humano, assistência farmacêutica, uso racional de medicamentos, farmácia clínica, promoção em saúde, educação superior e educação para saúde.

Mateus Pavei Luciano – Psicólogo, especialista em Psicologia Clínica, atuando nas áreas clínica e escolar/educacional, mestrando em Educação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Linha de Pesquisa em Educação Especial, Saúde e Processos Inclusivos. E-mail: psicologopavei@gmail.com

Milena Coelho Fernandes Caldato – Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Pará (1997) e em Farmácia pelo Centro Universitário do Pará (1995). Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia no

Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo. Título de Especialista em Endocrinologia e Metabologia pela SBEM e Título de Especialista em Nutrologia pela ABRAN. Especialista em Bioética pela Università Sacro Cuore de Roma - Itália. Doutorado em Medicina (Endocrinologia Clínica) pela Universidade Federal de São Paulo (2003). Professora Adjunto IV de Clínica Médica (sub-área: Endocrinologia) da Universidade do Estado do Pará. Professora Titular e Coordenadora do Curso de Medicina do CESUPA. Docente e Orientadora do Programa de Pós-graduação em Ensino e Saúde na Amazônia (UEPA) - Mestrado e Doutorado e do Mestrado em Educação médica do CESUPA. Chefe do Serviço e Coordenadora da Residência Médica de Endocrinologia e Metabologia do Centro Universitário do Pará - CESUPA. Foi preceptora da Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia do Hospital Universitário João Barros Barreto (2007-2014). Presidente do Departamento de Adrenal e Hipertensão da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2007-2008; 2009-2010 e 2011-2012). Presidente da Regional Pará da SBEM por 2 mandatos (2005 a 2007; 2013 a 2017). Presidente do Centro de Bioética da Amazônia (CBAm). Experiência em Endocrinologia e Metabologia, atuando principalmente nos seguintes temas: hiperplasia adrenal congênita, doenças adrenais e neuroendócrinas, Hipotireoidismo Congênito, Acromegalia, Tumores endócrinos, Hipertensão Endócrina; além de temas em Bioética e Educação Médica.

Miriam Saraiva Farias – Analista na UniCEUB - Centro Universitário de Brasília.

Mirian Benites Falkenberg – Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (2014), Especialista em Educação à Distância (2008) e em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (1995) pela Universidade de Brasília, graduada em Pedagogia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1986). Técnica do Ministério da Saúde.

Nara Alves de Almeida Lins – Médica formada pela Universidade Federal do Pará, especialista em Clínica Médica pelo Hospital Universitário João

de Barros Barreto. Mestre em Neurociência e Biologia Celular, também pela UFPA. Atualmente professora do curso de Medicina do CESUPA, supervisora da Residência de Clínica Médica CESUPA-Hospital Adventista de Belém e professora efetiva do curso de Medicina da UFPA.

Niube Ruggero – Doutora em Letras (USP, 2005), Mestre em Letras (USP, 2000), Graduação em Letras - Licenciatura Plena em Língua Inglesa e Língua Portuguesa (Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU, 1996) e em Comunicação Social - Publicidade e Propaganda (Faculdades Integradas Alcântara Machado – FIAM, 1991) e Licenciada Pedagogia (Universidade Braz Cubas, 2018). Diretoria de Ensino da Mantenedora - União Social Camiliana (2004-2008), Diretora Geral Acadêmica do grupo educacional União das Instituições de Serviços, Ensino e Pesquisa LTDA, (UNISEPE) e Pró-Reitora Acadêmica do Centro Universitário Amparense (UNIFIA) (2008-2009), Diretora Acadêmica da Universidade Braz Cubas (2017-2020).

Patrícia Martins – Possui graduação em Medicina pela Universidade José do Rosário Vellano (2008). Residência médica em Medicina de Família e Comunidade na Unifenas em 2009-2011. Atualmente é médico de família - PROGRAMA MAIS MÉDICOS no município de Aparecida de Goiânia.

Renata Innecco Bittencourt de Carvalho – Psicanalista membro do Instituto de Psicanálise-SPBsb, Doutora em Educação-UnB, Professora e Gestora de Extensão-UniCEUB.

Ricardo Burg Ceccim – Doutor em psicologia clínica, pós-doutor em antropologia médica, professor titular de educação em saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, docente e orientador no Programa de Pós-Graduação em Educação, Linha de Pesquisa em Educação Especial, Saúde e Processos Inclusivos E-mail: burgceccim@gmail.com

Ricardo Luiz Salvador – Mestre em Direito Educacional. Sócio Fundador na Salvador Advogados Associados.

Simone Abrantes – Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2010), Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2003), com pesquisa direcionada para a área da educação superior, avaliação da educação superior, saúde coletiva e formação de profissionais para a área do ensino na saúde. Licenciada em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2000). Graduação em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1988). Atuou como docente na Universidade do Vale do Rio dos Sinos, participou como membro do Núcleo Docente Estruturante (NDE) e Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional em Enfermagem (PPGEnf) – Linha de Atuação Educação em Saúde.

Suelen Beal Miglioransa – Psicóloga, especialista em atenção materno-infantil e obstetrícia e em intervenção na relação pais-bebês, supervisora de estágio na Universidade do Vale do Taquari, mestranda em Educação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Linha de Pesquisa em Educação Especial, Saúde e Processos Inclusivos.

Suzana Schwerz Funghetto – Educadora Especial. Doutora pelo Programa de Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Ciências e Tecnologias em Saúde, da Universidade de Brasília, Campus Ceilândia, Distrito Federal. Diretora da 2em1 Comunicação e Educação.

Teresa Passarella – Nutrição, mestre em desenvolvimento e políticas públicas. Analista de políticas sociais do Ministério da Saúde.

William Pereira Santos – Biólogo. Mestrando em Saúde Coletiva. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF). Membro do corpo editorial da Editora Rede Unida. Membro do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Amazonas.

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-85-54329-44-0



9 788554 329440