

2ª EDIÇÃO
REVISADA E AMPLIADA

**Participação
Social &
Políticas
Públicas**

**QUALIDADE E RELEVÂNCIA SOCIAL
DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE:
PARA O CONTROLE SOCIAL,
DUAS FACES DA MESMA QUESTÃO**

Sônia Maria Lemos
Mario Uriarte Neto
Francisca Valda da Silva
Rosibeth del Carmen Muñoz Palm
Mirian Benites Falkenberg
Alcindo Antônio Ferla

editora

redeunida

2ª EDIÇÃO
REVISADA E AMPLIADA

**Participação
Social &
Políticas
Públicas**

**QUALIDADE E RELEVÂNCIA SOCIAL
DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE:
PARA O CONTROLE SOCIAL,
DUAS FACES DA MESMA QUESTÃO**

Sônia Maria Lemos
Mario Uriarte Neto
Francisca Valda da Silva
Rosibeth del Carmen Muñoz Palm
Mirian Benites Falkenberg
Alcindo Antônio Ferla

editora

redeunida

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Q1

Qualidade e relevância social da formação profissional em saúde: para o controle social, duas faces da mesma questão / Organizadores: Sônia Maria Lemos; Mário Uriarte Neto; Francisca Valda da Silva; Rosibeth Palm; Mirian Benites Falkenberg e Alcindo Antônio Ferla – 2. ed., ed. rev. e ampl. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

137 p. (Série Participação Social & Políticas Públicas, v. 19).
E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5462-101-4

DOI 10.18310/9786554621014

1. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 2. Controle Social Formal. 3. Educação Continuada. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM 610.7
CDU 61:331.542

Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza – Bibliotecária – CRB 10/2738

**QUALIDADE E RELEVÂNCIA SOCIAL DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE:
PARA O CONTROLE SOCIAL, DUAS FACES DA MESMA QUESTÃO**

ISBN 978-65-5462-101-4



Standard Package 01 2025

Coordenador Nacional da Rede UNIDA
Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial
Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados:

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrove, Denise Bueno, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virgínia de Menezes Portes.

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).
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).
Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense).
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).
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 Nicolli (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).
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).
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Projeto Gráfico e diagramação

James Zortéa e Renato Pereira Jr.

Arte da capa

James Zortéa

Revisão

Johan Heyss



foto: acervo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

A FORMAÇÃO DAS PROFISSÕES DE SAÚDE COMO UM TEMA PARA DISCUSSÃO

Mônica Padilla

O livro *“Qualidade e relevância social da formação profissional em saúde: para o controle social, duas faces da mesma questão”*, organizado por Sonia Maria Lemos, Mario Uriarte Neto, Francisca Valda da Silva, Rosibeth del Carmen Muñoz Palm, Mirian Benites Falkenberg e Alcindo Antônio Ferra é muito oportuno e me alegra muito prefaciá-lo, uma vez que ele se origina de uma cooperação entre o Conselho Nacional de Saúde, a Organização Panamericana da Saúde e a Rede Unida, que tive a satisfação de acompanhar diretamente. Também me alegra o formato de um dossier temático que convida ao diálogo. As temáticas relativas à formação e ao trabalho em saúde são, definitivamente, temáticas que precisam ser discutidas amplamente, para que sejam pactuadas iniciativas que envolvam a sociedade e os governos para a proteção dos trabalhadores e das trabalhadoras.

Essa é a oportunidade do tema que, sobretudo depois de mais de dois anos de pandemia de COVID-19, é incontestável. Na OPAS Brasil, como no sistema OMS como um todo, o ano de 2021 foi constituído pela agenda do Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência, para homenagear e para reconhecer a relevância do trabalho em saúde. Em 2020, os aplausos foram a expressão mundial do agradecimento a eles no enfrentamento à pandemia de COVID-19. A campanha pretendeu reforçar esse reconhecimento com a mobilização para ampliar investimentos nesses trabalhadores para a superação da crise sanitária e alcançar novos padrões institucionais para suprir as necessidades da força de trabalho nos próximos anos.

Toda a Região das Américas aderiu à campanha, destacando a necessidade urgente de melhorar o investimento e a proteção dos trabalhadores como uma forma de valorizar seu papel. Compreende-se que o acesso à “saúde universal” requer investimento e proteção durante emergências de saúde e, também, após superadas, uma vez que este in-

vestimento gera saúde, empregos, oportunidades econômicas e sociais. Esse impacto mostra que o compromisso deve ser de todos para garantir condições de trabalho seguras e dignas para proteger sua saúde, inclusive a saúde mental. E para assegurar a formação adequada. O contexto exige investimentos adicionais na educação e no emprego dos trabalhadores da saúde e assistência, com uma visão compartilhada. Na agenda brasileira, o encontro entre a educação e o trabalho foi destacado e contribuiu para ampliar o debate para os demais países.

A temática da gestão do trabalho e da educação na saúde tem grande relevância na agenda internacional, já que é de reconhecimento universal que não existe saúde sem a força de trabalho no setor. Essa é uma afirmação da OMS na Estratégia Global de Desenvolvimento dos Recursos Humanos em Saúde (RHUS), “que posiciona la importancia decisiva de los profesionales y trabajadores de la salud en la operación efectiva de los sistemas de salud alrededor del mundo y su carácter esencial para la consecución de las Metas Sostenibles del Milenio al 2030”, sobretudo o acesso universal à saúde, e chama a atenção para diferentes aspectos que asseguram a presença e a suficiência de trabalhadores para que os sistemas de saúde ofereçam respostas adequadas e garantam acesso da população. A qualidade da formação é um dos aspectos mais relevantes.

No contexto das parcerias do Conselho Nacional de Saúde com a OPAS, desenvolvemos também as duas primeiras edições da campanha proposta pelo Conselho e pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) de “Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil!”, buscando ampliar as condições de proteção física e psicossocial das trabalhadoras e trabalhadores da saúde, incluindo os estudantes, docentes e pesquisadores. Proteger a ciência e a tecnologia e assegurar melhor

qualidade na formação dos profissionais foi um foco relevante da campanha.

Dessa forma, penso que a publicação de uma coletânea de textos sobre aspectos da relevância social e da qualidade da formação dos profissionais de saúde, na perspectiva da participação e do controle social é um excelente momento para refletir sobre o percurso realizado no Brasil, mas também nas Américas, e prospectar iniciativas para seguirmos avançando. O Sistema Único de Saúde brasileiro é um excelente laboratório para qualificar a gestão do trabalho e da educação na saúde e as iniciativas do Conselho Nacional de Saúde têm contribuído bastante para isso.

Lembro de ter participado de reuniões da CIRHRT sobre a avaliação dos cursos, que desencadearam iniciativas de trabalho colaborativo com a OPAS para qualificar os processos de análise e elaboração de pareceres, onde me chamava a atenção a iniciativa em si, pouco comum em outros países, e a densidade das análises feitas pelos diferentes participantes da Comissão. Não incidia sobre os processos pedagógicos e institucionais apenas o olhar mais específico dos especialistas em educação. Também estava muito visível a perspectiva do trabalho e dos movimentos sociais que representam os trabalhadores e usuários do SUS. Essa abrangência é fundamental, que a qualidade não é um lugar fixo no horizonte. A qualidade da formação na saúde precisa percorrer os territórios e dialogar com as diferentes pessoas que ocupam lugares nesses territórios. Não se trata de uma relação de poder das instituições e sistemas formadores sobre as pessoas, mas de um necessário diálogo.

E o diálogo é a proposta do livro para ampliar a qualidade da formação, o desenvolvimento de capacidades profissionais úteis e oportunas aos sistemas e serviços de saúde, a maior adesão dos trabalhadores ao contexto real do trabalho na diversidade de localidades que o SUS abrange e, mesmo, o re-

conhecimento da relevância do SUS para todos e todas. Não apenas os brasileiros e brasileiras, que a relevância dos sistemas universais para ampliar a saúde, o desenvolvimento social e econômico e a qualidade da vida das pessoas é reconhecida internacionalmente.

Então, comemoro o livro, as iniciativas do Conselho Nacional de Saúde e as iniciativas de colaboração com a OPAS. Afinal, formamos uma rede de instituições e pessoas que pretendem ver a saúde e a vida no planeta mais forte. E o contexto tem nos mostrado que ainda há muito o que fazer.

Desejo que todas e todos tenham uma boa leitura e que essa leitura mobilize para novas ideias e outras iniciativas.

sumário

7. *Prefácio - A Formação das Profissões de Saúde como um Tema para Discussão*
Mônica Padilla
13. *Formação Profissional para o Trabalho em Saúde como Tema do Controle Social: Qualidade e Relevância Social como Faces da Mesma Questão*
Mirian Benites Falkenberg, Alcindo Antônio Ferla, Sônia Maria Lemos, Francisca Valda da Silva, Mário Uriarte Neto e Rosibeth del Carmen Muñoz Palm
27. *Construção Social da Avaliação de Cursos de Graduação da Saúde: da definição constitucional ao cotidiano da regulação*
Mirian Benites Falkenberg, Alcindo Antônio Ferla, Francisca Valda da Silva, Máisa Beltrame Pedroso, Mário Uriarte Neto, Sônia Maria Lemos e Ruth Ribeiro Blttencourt
45. *Calidad de la formación de profesionales de la salud en el contexto de la pandemia COVID 19 y la protección de sus agentes. El Salvador*
María Ángela Elías Marroquín e José Francisco Marroquín
57. *O SUS e as narrativas de educação permanente em saúde*
Ruben Araujo de Mattos (in memoriam), Manuelle Maria Marques Matias, Mônica de Rezende e Tatiana Vargas de Faria Baptista
71. *A Integração Ministério da Saúde e Ministério da Educação: a Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*
Ana Estela Haddad, Mário Uriarte Neto, Maria Helena Machado e Francisco Eduardo de Campos
89. *Novas Diretrizes Curriculares Nacionais da Terapia Ocupacional: por uma formação baseada na diversidade epistêmica e nos direitos sociais e humanos*
Stella Maris Nicolau, Rafael Garcia Barreiro, Rosibeth del Carmen Muñoz Palm e Patrícia Leme de Oliveira Borba
103. *Proposta de Novas Diretrizes Curriculares Nacionais em Fonoaudiologia – um processo de construção coletiva*
Vera Lúcia Garcia, Marina MP Padovani e Janaína R Bosso
110. *Evaluación de la relevancia social y sanitaria de los cursos de pregrado en salud*
Manuel Núñez Vergara
125. *Sobre os Autores e Autoras*
135. *Índice Remissivo*



foto: acervo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O TRABALHO EM SAÚDE COMO TEMA DO CONTROLE SOCIAL: QUALIDADE E RELE- VÂNCIA SOCIAL COMO FACES DA MESMA QUESTÃO

Mirian Benites Falkenberg¹
Alcindo Antônio Ferla²
Sônia Maria Lemos³

Francisca Valda da Silva⁴
Mario Uriarte Neto⁵
Rosibeth del Carmen Muñoz Palm⁶

1 Pedagoga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB), Especialista em Educação à Distância (UnB) e Especialista em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (UnB), Servidora Pública, Técnica em Assuntos Educacionais do Ministério da Saúde (MS), Assessora Técnica do Conselho Nacional de Saúde na Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT/CNS). mirianfalk10@gmail.com.

2 Médico, doutor em educação. Professor permanente dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGCoI/UFRGS), Psicologia (PPGP/UFPA) e Saúde da Família (PPGSF/UFMS) e professor colaborador no Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA/ILMD/Fiocruz Amazônia). Membro titular da CIRHRT/CNS. ferlaalcindo@gmail.com.

3 Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta da Universidade do Estado do Amazonas. Professora permanente do Programa de Pós-graduação Mestrado em Saúde da Família-Prof Saúde - Rede FIOCRUZ/UEA. Professora permanente do Programa de Pós-graduação Mestrado em Saúde Coletiva-PPGSC - UEA. Pesquisadora colaboradora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA/ILMD-Fiocruz Amazônia. É membro da Câmara Técnica da CIRHRT/ CNS. slemos@uea.edu.br.

4 Mestre em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN (Natal/RN, 1992). Atua como Coordenação Adjunta da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/CNS (2016/2018) e da Comissão Inter setorial de Saúde das Mulheres - CISMU (novembro de 2017-2018). Integra o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRN - NESC-UFRN.

5 Graduado em Odontologia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (1986). É membro da Associação Brasileira de Ensino Odontológico/ABENO desde 2000. Está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. . É membro Titular da Academia Catarinense de Odontologia, cadeira nº 20. Tem experiência na área de Formação de Recursos Humanos em Odontologia, Ensino na Saúde e Ergonomia na Odontologia.

6 Terapeuta Ocupacional graduada pela PUC-Campinas em 1980. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná em 2014. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 2001. Docente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná em regime de Dedicção Exclusiva a partir de 2008. Membro da Diretoria Ampliada da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO) desde 2012. Vice Presidente da RENETO no período de 2016-2018. Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional da UFPR, (2018 -2020). Membro do Banco de Avaliadores (Basis) do INEP/MEC.

Este livro nasceu da experiência do Conselho Nacional de Saúde (CNS), principalmente por meio da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) e da sua Câmara Técnica na avaliação da relevância social e sanitária dos cursos da área da saúde como tradução da qualidade tecnopolítica e da sua compatibilidade com as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS). Sem estender muito a discussão sobre as diferentes abordagens da educação em relação à qualidade do ensino, para o CNS – e com inspiração nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da saúde, da Política Nacional de Educação e Desenvolvimento do Trabalho na Saúde (a denominada Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS), a articulação educação e trabalho é um marcador de excelência da qualidade, considerando a crítica epistemológica sobre a especialização do conhecimento e a fragmentação técnica e profissional no mundo contemporâneo e, sobretudo, reconhecendo a produção da saúde – e, da mesma forma, o trabalho no interior de sistemas, serviços e redes territoriais – como campo de ação complexo. Aliás, o início dos anos 2000, onde nascem os marcos formais da articulação formação e trabalho no Brasil, na educação e na saúde, é também o período que se assume, internacionalmente, o paradigma do ensino embasado em sistemas, com sua ação institucional de integração entre o ensino e serviços (FRENK et al., 2010). No caso brasileiro, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETES), em 2003, constitui uma gramática própria para esse processo, onde o “aprender a aprender” das DCN assume a forma de aprender no/com o trabalho.

Essa formulação, que sofreu descontinuidades e tensões ao longo dos anos, inclusive no interior do governo federal no período da gestão que a instituiu, teve grande capacidade conceitual e prática de associar duas questões muito relevantes

para a avaliação feita no CNS sobre a formação em saúde: articular constitutivamente o ensino das profissões da saúde com o trabalho, como questão pedagógica fundamental para a qualidade da formação; e inserir a institucionalidade do SUS e suas políticas nos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde como condição de mudança da formação.

Assim foi desde o ano de 2003, quando o Conselho Nacional de Saúde aprovou, como lhe compete pela legislação em vigor, a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” (Brasil, 2003), que, em 2004, foi referendada na 12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca (com o slogan “Saúde: um direito de todos e dever do estado – a saúde que temos, o SUS que queremos”) e assumiu o formato da Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº 198, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o SUS (Brasil, 2004).

Nesse contexto, a educação permanente em saúde, como política do SUS e como pedagogia de formação no/pelo trabalho (CECCIM, FERLA, 2008), foi sendo incorporada pelo controle social e ganhou cotidianidade nas políticas e projetos, inclusive nas iniciativas do CNS de desenvolvimento do trabalho do controle social. Foi também tornada transversal na avaliação dos cursos técnicos e de graduação, nas diferentes etapas de contato com o CNS. Nos cursos de graduação de enfermagem, medicina, odontologia e psicologia, a intensidade da articulação com os sistemas locais de saúde e com as questões que ordenam o trabalho em saúde no SUS, são questões centrais que embasam a avaliação e o parecer final da análise feita nos documentos que apresentam cada proposta formulada pelas Instituições de Ensino Superior (IES) para as diferentes etapas regulatórias (abertura, credenciamento, reconhecimento do credenciamento).

Passados pouco mais de 20 anos, resolvemos re-encontrar esse debate, por meio da iniciativa de publicação deste livro, em parceria do Conselho Nacional de Saúde, da Organização Panamericana da Saúde e da Editora Rede Unida. Por meio de um convite amplo, que se irradiou desde a CIRHRT, foram mobilizados diversas autoras e autores que contribuíram com as reflexões que aprerentamos aqui, inclusive no âmbito da América Latina. Os manuscritos que foram aceitos para a publicação dialogam com a temática da formação das profissões, da interface com o SUS e o mundo do trabalho e a perspectiva do controle social.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E FORMAÇÃO DAS PROFISSÕES DA 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 E 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 de 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.

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 dis-

tintos 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 intersectoriais 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, Notas e Pareceres Técnicos e Moções referentes às suas temáticas; apoio a 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, a relevância social dos cursos e a sua articulação e compromisso com o SUS.

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 e RIBEIRO apud CATTANI e 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.

AS DOBRAS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E DO TRABALHO EM SAÚDE

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, equânime 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 es-

truturas cognitivas para a realização de novos e mais complexos processos pedagógicos. Isto explica porque 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.

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

A FORMAÇÃO COMO TEMÁTICA DO CONTROLE SOCIAL: O QUE DIZEM AS ORIENTAÇÕES DO CNS

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 local; 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 SEGUINTE 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 primeiro ano 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 responsabilizações 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 SEGUINTE 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 por 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 objeti-

vos 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 SEGUINTE ORIENTAÇÕES:

- a. as DCN devem expressar a formação de um profissional apto a atuar para a integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional. O preceito da integralidade aponta para a interdisciplinaridade, enquanto integração de diferentes campos de conhecimentos; para a interprofissionalidade, ocasião em que há intensa interação entre diferentes núcleos profissionais; e para a intersetorialidade, envolvimento de diferentes setores da sociedade no atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde;
- b. os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) devem apresentar estratégias alinhadas aos princípios da interdisciplinaridade, intersetorialidade e interprofissionalidade, como fundamentos da mudança na lógica da formação

dos profissionais e na dinâmica da produção do cuidado em saúde;

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

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 leve-duras’; e, finalmente, uma outra que está presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém ‘tecnologias leves’ implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem existência em ato [...] (MERHY, 2006).

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 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 resoluibilidade 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.

AS DIFERENTES VOZES DO CONTROLE SOCIAL NO LIVRO

O livro que apresentamos à leitura é composto por oito capítulos, distribuídos em três seções. Como representação da participação social, os autores e as autoras falam desde a gestão, movimentos sociais, trabalhadores de saúde, pesquisadores e especialistas na temática da formação e do trabalho em saúde, entre outros lugares de fala.

Inicialmente, fizemos um exercício de sistematização para registrar o percurso e o ponto em que estamos na avaliação dos cursos de graduação em saúde no momento do fechamento do livro. Revisamos nossos marcos normativos, reencontramos nossos modelos de análise e nossos principais debates, para coletar energia e seguir avançando. Muito energia é necessária nesses tempos, em que a pandemia, o negacionismo, o esfacelamento da institucionalidade democrática e um autoritarismo saudosista dos períodos da ditadura nos ameaçam de todos os lados. Mas o controle social do SUS, em particular no Conselho Nacional de Saúde, não se dobra ao que nasceu para combater. Respiramos profundamente e seguimos. O esperançamento para novos tempos nos fez agenciar convites e produzir este livro, seguindo nosso

trabalho regular. A “seção introdutória” é ocupada pelo lugar do CNS e da CIRHRT.

Na Seção 1, agrupamos textos que nos ajudam a compreender os temas da qualidade e da relevância social dos cursos. Eles foram coletados com base na pergunta “do que falamos?”. Na Seção 2, o tema da “Qualidade e relevância social dos cursos de graduação em saúde como dobras das políticas do SUS” foi preenchido com textos que nos fazem pensar na articulação das políticas do SUS como definições do “mundo do trabalho” para as profissões da saúde. Por fim, na Seção 3, retomamos o tema das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da saúde, para perguntar o “quanto nos afastamos dos currículos mínimos?”. Novas dobras, outros diálogos, mais iniciativas de inovação. O que queremos com o livro é explodir pensamentos e estimular novos movimentos para a mudança da formação em saúde. Porque a formação em saúde é um tema do controle e da participação social, mais do que das disciplinas e teorias que pretendem enquadrá-la. Também é compromisso social e responsabilidade cidadã e coletiva. Assim, o objetivo dos cursos é produzir saúde e das saúdes, sabemos todos.

Desejamos-lhe boa leitura e reiteramos o convite para o diálogo!

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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: SGTES/MS, agosto de 2003.

Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf

_____. 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 de fevereiro de 2004.

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

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

_____. 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 de julho de 2006.

_____. 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 de dezembro de 2017.

_____. 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.

_____. 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 de novembro de 2016a.

_____. 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.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>. Acesso em: 4 out. 2021.

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, 2013. Vol. 3. pp. 237-271. 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://bvsm.s.saude.gov.br/zbvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 4 out. 2021.

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**. 19ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.

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). Acesso em: 5 out. 2021.

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.

LIOS
ESSENTE!

A CIENCIA, SE
NÃO DIMINUIR
O SOFRIMENTO
DA HUMANIDADE?

MERCADES
DE FORTUNA

ICA GUINHA

ADORA DO MOVIMENTO
MOLE QUE

AGATHA
FELIX

ABENS
CE A
RIL

DEMONSTRAR A MORTE

TAXAS DE HOMICÍDIOS

ENTÃO VINCULADAS À
MORBIDADE DEMONSTRADA

ANEXO DE 2004 - MORBIDADE - SAÚDE
MUNICIPAL DE SÃO PAULO - SP

ANO DE 2004 - MORBIDADE - SAÚDE
MUNICIPAL DE SÃO PAULO - SP



ANO DE 2004 - MORBIDADE - SAÚDE MUNICIPAL DE SÃO PAULO - SP	ANO DE 2004 - MORBIDADE - SAÚDE MUNICIPAL DE SÃO PAULO - SP
---	---

↑ AUMENTO DA RENDA =

↓ QUEDA DA TAXA DE CRIMINALIDADE

CRIMINALIZAÇÃO + MILITARIZAÇÃO DA VIDA SÃO FATORES QUE CONTRIBUEM NAS TAXAS DE SUICÍDIO

Fatores que contribuem para a criminalização da sociedade

MILITARIZAÇÃO DA ESCOLA

MILITARIZAÇÃO DA POLÍCIA

MILITARIZAÇÃO DA JUSTIÇA

foto: acervo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

CONSTRUÇÃO SOCIAL DA AVALIAÇÃO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO DA SAÚDE: da definição constitucional ao cotidiano da regulação

Mirian Benites Falkenberg⁷
Alcindo Antônio Ferla⁸
Francisca Valda da Silva⁹
Maísa Beltrame Pedroso¹⁰

7 Pedagoga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB), Especialista em Educação à Distância (UnB) e Especialista em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (UnB), Servidora Pública, Técnica em Assuntos Educacionais do Ministério da Saúde (MS), Assessora Técnica do Conselho Nacional de Saúde na Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT/CNS). mirianfalk10@gmail.com,

8 Médico, doutor em educação. Professor permanente dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGCol/UFRGS), Psicologia (PPGP/UFPA) e Saúde da Família (PPGSF/UFMS) e professor colaborador no Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA/ILMD/Fiocruz Amazônia). Membro titular da CIRHRT/CNS. ferlaalcindo@gmail.com

9 Mestre em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN (Natal/RN, 1992). Atua como Coordenação Adjunta da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/CNS (2016/2018) e da Comissão Inter setorial de Saúde das Mulheres - CISMU (novembro de 2017-2018). Integra o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRN - NESC-UFRN.

10 Graduada em Nutrição. Mestrado e Doutorado em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação na Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Coordenadora Executiva do Curso de Nutrição da Universidade do Vale do Rio dos Sinos de 1995 a 2011. Coordenadora da Política de Alimentação e Nutrição da Secretaria da Saúde do RS, de 2015 a 2019.

Mário Uriarte Neto¹¹
Sônia Maria Lemos¹²
Ruth Ribeiro Blttencourt¹³

O Conselho Nacional de Saúde e as Conferências de Saúde foram instituídos no Brasil pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, quando houve a reformulação do então Ministério da Educação e Saúde Pública (COSTA; VIEIRA, 2013), todavia, foi a partir da 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, que a participação da sociedade nas políticas públicas foi efetivamente normatizada. A democratização das políticas de saúde foi um avanço conquistado no processo de disputas empreendido pelo Movimento da Reforma Sanitária, a partir da década de 1970, e resiste até os dias atuais, apesar das eventuais forças contrárias ao Estado Democrático de Direito (BRASIL, 1988).

Atuando como mecanismos essencialmente de natureza democrática e democratizante, os Conselhos e as Conferências de Saúde são as instâncias legítimas conquistadas pela sociedade brasileira para exercer a participação e o controle social, no

11 Graduado em Odontologia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (1986). É membro da Associação Brasileira de Ensino Odontológico/ABENO desde 2000. Está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. É membro Titular da Academia Catarinense de Odontologia, cadeira nº 20. Tem experiência na área de Formação de Recursos Humanos em Odontologia, Ensino na Saúde e Ergonomia na Odontologia.

12 Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta da Universidade do Estado do Amazonas. Professora permanente do Programa de Pós-graduação Mestrado em Saúde da Família-Prof Saúde - Rede FIOCRUZ/UEA. Professora permanente do Programa de Pós-graduação Mestrado em Saúde Coletiva-PPGSC - UEA. Pesquisadora colaboradora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPA/ILMD-Fiocruz Amazônia. É membro da Câmara Técnica da CIRHRT/ CNS. slemos@uea.edu.br

13 Graduada em Serviço Social. Possui mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (2000). Atualmente é Professor universitário da Universidade Estadual do Ceará. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social Aplicado.

sentido de efetivar a proteção e a promoção da saúde como direito de todos e dever do Estado.

Os Conselhos e as Conferências constituem-se nos principais mecanismos de participação social em saúde no Brasil, institucionalizados a partir dos preceitos da Constituição Cidadã de 1988 que, por sua vez, teve seus fundamentos oriundos da histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

Especificamente, em se tratando da “formação profissional em saúde”, o Artigo 200, Inciso III da CF/1988 estabelece que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar a formação dos seus recursos humanos. Essa competência constitucional do SUS é exercida por meio de diferentes mecanismos legais e infralegais, do qual faz parte o controle social, legitimado principalmente pela Lei 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade em sua gestão.

Da origem até a configuração atual, expandiu-se o conceito de Saúde, redefiniram-se as atribuições dos Conselhos, que inicialmente restringiam-se ao assessoramento ao ministro em temas definidos por demanda do mesmo, diversificaram-se e ampliaram-se os segmentos populacionais que acessam o sistema público de saúde e que reivindicam lugar de fala no exercício da participação e do controle social sobre as políticas públicas e de saúde. Nesse ínterim histórico, entre avanços e retrocessos, o SUS foi criado e teve reconhecimento público, como por exemplo, na atual pandemia de Covid-19, quando se configurou em uma alternativa viável para amplos segmentos da população, mesmo com escassa liderança do Governo Federal no enfrentamento e mitigação das consequências da mesma.

O caráter descentralizado do SUS e, também, do controle social, tomou visibilidade e continua existindo e "re-existindo" para a manutenção da saúde

como direito humano e não como "mercadoria". E, é nesse sentido, que o Conselho Nacional de Saúde entende a formação profissional em saúde, ética, com compromisso social e responsabilidade coletiva.

A COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO (CIRHRT) E SUA CÂMARA TÉCNICA

Criada para ser a articuladora das políticas e programas de interesse para a saúde e formuladora de diretrizes para a gestão do trabalho e da educação na saúde, na perspectiva do controle/participação social, A Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) é uma das comissões do CNS previstas no Artigo 12 da Lei 8.080/1990. Atua tendo em vista a necessária integração ensino-serviço-gestão-comunidade, e do desenvolvimento dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, bem como das suas relações de trabalho¹⁴.

O Artigo 16 da Lei nº 8.080/1990, 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). Por isso, pautada por processos dialógicos e de construção coletiva a CIRHRT desenvolve suas atribuições envolvendo parcerias estabelecidas com distintos atores dos setores da saúde, da educação e do trabalho.

14 A Resolução 513, de 6 de maio de 2016, altera o Regimento do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pela Resolução 407, de 12 de setembro de 2008, e entre outras mudanças, altera a denominação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), que passa a chamar-se Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT).

Desde a década de 1990 o CNS atua, por meio dessa comissão, na regulação da formação profissional em saúde, sob a ótica do controle/participação social. Levantamento elaborado pela assessoria técnica relaciona as seguintes Resoluções, aprovadas pelo Pleno /CNS nos anos 1990 e 2000, que demonstram como se deu o percurso histórico de construção da articulação intersetorial do CNS com o Ministério da Educação (MEC):

- **Resolução 17, de 28 de novembro de 1991:** oficia ao Ministro de Estado da Educação, da necessidade de serem estabelecidos os mecanismos técnicos e administrativos necessários ao cumprimento das disposições constitucionais e dos demais atos legais que disciplinam a matéria. Foi, então, solicitado que os processos que tramitavam no Ministério da Educação e Cultura, de autorização de abertura de novas escolas de graduação na área de saúde, fossem encaminhados para “exame” do CNS. Os cursos mencionados na referida Resolução eram: Medicina, Odontologia, Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Nutrição e Educação Física;
- **Resolução 100, de 03 de fevereiro de 1994:** resolve acatar recomendação da Comissão Técnica de Atuação Profissional (CT/APAS) de inserir o módulo de Medicina Social e Preventiva nos cursos de graduação em Medicina e a introdução da Cadeira de Saúde Pública nos currículos de todos os cursos de graduação na área de saúde do País;
- **Resolução 106, de 7 de abril de 1994:** posiciona-se contrária a abertura de novos cursos de Psicologia nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e no Distrito Federal; baseando-se nos pareceres dos Conselhos Estaduais de Saúde, dá parecer contrário a abertura de cursos de Psicologia no Paraná e no Amazonas;
- solicita aos Conselhos de Saúde dos demais estados que enviem as informações referentes aos pedidos de cursos de Psicologia em sua área;
- **Resolução 115, de 9 de junho de 1994:** propõe ao Ministério da Educação e Desporto que negocie junto ao Congresso Nacional um Projeto de Lei para alterar a Lei 8.501/92, no sentido de permitir que as escolas e faculdades formadoras de profissionais de saúde possam utilizar cadáveres não reclamados às autoridades públicas em prazo mínimo de trinta dias;
- **Resolução 131, de 04 de agosto de 1994:** propõe que o conteúdo de Medicina Preventiva e Social faça parte de todas disciplinas do ciclo clínico, que compõem o currículo do curso de medicina, sem prejuízo da disciplina específica de Medicina Preventiva e Social; propõe a introdução do módulo de Medicina Preventiva e Social no internato do curso de graduação em Medicina; propõe à Comissão de Ensino Médico do MEC a criação de grupo de trabalho para no prazo de 60 (sessenta) dias, prorrogáveis por igual período, prepare sugestões de conteúdo e metodologia;
- **Resolução 157, de 08 de junho de 1995:** recomenda apoio e participação dos órgãos financiadores e aos Ministérios da Educação e da Saúde, no Projeto de Pesquisa de Avaliação das Escolas Médicas.
- **Resolução 203, de 07 de novembro de 1996:** determina que o processo de solicitação de criação de novos cursos da área de Saúde, a ser protocolado, inclua o parecer do Conselho Estadual de Saúde respectivo;
- **Resolução 204, de 07 de novembro de 1996:** constitui Comissão integrada por Conselheiros representantes dos profissionais de saúde, dos usuários, de cada Conselho de Classe

dos Profissionais de Saúde, da ABRASCO, da ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica e da Secretaria de Ensino Superior do MEC, para analisar e emitir parecer, a ser apreciado pelo CNS, sobre a necessidade social de abertura dos 596 processos de autorização de novos cursos de graduação de profissionais de saúde;

- **Resolução 218, de 06 de março de 1997** : reconhece como profissional de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais;
- **Resolução 287, de 08 de outubro de 1998**: Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas; fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais;
- **Resolução 324, de 03 de julho de 2003**: recomenda a suspensão total da abertura de novos cursos superiores da área da saúde por um período mínimo de 180 dias, a partir desta data, incluindo os processos de solicitação de abertura de novos cursos em andamento neste Conselho Nacional de Saúde-CNS;
- **Resolução 325, de 03 de julho de 2003**: recomenda a realização de Audiência Pública específica para a Área da Saúde com a Comissão Especial de Avaliação e definições relativas à avaliação das condições de ensino para as profissões da área da saúde sejam construídas mediante trabalho intersetorial da Educação e da Saúde;
- **Resolução 335, de 27 de novembro de 2003**: afirma a aprovação da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde,” como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente; recomenda aos gestores do SUS, nas esferas federal, estadual e municipal, que envidem esforços para a implantação e implementação desta Política; apoia as estratégias e ações que visem à interação entre a formação de profissionais e a construção da organização da atenção à Saúde;
- **Resolução 336, de 15 de fevereiro de 2004**: prorroga a Resolução nº 324/CNS/2003 por um período de 60 (sessenta) dias;
- **Resolução 337, de 11 de março de 2004**: recomenda aos Ministros de Estado da Saúde e da Educação a suspensão da abertura de novos cursos na área da saúde e o prazo de até 180 dias para que apresentem a proposta do governo federal para a regulação da abertura de novos cursos de graduação da área da saúde;
- **Resolução 350, de 09 de junho de 2005**: normatiza os critérios de regulação da abertura, reconhecimento e renovação do 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;
- **Resolução 429, de 12 de novembro de 2009**: reafirmar que cabe a CIRH a prerrogativa de

analisar os processos de autorização de oferta de cursos superiores na área da saúde;

- **Resolução 430, de 12 de novembro de 2009:** reafirmar a competência da CIRH para avaliar, analisar e dar parecer de autorização de cursos na área da saúde e aprovar fluxo dos processos;
- **Resolução 450, de 10 de novembro de 2011:** aprova resolução que trata do apoio às ações conjuntas com o Ministério da Educação, no sentido de aprimorar a qualidade dos cursos de graduação das profissões da saúde; o Conselho Nacional de Saúde, em ação conjunta com o Ministério da Educação, aprova resolução que trata do aperfeiçoamento dos mecanismos de integração ensino-serviço;

O Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do CNS, apresentando, em seu Artigo 2º, Inciso VIII, 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).

Tendo em vista a integração ensino-serviço-gestão-comunidade, componente importante da formação profissional em saúde, o Artigo 13 do referido Decreto destaca a criação de 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, para a necessária formação de profissionais implicados com os territórios e as necessidades sociais de suas gentes.

Atualmente, uma das atribuições da CIRHRT, no âmbito da ordenação da formação profissional em

saúde é cumprir o disposto no Decreto 9.235, de 15 de dezembro de 2017¹⁵, que trata do 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 (BRASIL, 2017)¹⁶.

Segundo os Artigos 41 e 51, respectivamente, deste Decreto, os cursos de graduação em Direito, Medicina, Odontologia, Psicologia e Enfermagem, inclusive em universidades e centros universitários, nos atos regulatórios de autorização e reconhecimento, dependem de aprovação/homologação do Ministério da Educação (MEC), após prévia manifestação do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e do Conselho Nacional de Saúde sendo, todavia, a manifestação destes Conselhos, de caráter opinativo.

Cumprindo esta atribuição, segundo relatórios de atividades da comissão, nos últimos dois anos, de janeiro de 2020 até janeiro de 2022, foram analisados no âmbito da CIRHRT mais de 500 processos de autorização e/ou reconhecimento de cursos de graduação, cujos pareceres consubstanciados foram enviados ao MEC, via Sistema e-Mec¹⁷.

15 Para compreender o histórico legal do exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e de cursos superiores de graduação e de pós-graduação no sistema federal de ensino ver: Decreto 1.303, de 8 de novembro de 1994; Decreto 2.207, de 15 de abril de 1997; Decreto 2.306, de 19 de agosto de 1997; Decreto 3.860, de 9 de julho de 2001; Decreto 5.773, de 9 de maio de 2006; Decreto 8.754, de 10 de maio de 2016.

16 Destaca-se que as referidas competências de regulação, supervisão e avaliação dos cursos também são exercidas pelo Ministério da Educação (MEC), pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) e pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (Conaes).

17 O Sistema e-Mec foi criado para fazer a tramitação eletrônica dos processos de regulamentação. Pela internet, as instituições de educação superior fazem o credenciamento e o reconhecimentos, buscam autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos. Em funcionamento desde janeiro de 2007, o sistema permite a abertura e o acompanhamento dos processos pelas instituições de forma simplificada e transparente. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/e-mec-sp-257584288>. Acesso em 11/04/2022.

Dentre os membros desta CIRHRT atual estão representantes de associações de ensino, conselhos e profissionais, executivas estudantis, gestores, docentes, trabalhadores e conselheiros de saúde, além de demais atores estratégicos para as pautas que envolvem a articulação intersetorial prevista, conforme descrito mais detalhadamente a seguir.

Atualmente, de acordo com a Resolução nº 630, de 11 de outubro de 2019¹⁸, são as seguintes entidades que compõem a CIRHRT, totalizando 19 (dezenove) membros titulares e 17 (dezessete) membros suplentes: **I - Titulares:** a) Coordenação: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) - Trabalhador/Profissional de Saúde; b) Coordenação-Adjunta 1: União Nacional dos Estudantes (UNE) - Usuário; c) Coordenação-Adjunta 2: Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG) - Usuário; d) Associação Brasileira da Rede Unida - Trabalhador/Profissional de Saúde; e) Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) - Trabalhador/Profissional de Saúde; f) Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA) - Trabalhador/Profissional de Saúde; g) Conselho Federal de Farmácia (CFF) - Trabalhador/Profissional de Saúde; h) Escola Nacional dos Farmacêuticos (ENF) - Trabalhador/Profissional de Saúde; i) Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) - Trabalhador/Profissional de Saúde; j) Central Única dos Trabalhadores (CUT) - Usuário; k) Associação Brasileira de Autismo (ABRA) - Usuário; l) Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Federal (CONDSEF) - Usuário; m) Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS) - Gestor/Pres-

tador; n) Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS) - Gestor/Prestador; o) Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde (CGATES/SGTES/MS) - Gestor/Prestador; p) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) - Gestor/Prestador; q) Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) - Gestor/Prestador; r) Confederação Nacional do Comércio (CNC) - Gestor/Prestador; e s) Associação Brasileira de Empresas Prestadoras de Serviços de Fisioterapia (ABEFI) - Gestor/Prestador.

II - Suplentes: a) Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) - Trabalhador/Profissional de Saúde; b) Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI) - Trabalhador/Profissional de Saúde; c) Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) - Trabalhador/Profissional de Saúde; d) Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social (CNTSS) - Trabalhador/Profissional de Saúde; e) Federação Nacional dos Médicos Veterinários (FENAMEV) - Trabalhador/Profissional de Saúde; f) Sindicato dos Trabalhadores da Fiocruz (AS-FOC) - Trabalhador/Profissional de Saúde; g) Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB) - Usuário; h) Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM) - Usuário; i) Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST) - Usuário; j) Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar no Brasil (CONTRAF Brasil) - Usuário; k) Confederação Nacional dos Trabalhadores no Comércio e Serviços da CUT (CONTRACS/CUT) - Usuário; l) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - Gestor/Prestador; m) Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS) - Gestor/Prestador; n) Federação Brasileira de Hospitais (FBH) - Gestor/Prestador; o) Confederação Nacional de Saúde (CNSAÚDE) - Gestor/Prestador; p) Ministério da Educação (MEC) - Gestor/Prestador; e q) Secretaria Especial de Previdência e Trabalho/Ministério da Economia (SRGPS/ME) - Gestor/Prestador.

¹⁸ A Resolução 630, de 11 de outubro de 2019, aprova a recomposição da CIRHRT para o exercício do mandato de 2019 a 2022, com a composição de 19 (dezenove) membros titulares e 17 (dezessete) membros suplentes. Para resgatar o histórico da criação dessa Comissão no CNS ver Resolução 11, de 31 de outubro de 1991.

A fim de apoiar a CIRHRT em suas atribuições constitucionais/legais, o Pleno/CNS aprovou a Resolução nº 549, de 9 de junho de 2017, que criou a Câmara Técnica¹⁹ da CIRHRT, com o objetivo de apoiar e fortalecer os processos de trabalhos da comissão no âmbito da formação, qualificação e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e, em especial, elaborar pareceres sobre processos de autorização e reconhecimento de cursos de graduação da área da saúde. Pouco mais de um ano após sua criação, a Câmara Técnica da CIRHRT teve o número de entidades participantes duplicado, de 15 para 30 entidades, por meio da Resolução nº 596, de 13 de setembro de 2018, pois o número de processos para avaliação enviados ao CNS apresentou evidente crescimento, possivelmente como reflexo de uma recente conjuntura político-governamental que pode ter flexibilizado os critérios do MEC para a abertura de novos cursos da área da saúde²⁰

A Câmara Técnica da CIRHRT é presidida pela coordenação da Comissão e a participação de seus membros, indicados pelas respectivas entidades, não representa vínculo administrativo ou trabalhista, considerando-se serviço gratuito de relevância pública.

19 Segundo a Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008 (http://conselho.saude.gov.br/images/documentos/resolucoes/2008/Reso_407.pdf), que dispõe sobre o Regimento Interno do CNS, as Câmaras Técnicas são instâncias de suporte ao CNS e às suas Comissões Intersetoriais, criadas pelo Pleno para determinado fim com vistas a contribuir com a efetivação das atribuições do CNS e o seu ato constitutivo deverá conter: I - Os objetivos a que se destina; II - A justificativa para a sua criação; III - O tempo previsto para a consecução de seus objetivos; IV - A sua composição; e V - A sua coordenação. As Câmaras Técnicas não são instâncias permanentes, devendo-se considerar, no ato de sua instituição, o seu caráter excepcional.

20 Vide o grande quantitativo de processos que chegam ao CNS solicitando autorização de cursos na modalidade Educação a Distância (EaD), mesmo sendo de conhecimento público o posicionamento contrário do CNS à essa modalidade de ensino para a área da saúde, consubstanciado por meio da Resolução 515, de 07 de outubro de 2016..

Atualmente a Câmara Técnica da CIRHRT²¹ é composta por vinte e uma (21) entidades titulares e nove (9) entidades do coletivo suplente, como segue: I - Titulares: 1. Associação Brasileira de Educação em Nutrição (ABENUT); 2. Associação Brasileira de Educação Farmacêutica (ABEF); 3. Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); 4. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); 5. Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde (ABENEFS); 6. Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP); 7. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); 8. Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO); 9. Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO); 10. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); 11. Conselho Federal de Biologia (CFBio); 12. Conselho Federal de Biomedicina (CFBM); 13. Conselho Federal de Educação Física (CONFEF); 14. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); 15. Conselho Federal de Farmácia (CFF); 16. Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); 17. Conselho Federal de Medicina (CFM); 18. Conselho Federal de Psicologia (CFP); 19. Federação Nacional dos Médicos Veterinários (FENAMEV); 20. Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO); 21. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa); II - Coletivo Suplente: 1. Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); 2. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); 3. Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); 4. Conselho Federal de Odontologia (CFO); 5. Federação Médica Brasileira (FMB); 6. Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); 7. Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); 8. Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais

21 Encontra-se em processo de discussão e elaboração de Edital, conforme já aprovado pela Mesa Diretora/CNS, um novo redimensionamento da Câmara Técnica da CIRHRT, que será ampliada para contemplar um Eixo/Núcleo para tratar da Educação Profissional/ Formação Técnica de Nível Médio em Saúde e outro para tratar das Residências em Saúde.

(FENAFITO); 9. Federação Nacional dos Odontologistas (FNO).

Para além da avaliação dos já referidos quatro cursos de graduação, a CIRHRT desenvolve, entre outras ações, 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/Residências em Saúde; discussões relacionadas ao dimensionamento da força de trabalho e à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS (BRASIL, 2004) para os (as) trabalhadores (as) do SUS.

3. PRINCÍPIOS ESTRUTURANTES DO PROCESSO AVALIATIVO DA CIRHRT

O processo de avaliação de cursos realizado pela CIRHRT, atualmente, embasa-se em princípios contidos em três Resoluções principais: a Resolução CNS nº 350, de 9 junho de 2005; a Resolução nº 515, de 07 de outubro de 2016 e a Resolução nº 569, de 08 de dezembro de 2017.

A partir destas três Resoluções e, em especial, para dar materialidade à Resolução nº 515/2016, a CIRHRT organizou e desenvolveu um extenso trabalho de discussão e consolidação, para posterior aprovação do CNS, dos seguintes documentos orientadores às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde, contribuindo com cada uma das categorias profissionais relacionadas, na estruturação dos Projetos Político Pedagógicos de Cursos (PPC) e dos currículos de formação profissional:

1. Nota Técnica nº 006/2014, contendo recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina;
2. Resolução nº 544, de 10 de março de 2017, que aprova a Nota Técnica 003/2017, contendo recomendações do CNS à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Saúde Coletiva;
3. Resolução nº 546, de 07 de abril de 2017, que aprova a Nota Técnica 005/2017, contendo recomendações do CNS à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Farmácia;
4. Resolução 559, de 15 de setembro de 2017, que aprova o Parecer Técnico 161/2017, que dispõe sobre as recomendações do CNS à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Fisioterapia e a Resolução nº 581, de 22 de março de 2018, que altera o texto do Parecer Técnico nº 161/2017, anexo à Resolução CNS nº 559, de 18 de setembro de 2017, na seção que trata das contribuições da Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho à redação das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação Bacharelado em Fisioterapia, em seu Capítulo III - Das Condições e Procedimentos da Formação Profissional do Bacharel em Fisioterapia;
5. Resolução nº 573, de 31 de janeiro de 2018, que aprova o Parecer Técnico 28/2018, contendo recomendações do CNS à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação Bacharelado em Enfermagem;
6. Resolução nº 597, de 13 de setembro de 2018, que aprova o Parecer Técnico nº 346/2018, que dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Psicologia;
7. Resolução nº 610, de 13 de dezembro de 2018, que aprova o Parecer Técnico nº 454/2018, que

dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação Bacharelado em Fonoaudiologia;

8. Resolução nº 600, de 4 de dezembro de 2020, que dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação Bacharelado em Terapia Ocupacional²².

Desta forma, por meio destes documentos orientadores, o CNS materializa a sua participação e posicionamento quanto à formação em saúde, objetivando uma formação direcionada para a resolutividade 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.

4. REESTRUTURANDO O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE CURSOS REALIZADO PELA CIRHRT E SUA CÂMARA TÉCNICA

Conforme capítulo de autoria de Ceccim e Ferla nessa coletânea, o princípio da proteção do corpo e da subjetividade e a salvaguarda dos direitos humanos acompanha, inicialmente, a interface dos cursos de direito e medicina, desde o período imperial e, posteriormente, sendo ampliado para os demais cursos. Esse princípio foi o ponto de partida de uma regulação pública não estatal, com participação da sociedade civil, como motivação para superar as influências do mercado e exclusivamente corporativas na regulação dos cursos, seja na criação ou nas etapas regulatórias subsequentes. É essa a interface que o processo regulatório de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento dos cursos reconhece na etapa de posicionamento do CNS.

Entre as iniciativas de fortalecimento da capacidade de análise da CIRHRT, quer no sentido de tornar mais preciso o olhar avaliativo sobre os documentos em cada etapa regulatória, quer no sentido de consolidar platôs mais ampliados de desenvolvimento do trabalho dos membros da Comissão e de sua Câmara Técnica, foi implementada iniciativa de informatizar o processo de análise e de produzir tecnologias de atualização dos novos membros, que têm circulação ampliada na Comissão. Ambas as iniciativas estão em fase de finalização, mas o modelo de análise definido nos instrumentos legais é composto por três eixos avaliativos:

1. Capacidade de atender às necessidades sociais e compromissos com o SUS:
Condições adequadas para a integração “precoce” da formação com o trabalho nos serviços das redes prioritárias do SUS, com ênfase nos pontos da atenção básica nos territórios.
2. Coerência do Projeto Pedagógico com as necessidades sociais:
Adequação às DCN e às diretrizes do próprio Conselho, aprendizagem ativa, formação docente e nos serviços, composição do corpo docente (suficiência, multiprofissionalidade), interações teoria/prática, integralidade da atenção, aprendizagem do SUS.
3. Relevância social do curso:
Capacidade de superação das desigualdades na oferta e provimento de profissionais, oferta de ações de ensino/pesquisa/ extensão para desenvolvimento do trabalho e dos trabalhadores e trabalhadoras dos serviços, ações afirmativas e de equidade no acesso e conclusão do curso, programas de residência em saúde.

²² Atualmente, encontra-se em análise, no âmbito da CIRHRT, a proposta de atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação Bacharelado em Nutrição, a qual deve ser brevemente transformada em Resolução e submetida à homologação do Pleno/CNS.

O desenho de avaliação adotado no Conselho Nacional de Saúde está associado ao paradigma internacional para a formação de profissionais da saúde elaborado nas atividades dos 100 anos do Relatório Flexner (FLEXNER, 1910), traduzido na formulação do “ensino embasado em sistemas” (FRENK et al., 2010), que reconhece a necessidade da aprendizagem ativa em condições de complexidade, que é representada pelos pontos de atenção nos territórios (FERLA, 2021). A legislação brasileira da educação e da saúde para a formação e o desenvolvimento do trabalho é contemporânea das formulações internacionais, sobretudo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e a Política de Educação e Desenvolvimento do Trabalho para o SUS (Educação Permanente em Saúde), que já propunham a inserção “precoce” (em oposição à tradição, que insere o estudante tardiamente em cenários de aprendizagem prática, após os ciclos básico e intermediário dos cursos) nos cenários do trabalho e uma forte integração com o SUS.

5. RELEVÂNCIA DO TRABALHO DESENVOLVIDO PELA CIRHRT E CONTRIBUIÇÕES AO CONTROLE SOCIAL

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 e RIBEIRO apud CATTANI e 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, a 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 e RIBEIRO apud CATTANI e 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 a um 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). (HEIDEGGER, 2005, pp. 263 e 264)

o modo dominante de compreensão, intervenção e produção de encontros [...] (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 (re)construção do conhecimento, que implicam em conscientização e responsabilidade social.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob a ótica do controle/participação social em saúde a formação profissional está intrinsecamente relacionada à atuação profissional, entendendo 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 na saúde com a realidade social, no âmbito dos setores público e privado, Feuerwerker (2014) 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

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. A intersectorialidade 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.

Esta contextualização exprime a premência de que questões relacionadas à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores da saúde devem envolver 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.

Ressaltar a importância e grande contribuição do Conselho Nacional de Saúde para o Brasil e para a sociedade brasileira, além de configurar como instância exemplar reconhecidamente no mundo por outros países que acreditam, investem, desejam, almejam o regime democrático.

Na etapa atual, a qualificação dos instrumentos e das informações disponíveis para a avaliação, realizada em cooperação com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), a expansão dos cursos a serem avaliados, a maior compreensão da capacidade política da avaliação do controle social na regulação dos cursos, a mobilização de conselhos estaduais de saúde para o acompanhamento dos cursos avaliados, entre outras iniciativas, pretende fortalecer a condição de relevância pública dos cursos da saúde, superando a força de regulação que o mercado vem exercendo sobre as estruturas governamentais e na produção de imaginários na população. O acesso ao ensino superior é um direito, é fundamental, mas precisa ser acompanhado da diversificação do perfil dos estudantes, incluindo setores tradicionalmente excluídos da formação superior, seja no acesso, na permanência e na conclusão exitosa dos cursos, assim como mecanismos de apoio à permanência deles nos seus territórios, com iniciativas de Residências em Saúde e interfaces com a gestão local.

Como referido anteriormente neste capítulo, ao longo de décadas desde a criação em 1937 e, especialmente, a partir da Constituição de 1988, foram reconhecidas e definidas atribuições e funcionamento do Conselho Nacional de Saúde.

Destacando e exaltando a conquista e a importância histórica do controle social no acompanhamento permanente, fiscalização e deliberação das políticas públicas de saúde e na articulação das demandas da população junto ao poder público, expressa na participação, atuação, vigilância e no trabalho incansáveis de conselheiros e conse-

lheiras que nos antecederam, registramos nossos agradecimentos a todos que compõem a CIRHRT na atual composição:

MEMBROS TITULARES:

Francisca Valda da Silva – Coordenadora/ABEn

João Pedro Santos da Silva (em substituição recente à Manuelle Maria Marques Matias) - Coordenador e Coordenadora Adjunto(a)/ANPG

Vitória Davi Marzola - Coordenadora Adjunta/UNE

Alcindo Antônio Ferla- Rede Unida

Fabiola Xavier Leal - ABEPSS

Maria Zila da Silva Camarão – FASUBRA

Francisco Batista Junior – CFF

Fernando Pierette Ferrari – ABENFISIO

Silvana Nair Leite Contezini -ENF

Roberto Alves da Silva – CUT

Marisa Furia Silva – ABRA

José Felipe Pereira – CONDSEF

Paulo Mayall Guilayn DGTES/SGTES/MS

Silvio Marcos MS/COGE/CGGAP/DESF/SAP SS

Josefa Maria de Jesus - SGTES/DEGES/MS

Márcia Cristina Marques Pinheiro – CONASEMS

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes – CONASS

Daniella Farinella Jora – CNC

Tatiana Serpa Gestor – ABEFI

MEMBROS SUPLENTE:

Márcio Florentino Pereira – ABRASCO

Fernanda Lou Sans Magano – FENAPSI

Flávia Souza Ramos – SBB

Miriam de Oliveira Andrade - CNTSS

Maria Angélica Zollin de Almeida - FENAMEV

Paulo Henrique Scrivano Garrido – ASFOC

Alan Francisco de Carvalho - CTB
Rubens Silvério da Silva - CONAM
Francisco Rodrigues Corrêa - NCST
Maria Josana de Lima Oliveira - CONTRAF BRASIL
Paloma dos Santos - CONTRACS/CUT
Cláudia Cristina Santiago - ANVISA
Márcia de Carvalho Cristóvão Silva - ME/SEDGG
Lídia Hatsumi Yoshikawa - FBH
Joicy Damares Pereira - CNSaúde
Sérgio Henrique da Silva Santos - DDES/SESU/MEC
Cristiane Maria Simão Munhoz - SEPRT/ ME

TITULARES da CÂMARA TÉCNICA/CIRHRT:

Cassia Custódio - CFBM
Edlamar Kátia Adamy - ABEN
Carlos Eduardo Merss e Eliana Goldfarb Cyrino - ABEM
Flavio Renato Barros da Guarda- ABENEFS
Getúlio Pereira de Oliveira Júnior - CFBio
Aline Neves Pessoa Almeida - SBFa
Iguatemy Maria de Lucena Martins- CONFEF
Sônia Maria Lemos e Gisele Dhein- ABEP
Arthur de Almeida Medeiros - ABENFISIO
Maísa Beltrame Pedroso - ABENUT
Maria Alex Sandra Costa Lima Leocádio - COFEN
Mário Uriarte Neto - ABENO
Thais Paulo - ABRASCO
Rogério Robert - CFFa
Ruth Ribeiro Bittencourt - ABEPSS
Luziane Zacche Avellar - CFP
Rosibeth Palm e Stella Maris Nicolau- RENETO
Zilamar Camargo Costa - CFF
Simone Conceição Porto Gonçalves - FENAMEV
Carlos Magno Pretti Dalapicola - CFM
COLETIVO SUPLENTE da CÂMARA TÉCNICA/CIRHRT :

Carlos Roberto Pinto Pereira - AFB
Casemiro dos Reis Junior - FMB
Kátia Guimarães - CFN
Giancarlo de Montemor Quagliarello - CFO
Joana Batista Oliveira Lopes - FNO
Marcio Maruyama- COFFITO
Luziana Carvalho de Albuquerque Maranhão - FENAFITO
Maria Helena Braga - FENAFAR
Patrícia Luciane Santos de Lima - COFFITO
Valdemir Vieira - FNE

ASSESSORIA TÉCNICA:

Andrey Lemos - Historiador/Tecnologista em Gestão de Políticas Públicas em Saúde
Marina Jonas Smith - Pedagoga/Consultora
Mirian Benites Falkenberg - Pedagoga/Técnica em Assuntos Educacionais
Núbia Brelaz Nunes - Filósofa/Sanitarista/Consultora
Patrícia Barbará Dias - Nutricionista/Consultora
Patrícia Gonçalves - Cientista Política/Analista Técnica de Políticas Sociais

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.

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

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde

e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990.

_____. Presidência da República. 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 de julho de 2006.

_____. 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 de dezembro de 2017.

_____. 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 de fevereiro de 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 17, de 28 de novembro de 1991**. Oficia ao Ministro de Estado da Educação, da necessidade de serem estabelecidos os mecanismos técnicos e administrativos necessários ao cumprimento das disposições constitucionais e dos demais atos legais que disciplinam a matéria. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de dezembro de 1991.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 100**, de 03 de fevereiro de 1994. Resolve acatar recomendação da Comissão Técnica de Atuação Profissional (CT/APAS) de inserir o módulo de Medicina Social e Preventiva nos cursos de graduação em Medicina e a introdução da Cadeira de Saúde Pública nos currículos de todos os cursos de graduação na área de saúde do País. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 de fevereiro de 1994.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 106, de 7 de abril de 1994**. Posiciona-se contrária a abertura de novos cursos de Psicologia nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e no Distrito Federal; baseando-se nos pareceres dos Conselhos Estaduais de Saúde, dá parecer contrário a abertura de cursos de psicologia no Paraná e no Amazonas; solicita aos Conselhos de Saúde dos demais estados que enviem as informações referentes aos pedidos de cursos de Psicologia em sua área. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 de abril de 1994.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

Resolução 115, de 9 de junho de 1994: Propõe ao Ministério da Educação e Desporto que negocie junto ao Congresso Nacional um projeto de Lei para alterar a Lei 8.501/92, no sentido de permitir que as escolas e faculdades formadoras de profissionais de saúde possam utilizar cadáveres não reclamados às autoridades públicas em prazo mínimo de trinta dias. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 de julho de 1994.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 131, de 04 de agosto de 1994**. Propõe que o conteúdo de Medicina Preventiva e Social faça parte de todas disciplinas do ciclo clínico, que compõem o currículo do curso de medicina, sem prejuízo da disciplina específica de Medicina Preventiva e Social. Propõe a introdução do módulo de Medicina Preventiva e Social no internato do curso de graduação em medicina. Propõe à Comissão de Ensino Médico do MEC a criação de grupo de trabalho para no prazo de 60 (sessenta) dias, prorrogáveis por igual período, prepare sugestões de conteúdo e metodologia;

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 157, de 08 de junho de 1995**: Recomenda apoio e participação dos órgãos financiadores e aos Ministérios da Educação e da Saúde, no Projeto de Pesquisa de Avaliação das Escolas Médicas;

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 203, de 07 de novembro de 1996**: Determina que o processo de solicitação de criação de Novos Cursos da Área de Saúde, a ser protocolado, inclua o parecer do Conselho Estadual de Saúde respectivo;

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 204, de 07 de novembro de 1996**: Constitui Comissão integrada por Conselheiros representantes dos profissionais de saúde, dos usuários, de cada Conselho de Classe dos Profissionais de Saúde, da ABRASCO, da ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica e da Secretaria de Ensino Superior do MEC, para analisar e emitir parecer, a ser apreciado pelo CNS, sobre a necessidade social de abertura dos 596 processos de autorização de novos cursos de graduação de profissionais de saúde;

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 218, de 06 de março de 1997** : Reconhece como profissional de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais;

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 287, de 08 de outubro de 1998**: Relaciona 14

(quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas; fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais;

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

Resolução 324, de 03 de julho de 2003: Suspensão total da abertura de novos cursos superiores da área da saúde por um período mínimo de 180 dias, a partir desta data, incluindo os processos de solicitação de abertura de novos cursos em andamento neste Conselho Nacional de Saúde-CNS;

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 325, de 03 de julho de 2003:** Realização de Audiência Pública específica para a Área da Saúde com a Comissão Especial de Avaliação e definições relativas à avaliação das condições de ensino para as profissões da área da saúde sejam construídas mediante trabalho intersetorial da Educação e da Saúde;

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 335, de 27 de novembro de 2003:** Afirmar a aprovação da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde,” como instâncias locorregionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente; Recomendar aos gestores do SUS, nas esferas federal, estadual e municipal, que envidem esforços para a implantação e implementação desta Política; Apoiar as estratégias e ações que visem à interação entre a formação de profissionais e a construção da organização da atenção à Saúde;

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 336, de 15 de fevereiro de 2004:** Prorroga a Resolução nº 324/CNS/2003 por um período de 60 (sessenta) dias; Resolução 337, de 11 de março de 2004: Recomenda aos Ministros de Estado da Saúde e da Educação a suspensão da abertura de novos cursos na área da saúde e o prazo de até 180 dias para que apresentem a proposta do governo federal para a regulação da abertura de novos cursos de graduação da área da saúde;

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 350, de 09 de junho de 2005.** Brasília, DF. Delibera sobre a abertura de cursos na área da saúde; Resolução 429, de 12 de novembro de 2009: Reafirmar que cabe a CIRH a prerrogativa de analisar os processos de autorização de oferta de cursos superiores na área da saúde;

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

Resolução 430, de 12 de novembro de 2009. Brasília, DF. Reafirma a competência da CIRH para avaliar, analisar e dar parecer de autorização de cursos na área da saúde e aprovar fluxo dos processos;

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

Resolução 450, de 10 de novembro de 2011. Brasília, DF. Trata do apoio às ações conjuntas com o Ministério da Educação, no sentido de aprimorar a qualidade dos cursos de graduação das profissões da saúde; o Conselho Nacional de Saúde, em ação conjunta com o Ministério da Educação, aprova Resolução que trata do aperfeiçoamento dos mecanismos de integração ensino-serviço;

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

Resolução 513, de 6 de maio de 2016. Altera o Regimento do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pela Resolução no 407, de 12 de setembro de 2008. **Diário Oficial da União,** Poder Executivo, Brasília, DF, 12 de maio de 2016.

_____. 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 de novembro de 2016.

_____. 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 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 617, de 23 de agosto de 2019.** Publica as diretrizes, propostas e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde, com vistas a desencadear os efeitos previstos legalmente para a formulação de políticas de saúde e a garantir ampla publicidade, até que seja consolidado o Relatório Final. **Diário Oficial da União,** Poder Executivo, Brasília, DF,

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, 2013. Vol. 3. pp. 237-271. ISBN 978-85-8110-017-3.

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

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**. 19ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.

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. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext).

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Parte I. Tradução: Márcia de Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis/RJ: Editora Vozes e Bragança Paulista/SP: Universidade São Francisco, 2005.

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.

FLEXNER, Abraham. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4)

A woman with dark hair, wearing a white face mask and a patterned top, holds a white sign in front of her. The sign has the text 'VACINAS SALVAM VIDAS' written in large, bold, black letters. The background is a blurred crowd of people, suggesting a public event or protest. The entire image has a red tint.

VACINAS
SALVAM
VIDAS

Isabella

CALIDAD DE LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID 19 Y LA PROTECCIÓN DE SUS AGENTES. EL SALVADOR.

María Ángela Elías Marroquín²³
José Francisco Marroquín²⁴

²³ Colaboradora de investigación, Observatorio de Políticas Públicas y Salud, Universidad de El Salvador, Exdirectora de Desarrollo de Recursos Humanos, Ministerio de Salud.

²⁴ Exdirector Nacional de Educación Superior y ex Vicerrector.

INTRODUCCIÓN

Desde inicios de la pandemia, las instituciones de educación superior (IES), tanto los institutos especializados como las universidades, cerraron sus instalaciones educativas de forma completa, iniciando actividades administrativas presenciales a finales del 2020; mientras que las académicas se iniciaron durante los primeros meses de la pandemia y aún continúan en espacios virtuales para el aprendizaje y la enseñanza. Por tanto, este ensayo, tiene como finalidad presentar a los lectores un análisis inicial de la calidad de la formación del talento humano ciencias de la salud, con énfasis en el período de la pandemia de la COVID 19; inicia con antecedentes de la calidad de la educación, con énfasis en la creación de la Ley de Educación Superior, como una herramienta clave para garantizar la calidad de la educación en el país. Se desarrolla a lo largo del mismo los elementos que han precedido la formación de profesionales en las ciencias de la salud y se presentan resultados de una encuesta sobre la calidad de formación durante esta pandemia, que fue administrada al profesorado de las Instituciones de Educación Superior, sus resultados demuestran que a pesar de los esfuerzos institucionales y personales realizados, la educación en esta etapa de la historia del mundo, enfrenta grandes desafíos en lo pedagógico, tecnológico y didáctica.

ANTECEDENTES DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

La década de los ochenta, inicia con una de las más bárbaras intervenciones a una institución de educación superior, la Universidad de El Salvador (UES) que fue intervenida por fuerzas del ejército, se tomaron las instalaciones y deciden que esa institución no volverá a vivir. Esto provoca en la ciudadanía y particularmente en los miembros de la comunidad universitaria, alumnos, personal

administrativo, profesores y en general padres de familia y familiares de todos ellos un descontento terrible; siendo aprovechado por algunas personas que utilizaron esta necesidad de superación de los jóvenes y el empuje de sus padres, para promover la creación de instituciones de educación superior sin ninguna condición para garantizar que el profesional formado no fuera la adecuada para un ciudadano en términos generales.

Se destaca, que antes de la toma de la UES, ya había instituciones de educación superior que habían sido fundadas antes de 1980, con reconocimiento de su calidad. La máxima ola de creación de IES de muy poco prestigio y calidad se provocan posterior a la intervención de 1980, esto hace a manera de ejemplo, que los estudiantes buscaran ofertas de alto costo, que viniendo de una universidad pública no tenían los recursos como para acceder a instituciones con cuotas escolares altas.

Esto, sigue funcionando durante toda la década de los años 80, con la puesta en común de las partes armadas en el conflicto, la firma de los acuerdos de paz en 1992 y con la reapertura de la Universidad de El Salvador en diferentes años 1984, 1989, 1984, se vieron en la necesidad de competir con la formación de la universidad pública, que se vio limitada por el hecho de que sus profesores y algunos de sus alumnos tenían compromisos con las instituciones privadas que se habían creado en ese período. Estas instituciones provocaron una oferta de titulaciones aun sin contar laboratorios de aprendizaje, espacios adecuados para las clases, sin bibliotecas, y con horarios adecuados, siguieron funcionando sin regulación en los años 90-93 con un franco deterioro de la formación profesional.

Regionalmente las instituciones públicas de educación superior a nivel centroamericano, estaban desarrollando procesos en los que las exigencias para las titulaciones, graduaciones y el reconocimiento de títulos presentaban características que

se denominaban aspectos de calidad, también se generó a través del consejo superior universitario centroamericano (CSUCA), donde los rectores de universidades públicas y vicerrectores académicos empezaron a discutir los procesos de garantía de la calidad de la educación superior, es decir procesos que evaluarían y daban crédito que los procesos que se estaban llevando en algunas estaban dotados de una calidad aceptable.

Por otra parte, en 1994, se inició en El Salvador la formulación de la actual Ley General de Educación Superior, aprobada en 1994, creándose en ese marco, el Consejo de Educación Superior, como una instancia interinstitucional que genera regulaciones en este ámbito. En esta ley, se establecen las características mínimas que debe cumplir una institución de educación superior para funcionar, además para implementar esta Ley, se creó en el Ministerio de Educación, la actual Dirección Nacional de Educación Superior, responsable de supervisar y aprobar las condiciones mínimas en el diseño de los planes de estudio, del profesorado, las bibliotecas, laboratorios y en general todas las instalaciones físicas necesarias para la formación de las competencias de los estudiantes. Por otra parte, se creó el sistema de evaluación y acreditación de la educación superior, que, en un principio, fue un sistema de calificación, en el sentido de hacer únicamente un recuento de que existían aulas, libros en las bibliotecas en cantidades mínimas con instalaciones físicas para el acceso de estudiantes, con laboratorios y a una planta de profesores mínimos a tiempo parcial. Así las primeras calificaciones realizadas por los evaluadores eran con fines de mejora, no sancionatorios; pero el hecho de publicar los recursos con que cuenta la institución hacía que algunas de las instituciones autoobligaran a cerrar las carreras y/o instituciones.

En el inicio del nuevo siglo en el 2000, se diseñó el proceso de acreditación, para diferenciar a las instituciones de educación superior por niveles de

calidad y así se crea la comisión de acreditación. En paralelo, a nivel centroamericano, se crea la comisión centroamericana de acreditación, que es un organismo regional, y la agencia de acreditación de postgrado, para las universidades públicas, por tanto, los procesos realizados en El Salvador, también se estaban llevando a cabo en nivel centroamericano y demostrando así el interés de tratar de establecer un proceso regional de reconocimiento de las titulaciones para favorecer la movilidad en la región y permitir también el desarrollo de los posgrados.

A la fecha todas las instituciones funcionan bajo la regulación establecida en la Ley General de Educación Superior y su reglamento, lo que incluye las carreras de la salud, cuyos pares evaluadores se conforman con profesionales de la salud, durante el 2019.

FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD

En el país, la formación de profesionales de la salud está bajo la responsabilidad de una única institución pública y diez instituciones de índole privadas. La Universidad de El Salvador, cuenta con una sede central y tres sedes en el exterior de la capital, que en su oferta académica cuenta con cinco Facultades que forman 13 especialidades de profesionales de salud a nivel de grado y posgrados, y por sector formador privado oferta también la formación de profesionales en salud, con énfasis en enfermería y medicina, aunque se forman otros profesionales de posgrados en medicina y salud pública.

Parte de la formación de los profesionales y técnicos en salud, es el requisito de graduación de haber realizado a satisfacción, un año o seis meses de servicios social en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, administrado por el Ministerio de Salud (MINSAL), como parte de este proceso

y para garantizar que los egresados den un mejor cuidado a la salud, libre de riesgo, con enfoque basado en la Atención Primaria en Salud (APS), se establece en la normativa del servicio social (MINSAL 2011), realizar una prueba de ingreso a cuatro carreras: Doctorado en Medicina, Enfermería en sus tres niveles de formación, Doctorado en Odontología y Laboratorio Clínico. A los estudiantes que no logran el puntaje mínimo de seis en una escala de cero a diez, la universidad de procedencia deberá implementar un programa de fortalecimiento de sus competencias, como parte de la elevación de la calidad. Para el caso de la profesión de enfermería, dicha prueba se realizaba previo a la norma, desde el año 2000, como parte de un proyecto de fortalecimiento de la educación de enfermería en el país, esta carrera además cuenta con un plan de estudios oficializado que es estandarizado, definiendo las competencias mínimas que debe lograr cada uno de los niveles de formación, independiente de la IES donde se forme. Esta estrategia ha permitido mejorar la calidad del egresado en esta (LIBRO BLANCO DE ENFERMERÍA, 2018).

En cuanto a la oferta de profesionales egresados anualmente, según el MINSAL (2019), ingresan a servicio social un promedio de 3500 egresados cada año y realizan un período de seis meses a un año desempeñándose en los servicios de salud, a nivel clínico y comunitario. Posterior a finalizar su servicio social a satisfacción, y habiéndose graduado, deben inscribirse para ejercer en la respectiva Junta de Vigilancia de su Profesión, instancia reguladora de índole estatal, aunque conducida por miembros electos por los mismos profesionales.

Según OPS/MINSAL (2012), en el informe de medición de metas de recursos humanos, en El Salvador, el Ministerio de Educación, es el responsable de la aprobación de las instituciones formadoras y de sus programas tanto de pre como de post grado, por el momento no se acreditan las escuelas por sí mismas sino las universidades. De acuerdo

con los resultados de esta medición el 100% de universidades e institutos especializados de educación superior están inscritas en el MINED y a ese año no había IES acreditadas.

SISTEMA DE CALIDAD DE LA EDUCACIÓN

Tal como ya se ha mencionado, la instancia que evalúa la calidad de la educación en el país es la comisión de acreditación de la calidad académica, definiendo que para que se haga efectiva, las IES y sus programas académicos de educación superior deben, además de asegurar la posibilidad de apropiación por parte del estudiante del saber y el saber-hacer, del ser y del aprender a convivir, también deben propiciar su integración a la comunidad de la cual son miembros.

Según lo plantea Garzona (2010), el proceso de acreditación consiste en la evaluación basada en criterios y estándares de calidad previamente establecidos, que es llevada a cabo por un organismo externo y que procura garantizar la calidad de una carrera o de un programa educativo. En el país, este es un proceso al que acceden las instituciones de forma voluntaria, se hace con la finalidad de mejorar la calidad institucional, de sus programas de estudio y de los procesos educativos. Según resultados de la medición de metas de RRHH en 2018, únicamente estaban acreditadas cinco de las universidades de las 11 que forman profesionales de la salud en el país, una de las mismas cuenta con acreditación internacional.

Hasta la fecha (2021), aun no existe un proceso publicado de acreditación de programas educativos, lo que podría estar influyendo en la calidad de formación. Una de las variables que se debe considerar cuando hablamos de la calidad de la educación, es la diversidad de los programas educativos, que diversifican las competencias de salida de los egresados, así como sus enfoques; de igual

manera cada IES cuenta con espacios clínicos y comunitarios diversos con experiencias de aprendizaje desiguales en cuanto a la práctica clínica. Esta diversidad en la calidad de los egresados queda claramente demostrada con los resultados de las pruebas de conocimiento de ingreso al servicio social y de ingreso a las residencias médicas, en estas últimas para el año 2019, para algunas universidades se obtuvo un porcentaje arriba del 50% de no aprobación de la prueba nacional de ingreso a la especialidad, vía residencia médica. Por el contrario, otras universidades tenían un alto porcentaje de aprobación, lo que demuestra en alguna medida la calidad de profesional que están entregando a la sociedad para cuidar su salud, el promedio de notas fue de 6.54, con una reprobación del 63%.

Para Garzona (2010), el proceso de acreditación de una institución de educación superior en El Salvador se desarrolla de acuerdo con "Normas Procedimientos para la Acreditación de Instituciones de Educación Superior" (2009) y se resume en las siguientes etapas: a) autoevaluación, que se realiza dentro de los doce meses anteriores la entrega de la solicitud acreditación y consiste en un estudio de la institución o carrera, organizado y conducido por sus propios integrantes de conformidad con las categorías de análisis de la Comisión de Acreditación, b) proceso de evaluación por pares, conformado por especialistas que tienen formación en calidad de la educación y c) dictamen de acreditación para un período determinado. En ese sentido las IES acreditadas o en proceso de acreditación, hacen una serie de esfuerzos por mantener y mejorar la calidad institucional y con esto la calidad de su profesorado y de sus estudiantes.

Existen según Borrell et al. (s/a), problemas comunes de formación de los recursos humanos en salud, refiriéndose específicamente a las brechas entre los perfiles de formación y los perfiles profesionales, en mucho ello responde a los enfoques

tradicionales de la formación, la formación y enfoque pedagógico de la formación, la misma competencia de los profesores en aspectos pedagógicos, la formación centrada en el hospital, entre otros. Por otra parte, cuando una institución de educación superior forma talento humano, la formación debe ser pertinente con las necesidades de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria en Salud; ello requiere de una permanente y sostenida coordinación entre el complejo campo de los recursos humanos: educación, trabajo y asociaciones profesionales/sindicatos, proceso complejo que requiere de arduos procesos de discusión y consenso entre los diferentes actores, siendo una de las herramientas la integración docencia servicio.

Peña (2014) señala que la integración docente-asistencial, constituye un proceso dialéctico mediante el cual se desarrollan capacidades, sus conocimientos, habilidades, hábitos, experiencias, conductas, valores y cultura en general mediante la interacción y transformación de los sujetos en los espacios de práctica. En el país, cada universidad e instituto cuenta con espacios de formación clínicos específicos y asignados bajo convenio con las instituciones del sistema de salud, donde la mayoría de los espacios corresponden al MINSAL. En ese sentido, en un estudio sobre caracterización de espacios de práctica, realizado por Azucena (2017), concluye que la relación docencia-asistencia se ve debilitada por una fragmentada política de regulación lo que limita la definición de estándares de calidad, normas y criterios de selección y de mejora continua de los espacios institucionales de aprendizaje en carreras de la salud, también afirma que a pesar de que en la mayoría de los ambientes de aprendizaje, existen recursos tecnológicos para la docencia, éstos son insuficientes para la cantidad de alumnos, muy poco se hace uso de las Tecnologías de la Informática y de la Comunicación.

EFFECTOS DE LA PANDEMIA COVID 19 EN LA FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD.

Como cita el informe de la encuesta de la organización internacional de universidades (2020), la UNESCO reporta, el 1 de abril de 2020, que las escuelas y las instituciones de educación superior (IES) se cerraron en 185 países, lo que afectó a 154,412,000 alumnos/as, que constituyen el 89,4% del total de los alumnos matriculados. Entre estos países está El Salvador, cuyas instituciones de educación superior también están sufriendo el impacto de la pandemia, cerrando sus instalaciones a toda la población universitaria, durante los primeros cinco meses de esta (marzo-agosto), período declarado como cuarentena estricta, afectándose todos los actores de estas instituciones, tanto de la universidad pública como privadas.

En ese sentido la UNESCO (2021) cita que a más de un año después del inicio de la pandemia de COVID-19, muchos estudiantes de instituciones de educación superior (IES) en América Latina, siguen estando afectados por el cierre total o parcial de sus centros de estudio; cambiando la modalidad de enseñanza de clases presenciales a virtuales, en ese sentido El Salvador, a partir del anuncio de la OMS del inicio de la pandemia de COVID 19, en febrero de 2020 y ante la detección del primer caso en el país el 18 de marzo, el Gobierno decreta en fecha 21 de marzo de medidas extraordinarias de prevención y contención declarando el territorio nacional como zona sujeta a control sanitario, a fin de contener la pandemia COVID 19, estableciendo que ninguna persona podrá circular en el territorio nacional, salvo excepciones establecidas. Posteriormente la Asamblea Legislativa aprobó el 29 de marzo el Decreto No. 611.- Ley de Restricción Temporal de Derechos Constitucionales Concretos para Atender la Pandemia COVID-19, con una duración de 15 días, prorrogándose hasta mediados del mes de mayo. La cuarentena se prolongó hasta

el mes de agosto, cuando se inició paulatinamente la apertura del comercio, como los casos siguen sin disminuir, a agosto de 2021, se reportan en el sitio oficial del MINSAL, 90,129 casos y 2,804 fallecidos, por tanto, la mayoría de IES aun o ha abierto sus puertas al estudiantado y profesorado.

Durante este período de pandemia, que a pesar de tener una cobertura del 41.0 % de vacunación para proteger del COVID (31 agosto 2021), las Instituciones de Educación Superior, se han mantenido funcionando presencialmente únicamente con personal que realiza funciones administrativas que garantizan el funcionamiento de estas. En cuanto a las actividades académicas, tempranamente en la cuarentena, se iniciaron las actividades con los estudiantes utilizando entornos virtuales para el aprendizaje, incluyendo la formación de en las carreras de ciencias de la salud. Las Universidades previo a este período, ya tenía cierto nivel de infraestructura en tecnologías de información y comunicación, entre ellas diversas plataformas educativas, para el caso de la Universidad de El Salvador, oferta carreras en línea desde 2016, ninguna de ellas de ciencias de la salud. Esta capacidad les ha permitido implementar el 100% de programas de estudio a través de entornos virtuales para el aprendizaje y la enseñanza (EVAE)I, una de las estrategias para garantizar el adecuado desarrollo de los programas de estudio ha sido la formación en línea para profesores, el cual aún tiene baja cobertura.

Por otra parte, la formación de profesionales y técnicos en salud se basa en un modelo educativo, que vincula de forma permanente la teoría y la práctica, con el propósito de lograr competencias tanto genéricas como especializadas que respondan a las necesidades del sistema de salud. Cada institución tiene asignados determinados espacios de aprendizaje en instituciones de salud, tanto en el ámbito hospitalario con en las Unidades Comunitarias del primer nivel de atención. Este modelo

de formación se ha visto altamente afectado durante la pandemia, ya que su formación a través de entornos virtuales se centró en el componente teórico.

Las universidades cuentan para el desarrollo de sus programas de formación en ciencias de la salud, cuentan con espacios con equipamiento para realizar una gama de laboratorios prácticos, desde procedimientos básicos hasta los especializados y más complejos, los cuales en su mayoría permanecen cerrados al estudiantado o asisten una vez a la semana, lo que no resulta suficiente para el desarrollo de las habilidades. Por otra parte, cada programa se requiere de espacios en los establecimientos de salud tanto Unidades Comunitarias de Salud y Hospitales en diferentes niveles de complejidad, espacios donde se desarrollan experiencias de aprendizaje que les permite vincular la teoría y la práctica, que durante la pandemia se ha limitado para estudiantes siendo casi nulo.

De acuerdo con opiniones de los estudiantes se han desarrollado los contenidos teóricos de los programas, lo que no logra el desarrollo de habilidades, principalmente clínicas, que son esenciales para la conformación de su perfil de egreso. De acuerdo con los resultados de la encuesta a docentes de diversas carreras de ciencias de la salud, los espacios de práctica clínica han afrontado una serie de dificultades y barreras de acceso, por tanto, se esperaría que estos jóvenes que se han formado durante la pandemia se vean afectadas algunas de sus competencias, que podría podrían solventarse posteriormente a través de programas de educación continua en servicio en las instituciones empleadoras.

USO DE LAS TIC EN LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Los entornos virtuales para la enseñanza aprendizaje (EVAE), son espacios y herramientas que permiten la interacción entre alumnos y profesores ya sea en forma sincrónica y asincrónica, facilitando el aprendizaje colaborativo, utilizando una serie de herramientas digitales que permiten al profesorado preparar mejores condiciones para el logro de competencias del alumnado, en el caso de salud, se pueden mencionar como herramientas digitales que ayudan al desarrollo de habilidades son los Laboratorios virtuales, blog, simuladores digitales, pizarras electrónicas entre otras, que facilitan el logro de las metas educativas en cuanto a formación integral.

En estos ambientes virtuales, el estudiantado, puede estar en cualquier lugar del mundo, pues el acceso se realiza online y en tiempo que cada uno define, lo que requiere de disciplina y autorresponsabilidad, condición que ha sido utilizada durante la pandemia casi de forma emergente y sin una adecuada planificación, por tanto, pueden acceder a la plataforma en diferentes horarios, resolver sus tareas según su propia disponibilidad de tiempo; sin embargo, hay una preocupación por las metodologías que son utilizadas sean diferentes en consideración a la modalidad de enseñanza (TL-JIVOY; WOICIECHOSKI apud ACONA, 2020), ya que si el acceso a estos EVAE son limitados ya sea por falta de aparatos digitales o falta de conexión a red digital.

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD EDUCATIVA POR EL PROFESORADO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

Para conocer la experiencia de los docentes de las instituciones de educación superior, que forman profesionales y técnicos en salud, se realizó

una encuesta online, utilizando el formato en Google form, durante la segunda semana del mes de agosto, que fue completado de forma voluntaria por docentes de diferentes carreras. Sus resultados demuestran que la mayoría de los profesorado tienen una edad arriba de los 50 años, lo que implica que están en el grupo poblacional con relación a la tecnología digital denominados migrantes digitales, y trabajan con estudiantes que son nativos digitales, ello implica que hay una brecha digital que se vuelve desafíos para el profesorado, por otra parte el 56% tiene más de 21 años de ejercer la docencia, experiencia que les ha permitido implementar en tiempo corto experiencias de aprendizaje en espacios digitales y hacer ajustes a los programas de estudio, aun así refieren que se requiere implementar programas de formación docente que incluya conocimientos sobre los entornos virtuales de aprendizaje para la enseñanza de las ciencias de salud, diseño de programas educativos para ser desarrollados en línea, así como competencias pedagógicas y didácticas que faciliten la enseñanza virtual.

El 87% de los docentes ha impartido clases en línea durante la pandemia, han tenido que readequar los programas de estudio, sin cambios sustanciales, siendo una de las limitantes desarrollar a través de entornos virtuales programas que serían diseñados de forma presencial, a este mes de agosto, únicamente el 30% tienen algunas clases presenciales con horarios irregulares, asisten principalmente para el desarrollo de laboratorios.

A pesar de que las instituciones han desarrollado algunas condiciones para la enseñanza virtual, existen dificultades tecnológicas que no permiten una buena conectividad a los estudiantes y al profesorado, en este sentido, según los indicadores sobre este aspecto que publica la Unión de Internacional de Telecomunicaciones (2019), reporta para El Salvador, un 4% de internet domiciliar en el área rural y 35% para lo urbano, situación que en

los procesos formativos de futuros profesionales de la salud, ha sido una de las más grandes barreras, dificultando el aprendizaje y la interacción entre grupos y docentes. Igual dificultad expresan los docentes, quienes hacen uso de sus propios medios para el desarrollo de las clases.

En cuanto a la calidad de la formación, la UNESCO (2021), define barreras pedagógicas y metodológicas para lograr las competencias deseadas, en ese sentido los profesores del área de la salud expresan que la mayoría de tareas de los estudiantes no cumplen los requerimientos esperados, que a pesar de obtener buenas notas en las pruebas objetivas su participación en las clases sincrónicas no reflejan los aprendizajes deseados y como consecuencias no han logrado en la gran mayoría las competencias esperadas para su año de estudio. Para este año, están en servicio social los primeros egresados, que cursaron su último año a través de EVAE actualmente realizan servicio social en las instituciones de salud; en ese sentido las instituciones deberían tener más apoyo del personal de los establecimientos de salud para evitar errores en el ejercicio profesional.

En ese sentido, una de las mayores dificultades que expresa el profesorado, son las dificultades que presentan los campos clínicos a causa de los riesgos de contagio que representa la pandemia COVID 19, para aceptar estudiantes en práctica, a excepción del nivel de internado de los estudiantes de doctorado en medicina, quienes han asumido una alta carga laboral principalmente en los hospitales. Esta falta de desarrollo de competencias también se debe a la falta de hábitos de estudio e interés del estudiantado, de hecho, se reporta una alta tasa de deserción, principalmente de los primeros años de las carreras.

La calidad de la formación se ha visto afectado el logro de competencias en el nivel esperado, tanto genéricas como especializadas. Los esfuerzos por

parte del personal docente para una práctica pedagógica acorde en entornos virtuales han sido muchos de igual manera los estudiantes se han esforzado por realizar sus experiencias de aprendizaje en el marco de las condiciones antes mencionadas, porque el impacto psicológico que también sufren todos los actores de la educación también afecta su aprendizaje. Según han expresado algunos maestros/as, un porcentaje importante de estudiantes se retiró, en especial los que se encontraban en los primeros años de su formación.

PROTECCIÓN DE LOS AGENTES DE LA EDUCACIÓN

Considerando las medidas de protección sanitaria establecidas por la OMS desde inicios de la pandemia, los estudiantes y los docentes, han permanecido en sus hogares, con mínimas actividades presenciales; cada uno ha implementado estrategias para que se utilicen medidas de protección, para el caso de las IES han implementado acciones como la toma de pruebas al personal administrativo, docentes y estudiantes. Las IES han implementado el proceso de triage, y dotado de equipo de protección personal, por otra parte, también se priorizo junto con el personal de salud, la vacunación del personal docente y estudiantes de todo el sistema educativo. También se ha evidenciado la falta de dotación de estos equipos a algunos estudiantes de servicio social y en internado rotatorio. Una de las situaciones expresadas por los docentes es la pérdida de valiosos profesores/as y estudiantes durante esta pandemia.

LECCIONES APRENDIDAS

1. La calidad de la formación de profesionales de la salud demanda ajustes constantes en las instituciones educativas para ser coherente con los cambios generados por la era del co-

nocimiento; en ese sentido la preparación de políticas institucionales relacionadas a la enseñanza basada en las TIC debe ser una prioridad, a partir de la experiencia de la educación superior durante esta pandemia.

2. Se deben desarrollar como parte de la educación permanente del profesorado de las ciencias de la salud y en generales, programas integrales de formación, que contemple el abordaje de las nuevas teorías del aprendizaje como la teoría de la conectividad de Siemens (2006), el manejo de los entornos virtuales para el aprendizaje, el aprendizaje colaborativo, el diseño de programas para la enseñanza virtual entre otros.
3. Se deben implementar programas de monitoreo de educación durante la pandemia y crear fuertes estructuras digitales para el soporte docente, así como de seguimiento a los estudiantes con su respectivo acompañamiento.
4. Realizar investigaciones en la educación de los profesionales de la salud usando EVAE y de los resultados en el campo laboral, con la finalidad de retroalimentar los procesos formativos.
5. Existe una brecha de género en el análisis que puede ser superado con estudios que analicen el impacto de la pandemia en las mujeres estudiantes y profesoras de las carreras de ciencias de la salud.

Agradecimientos: Este ensayo no fuera posible sin el apoyo del profesorado de los estudiantes de las carreras de grado de ciencias de la salud de las IES que accedieron a compartir sus experiencias en la educación durante la pandemia.

REFERÊNCIAS

MAYORGA, A.; ERNESTO, J.; OSCAR, R. P. **Caracterización de los espacios de aprendizaje para la formación de pregrado y posgrado en El Salvador**. OPS/MINSAL. El Salvador, 2015. Disponible en: https://rrhh.salud.gob.sv/files/webfiles/publicaciones/PRESENTACION_CM_1404.pdf. Acceso en: 10 oct. 2021.

CRESPÍN, E. E. Análisis sobre la calidad académica de las Universidades en El Salvador. **Revista realidad y reflexión**. Año 9. No 31. Universidad Francisco Gavidia. <https://ri.ufg.edu.sv/jspui/bitstream/11592/8332/1/An%C3%A1lisis%20sobre%20la%20calidad%20acad%C3%A9mica%20de%20las%20universidades%20en%20El%20Salvador.pdf>. Acceso en: 10 oct. 2021.

GARZONA, G. M. **Realidad de la calidad de la educación superior en El Salvador**. 2010. Disponible en: <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/3236/1/La%20calidad%20y%20el%20contexto%20actual%20de%20la%20educaci%C3%B3n%20superior.pdf>. Acceso en: 10 oct. 2021.

GONZALO, E. et al. **Libro blanco de la profesión de enfermería. Unidad de Enfermería. Ministerio de Salud El Salvador**. 2015. Disponible en: <https://www.mined.gob.sv/educacion-superior/?wpdmc=mejoramiento-de-la-calidad-de-educacion-superior>. Acceso en: 10 oct. 2021.

ZAMBRANO, C. M. **Legislación Universitaria**. Compilación. Editorial Universitaria, Universidad de El Salvador. El Salvador, 2017. Disponible en: <https://nextcloud.ues.edu.sv/index.php/s/xxow4Z73rDBG47z#pdfviewer>. Acceso en: 10 oct. 2021.

MINED. **Evaluación institucional de la calidad 2013-2014**. Dirección de Educación Superior. El Salvador, 2014. Disponible en: <https://www.mined.gob.sv/download/evaluacion-institucional-2013-2014/>. Acceso en: 10 oct. 2021.

MINSAL. **Libro Blanco de Enfermería de la profesión de enfermería en El Salvador**. Unidad de Enfermería, 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2021/02/libro-blanco-de-la-profesion-de-enfermeria-en-el-salvador.pdf>. Acceso en: 10 oct. 2021.

MINSAL/OPS. **Informe de medición de metas de recursos humanos**. El Salvador. 2012. Disponible en: <https://rrhh.salud.gob.sv/node/13>. Acceso en: 10 oct. 2021.

PEÑUELAS, S. T. et al. Enseñanza remota de emergencia ante la pandemia Covid-19 en **Educación Media Superior y Educación Superior. Propósitos y Representaciones**, 8(SPE3). México, 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8nSPE3.589>. Disponible en: <https://revistas.usil>.

edu.pe/index.php/pyr/article/view/589. Acceso en: 10 oct. 2021.

UNESCO IESALC. **Hacia el Acceso Universal de la Educación Superior**. Francia. 2020. Disponible en: <https://www.iesalc.unesco.org/wp-content/uploads/2020/11/acceso-universal-a-la-ES-ESPANOL.pdf>. Acceso en: 10 oct. 2021.

UNESCO IESALC. **Orientaciones para la continuidad del servicio educativo superior Universitario**. Francia. 2021. Disponible en: <https://www.iesalc.unesco.org/wp-content/uploads/2021/06/Orientaciones-continuidad-servicio-educativo-superior-universitario-PBL.pdf>. Acceso en: 10 oct. 2021.

O SUS E AS NARRATIVAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Ruben Araujo de Mattos (*in memoriam*)²⁵
Manuelle Maria Marques Matias²⁶
Mônica de Rezende²⁷
Tatiana Wargas de Faria Baptista²⁸

25 Autor homenageado no presente texto, uma vez que não revisou sua redação final. O texto se originou da transcrição de aula gravada em vídeo, reservada para fins de transformação em artigo em tempo oportuno. O falecimento precoce do autor foi motivação importante para a homenagem. Agradecemos pela autorização de uso pela família.

26 Doutora e Mestra em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ (IMS/UERJ). Atualmente é aluna do Curso de Maestría en Estado, Gobierno y Políticas Publicas da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais - Flacso Brasil. Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, Sobral/CE. Egres-sa do VER-SUS Brasil.

27 Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Possui graduação em Fisioterapia pelo Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação (IBMR), especialização e mestrado em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Professora adjunta do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (MPS/ISC/UFF). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFF).

28 Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. Integra o Grupo de Pesquisa - Estado, Proteção Social e Políticas de Saúde? da ENSP/FIOCRUZ.

O texto traz uma discussão sobre as narrativas de Educação Permanente em Saúde a partir da análise dos processos que levaram à construção de uma “Política Nacional de Educação Permanente” (PNEPS). Trata-se de uma análise sobre a construção dessa política no nível federal do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 2003, buscando reconhecer o que foi mobilizado nesse âmbito de gestão e que possibilitou, desde então, que estados e municípios do Brasil desenvolvessem suas políticas próprias no mesmo campo de intervenção.

A análise aqui proposta parte de duas pesquisas de doutorado que se debruçaram sobre este tema, Rezende (2013) e Matias (2020), mas também dos entrelaçamentos desses estudos entre si e a partir dos diálogos que promoveram com seus orientadores, Ruben Mattos e Tatiana Wargas, tendo ambos participado das bancas de avaliação e acompanhado as discussões que se seguiram sobre o tema. Reconhecemos que a trajetória de construção desses estudos funcionou como dispositivo de educação permanente em saúde para alunas e orientadores, construindo um corpus de análise da PNEPS compartilhado e difundido em aulas, textos e encontros, além de mobilizado outras análises e debate sobre a própria política e suas estratégias. Estes estudos sobre Educação Permanente em Saúde nos permitiram ver as diferentes apropriações deste conceito, mobilizado para traduzir um desejo de mudança em uma série de práticas postas em operação em diferentes espaços do SUS, até hoje intensamente capilarizado nas práticas de saúde em estados e municípios.

Para a estruturação desse texto assumimos como argumento de partida uma aula gravada de Ruben sobre as narrativas da PNEPS, realizada em outubro de 2020, articulando-a com as teses consideradas e suas avaliações, de modo que a autoria se tornou coletiva. Iniciamos com um sobrevoo rápido sobre a construção da PNEPS para

logo depois darmos “dois passos atrás” na história do SUS a fim de localizar questões pertinentes à compreensão dos desafios da PNEPS. Em seguida, entramos na construção da PNEPS e nas narrativas produzidas sobre o conceito de Educação Permanente em Saúde. Finalizamos com convites e desafios da PNEPS, que nos convocam a novos rumos neste debate.

UM SOBREVÃO SOBRE A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Como conceito, a Educação Permanente em Saúde sempre mobilizou múltiplos sentidos. Esta polissemia tão característica possibilitou sua apropriação por diversos atores e atrizes, de diversos e distintos territórios. Surgida originalmente no território da educação, mais particularmente da educação de adultos, a filiação do termo “educação permanente” remonta à Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). A partir de 1984/1985, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) apropria-se do conceito de “educação permanente” trazido pela UNESCO para traduzir uma ideia de reorientação das práticas educativas e a proposição de um “processo permanente de educação do pessoal de saúde”. Com isso, a OPAS buscava superar um conjunto de práticas educativas da década de 1970, posteriormente designadas como “educação continuada”. No Brasil, foi apropriado ainda na década de 1990 pela Rede Unida, uma associação científica para a educação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde, para ajudar a disparar uma série de movimentos de mudança no modelo de atenção e de ensino da saúde. Contudo, foi no início do primeiro governo de Luiz Inácio (Lula) da Silva que se deu a possibilidade de construção política e conceitual que alçaria a Educação Permanente em Saúde à condição de política pública.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi lançada no início do governo Lula, mas desenvolvida em dois momentos, um primeiro de 2003 a 2005, quando o Ministério da Saúde estava sob a gestão do Partido dos Trabalhadores (PT), tendo como ministro da saúde Humberto Costa, e um segundo momento de 2005 a 2010 quando ocorre uma mudança na condução do Ministério da Saúde, sob a entrada do grupo vinculado ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), tendo como ministro José Saraiva Felipe.

Os dois momentos da política do Ministério da Saúde durante os governos Lula apresentaram semelhanças e diferenças no que tange à PNEPS. Foram dois momentos profundamente diferentes, não exatamente pela mudança partidária e sim pela inflexão realizada a partir da mudança do grupo que conduzia a política de Educação Permanente em Saúde (EPS) no Ministério. São dois grupos distintos, com filiações teóricas e posicionamentos políticos que divergem na origem e que precisam ser reconhecidos para uma compreensão dos projetos que lideram.

A PNEPS surgiu no primeiro momento do governo Lula sob a condução de Maria Luiza Jaeger como Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), tendo sua formulação liderada por Ricardo Burg Ceccim e Laura Camargo Macruz Feuerwerker, que por sua vez compunham o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). A Política foi aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2003 e colocou em movimento no SUS uma discussão sobre a EPS. Essa política trouxe novos conceitos, ferramentas e dispositivos de gestão e alguns deles não estavam presentes na discussão de educação na saúde até então. Foi um momento de ineditismo, de invenção de conceitos e de estratégias políticas na gestão.

Já a mudança no Ministério da Saúde em 2005 deu início a um segundo momento/movimento na PNEPS, com uma mudança de condução pelo grupo que passaria a integrar a SGTES. Foi o momento de entrada de Francisco Eduardo de Campos como Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e de Célia Pierantoni e Ana Estela Haddad na composição do DEGES e na liderança da PNEPS. Nesse momento, a PNEPS passa por uma ressignificação de ideias e retomam-se alguns argumentos que marcavam a trajetória de discussão da Política de Recursos Humanos na Saúde. A partir desse momento, apesar da terminologia EPS permanecer em uso, constitui-se uma disputa de narrativas em torno da ideia/concepção de EPS.

Olhando em retrospectiva é possível compreender as diferenças que se apresentam entre as narrativas e projetos, mas sem a pretensão de se dizer quem estava certo ou errado, ofertando questões e entendimentos que ajudem a pautar a discussão de EPS nos estados e municípios na atualidade, especialmente a partir do que dá sentido a esses âmbitos. Desse modo, esse texto não tem a pretensão de responder ao que é Educação Permanente em Saúde, mas buscar ofertar os sentidos que estavam e seguem presentes em disputa no debate, possibilitando a quem desejar possa adotar o posicionamento que lhe convier.

DOIS PASSOS ATRÁS

Para compreender o que foi o movimento de construção da PNEPS é preciso retomar um pouco a trajetória do SUS e trazer elementos que não estão necessariamente tão explícitos nas histórias contadas da Reforma Sanitária e do SUS. Um primeiro elemento remete à crítica à dicotomia da saúde em duas áreas: a Saúde Pública e a Medicina Previdenciária, e o esforço de aproximação e unicidade do comando no cuidado aos problemas coletivos e individuais, garantindo a integralidade da atenção

em todos os âmbitos do Sistema. Essa proposta trazia algumas dificuldades concretas de operacionalização, até mesmo junto aos sanitaristas, pois colocava em discussão questões como a magnitude de problemas de saúde como estratégia para priorização da assistência.

Na proposta em discussão pelo movimento da Reforma, todo tipo de problema e questão de saúde deveria ser entendida como prioritária, independente da magnitude. A Constituição Federal de 1988 aprova esse entendimento e exige uma aproximação entre as lógicas da velha Saúde Pública e da velha assistência individualizada, o que na prática significava enfrentar uma mudança nas práticas em saúde, o que será uma questão central da Educação Permanente em Saúde. Talvez grande parte dos problemas que ainda hoje encontramos na Educação Permanente em Saúde esteja relacionado a práticas que não encampam a ideia de integralidade, que não superam a dicotomia entre Saúde Pública e assistência médica individualizada. Cabe lembrar que na prática clínica da Medicina Previdenciária não havia uma preocupação com a continuidade e a longitudinalidade do cuidado. Toda lógica era voltada para tratar os sintomas e a doença, em responder às queixas de forma imediata, não olhando para as necessidades de saúde de forma integral e vinculada aos contextos de produção da saúde e da doença. Não se tinha uma lógica de promoção da saúde para além da perspectiva individual. De outro lado, a Saúde Pública estava preocupada em responder aos grandes problemas coletivos e não tinha esforços mais sistematizados para pensar o cuidado assistencial de modo universal.

Portanto, havia uma divisão na própria forma de praticar saúde. Juntar estas duas institucionalidades – medicina previdenciária e saúde pública – e seus modos de atuar passou a ser um dos grandes desafios do Sistema de Saúde, o que exigia mudanças no modo de fazer (MATTOS, 2001).

Todavia, na trajetória dos anos 1980 aconteceu algo paradoxalmente interessante que atravessou o processo de unificação do Sistema de Saúde e o fez avançar nas práticas sanitárias: um grupo de médicos e sanitaristas ligados ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB) autêntico, na divisão dos cargos do governo da Nova República, no governo José Sarney (1985), assumiu a condução da pasta da Previdência Social. Foi quando Hésio Cordeiro, médico e professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), ocupou a presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e colocou em ação, desde o gabinete, um conjunto de propostas que estavam em discussão pela Saúde. Promoveu as Ações Integradas de Saúde (AIS), aproximando o INAMPS dos governos estaduais e municipais, numa articulação pela ponta do Sistema de Saúde (FARIA, 1997).

Nesse mesmo momento, havia uma disputa de posições entre o melhor caminho para promover a reforma da saúde. Uma disputa entre aqueles que ocupavam a Previdência Social e aqueles que estavam no Ministério da Saúde. Quem estava na área da Saúde defendia uma “descentralização pelo alto”, com a passagem imediata do INAMPS para o Ministério da Saúde (MS). Mas quem estava na Previdência entendia essa estratégia como de grande risco para o projeto de reforma, pois reconhecia uma estrutura muito centralizada e normativa no MS, defendendo, assim, um arranjo de descentralização que buscava a unificação a partir dos estados e municípios, a chamada “descentralização por baixo” (FARIA, 1997). As AIS e, em seguida, o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), foram as primeiras ações de descentralização por baixo com vistas à unificação entre Saúde e Previdência. Na VIIIª Conferência Nacional de Saúde essa estratégia esteve em discussão e a descentralização por baixo saiu fortalecida. Essa

tensão vai ter uma implicação no fortalecimento da dinâmica entre Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) a partir de 1990 e terá desdobramentos na forma como se constituem as mudanças de gestão e organização dos sistemas de saúde locais.

No final da década de 1980, a tensão em torno da estratégia de unificação e descentralização e o esvaziamento da discussão acerca da clínica e do cuidado no SUS se materializou em debates entre reformistas. Gastão Wagner de Souza Campos, no livro “A Reforma da Reforma” (CAMPOS, 1992), vai apontar para uma discussão sobre a importância da clínica no SUS, ressaltando o fato da clínica ter sido desprezada no processo de reforma, sendo necessário trazê-la para a centralidade. É a primeira vez que se enuncia a necessidade de se mudar a prática da clínica e a percepção de que o ideário do SUS exigia uma mudança de organização das práticas. Contudo, a ênfase política nos anos 1990 permaneceu sendo a estratégia de descentralização da gestão do Sistema de Saúde (por meio de Normas Operacionais Básicas), o que ocorreu por meio de estratégias de indução financeira para estados e, principalmente, municípios. Assim foi a indução da estratégia Saúde da Família.

Foi na década de 1990, junto a um processo de desenvolvimento do SUS, que começaram a se desenvolver uma série de experiências locais que buscavam conciliar a discussão sobre a necessidade de mudança na organização dos serviços com a das práticas em saúde. Experiências que procuravam produzir dispositivos de trocas entre gestores: novos vocabulários e novas formas de significar as práticas. Na produção do debate acadêmico e na interação com gestores locais, o grupo do Laboratório de Planejamento (LAPA), da Universidade Estadual de Campinas, integrado por Gastão Wagner de Souza Campos, Emerson Elias Merhy e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, passou a

subsidiar gestões progressistas e propor um projeto em torno da “saúde em defesa da vida”. Alguns exemplos são as experiências de gestão em saúde nas cidades de Volta Redonda e Campinas. (CECÍLIO; MERHY; CAMPOS, 1994)

As experiências traziam vocabulários e estratégias novas de gestão e o que mais se destacava era a ênfase na forma de organizar o cuidado, que denunciava o que se mostrava distante do que as pessoas precisavam. A ideia de acolhimento apresentava-se como uma questão-chave. O acolhimento como a responsabilidade por acolher qualquer pessoa que chegasse numa unidade; como um dispositivo para dar conta do imperativo do direito. Nessas experiências, o engajamento dos gestores era fundamental na conversa e discussão sobre os problemas. Não era um arranjo gerencial simplesmente, mas uma provocação a uma reflexão contínua, permanente, sobre o processo de trabalho e a organização do serviço. Essas discussões ainda que relevantes e fundamentais na construção de um novo projeto de saúde não estavam na pauta central das políticas do Ministério da Saúde por décadas. Somente em 2003, com uma inflexão importante na condução do Ministério da Saúde, observamos uma entrada dessas questões de forma contundente nas diretrizes políticas da saúde.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

As pesquisas realizadas sobre a articulação educação-saúde no processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação de nível superior dos profissionais de saúde (REZENDE, 2013) e sobre os caminhos para a construção de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil (MATIAS, 2016 e 2020) possibilitaram compreender que a criação de uma proposta de política em torno do conceito de “educação permanente em saúde” em caráter inédito

no Brasil foi resultado, em última análise, de um processo complexo resultante de construções deliberadas e contingenciais da política partidária na composição do primeiro governo Lula, da agência dos sujeitos envolvidos na estruturação desta Política, guiados ou não por suas visões de mundo e projetos, e das negociações e composições realizadas nesse âmbito.

Desde já é preciso destacar, entretanto, que a possibilidade de construção de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se deu como consequência do espaço aberto a partir da construção político-partidária de um lugar institucional de destaque no Ministério da Saúde que seria ocupado pela militante sindical e socióloga Maria Luiza Jaeger no primeiro governo sob o comando do Partido dos Trabalhadores (PT), que teve Luís Inácio Lula da Silva como Presidente, ou seja, referimo-nos aqui à construção político-partidária que desembocou no acordo de criação de uma Secretaria que ficaria sob o comando de Maria Luiza Jaeger, indicada por sua vez por Olívio Dutra, fundador e ex-presidente nacional do PT e que se tornou Ministro das Cidades no governo Lula, com quem Maria Luiza havia trabalhado na condição de Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre, com ele Prefeito, e Secretária Estadual de Saúde no Rio Grande do Sul, com ele governador (MATIAS, 2020).

Pelo fato de não pertencer a uma categoria profissional de saúde e tendo em vista a pressão exercida pelas corporações profissionais no governo Lula, coube à Maria Luiza Jaeger o desenho de uma Secretaria que não poderia cuidar diretamente de questões relacionadas à atenção à saúde. Com a encomenda de alocar a militante sindical e socióloga Maria Helena Machado, que vinha dos debates mais ligados à gestão do trabalho em saúde, e tendo convidado para a composição de sua equipe o enfermeiro e educador Ricardo Burg Cecim, que vinha da área mais estrita da educação,

construiu-se o desenho de uma Secretaria para lidar com duas áreas de atuação: a gestão do trabalho e a gestão da educação na saúde. Nascia, portanto, no bojo da reestruturação do Ministério da Saúde - uma antiga pauta do Movimento Sanitário, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (MATIAS, 2020).

No que tange ao processo de construção dessa Política, podemos dizer que o governo Lula passou por “dois momentos” que, na área da saúde, refletem a divisão da gestão do Ministério da Saúde entre partidos políticos. Isso determinou a escolha dos Secretários à frente da SGTES, que marcam dois momentos de ocupação desta Secretaria por dois grupos distintos e os diferentes direcionamentos dados às questões enfrentadas e às políticas trabalhadas. O primeiro momento se estendeu da posse do ex-Presidente Lula e seu Ministério, em 2003, até julho de 2005 e correspondeu à gestão de Humberto Costa do Partido dos Trabalhadores (PT) no Ministério da Saúde e de Maria Luiza Jaeger como Secretária da pasta. O segundo momento, que começou em seguida e foi até o final do Governo Lula, em 2010, teve Francisco Eduardo Campos como Secretário da SGTES e iniciou-se com a passagem do Ministério para o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), por intermédio, inicialmente, do Ministro José Saraiva Filipe (de julho de 2005 a março de 2006), substituído por Agenor Álvares (até março de 2007) e, finalmente, por José Gomes Temporão, que se manteve no cargo até o final do Governo. Neste segundo momento, mais precisamente no ano de 2007, uma nova versão da Portaria que instituiu a PNEPS foi publicada, com teor bastante diferenciado da publicada em 2004 (REZENDE, 2013).

Para Maria Luiza Jaeger, que vinha da área da gestão do trabalho e foi reconhecida como “arquiteta” da reestruturação do Ministério da Saúde de Lula, a criação da SGTES procurava tanto atender a demandas históricas do campo da regulação do

trabalho em saúde e da valorização dos trabalhadores quanto ordenar a formação do pessoal que estava na rede de serviços de saúde e também nos âmbitos de formação do ensino de graduação e do ensino profissional de nível técnico, de modo que esta acontecesse amplamente próxima ao âmbito do trabalho. Para Jaeger, essas discussões aparecem no processo de elaboração do primeiro Programa de Governo de Lula para 2003 e que já vinha se discutindo nos governos democrático-populares no Rio Grande do Sul, da qual fez parte. Jaeger já havia integrado a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), representando a Central Única dos Trabalhadores (CUT), foi membro da Coordenação Setorial Nacional de Saúde do PT e da Comissão de Redação Final da proposta sobre a qual foi trabalhado o Programa de Saúde do Governo Lula “Saúde Para a Família Brasileira” (REZENDE, 2013; MATIAS, 2020).

Embora a criação da SGTES não guarde qualquer relação com estruturas de governo anteriores, para Francisco Campos, que assumiu a Secretaria em 2005, a criação da SGTES foi uma continuidade de um movimento que vinha acontecendo desde o Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde (PPREPS), na década de 1970, e que sempre teve a preocupação de “elevar a um nível alto no Ministério da Saúde essa questão dos recursos humanos”. Foi uma “gestação” que já vinha sendo feita por toda essa acumulação anterior, cujo “embrião ontológico” foi a Secretaria de Recursos Humanos da Nova República no Brasil em 1985/1986, da qual foi o primeiro Secretário (REZENDE, 2013). Com as duas posições, é possível identificar a tentativa de ambos os ex-Secretários de aproximar a criação da SGTES de suas construções e, portanto, contextualizá-la num espaço mais amplo de disputas da ação política dos grupos aos quais, de alguma forma, representavam.

Assim, no contexto de divisão destes dois momentos políticos, no seio desses dois grupos, configu-

raram-se duas concepções e propostas de política distintas em torno da Educação Permanente em Saúde. Como diferenciar, então, estas duas concepções de política? De início, é preciso ressaltar que o conceito de Educação Permanente em Saúde vinha de uma longa trajetória de debates postos pela Organização Pan-Americana da Saúde desde, pelo menos, a década de 1980. Neste contexto, o conceito de EPS foi forjado, dentre outros motivos, para se diferenciar de um conjunto de práticas de educação em saúde postas em operação desde a década de 1970 que viriam a ser designadas de “educação continuada”. As práticas de “educação continuada” eram vistas como insuficientes para dar conta dos desafios postos na busca pelo melhor caminho para a reforma da saúde; nas necessidades de mudanças de organização dos serviços e das práticas em saúde que se apresentavam (REZENDE, 2013; MATIAS, 2020).

No Brasil, desde a década de 1990, a discussão sobre EPS proposta pela OPAS foi apropriada e ampliada pela Rede Unida. Com um acúmulo importante nas discussões relativas à mudança no modelo de ensino em saúde, sobretudo no âmbito das graduações (onde a Rede Unida incidiria mais fortemente) e com uma importante contribuição na discussão em torno das novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde registradas ao longo da década de 1990, a Rede Unida tomava a EPS como instrumento e estratégia para a aquisição de novos perfis profissionais, através da aprendizagem no âmbito do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. Ao trazer o conceito de EPS para o âmbito da mudança da formação em saúde, ao buscar integrar a Universidade e os serviços no processo de educação permanente dos profissionais de saúde, a Rede Unida ampliava a discussão e os atores e atrizes nela envolvidos e trazia para o cotidiano de construção do SUS o debate até então localizado na OPAS (REZENDE, 2013; MATIAS, 2020).

Contudo, foi no governo Lula, após a criação da SGTES, que a Educação Permanente em Saúde (EPS) tomou novos contornos. Para além da discussão conceitual, tornou-se política pública e prática de gestão da educação e do próprio trabalho em saúde. Sem um projeto prévio que pautasse sua atuação, o primeiro grupo de ocupação da SGTES, constituído por sujeitos com distintas trajetórias pessoais e profissionais, ocupou o espaço institucional do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), dividido àquela ocasião em três coordenações que se ocupariam das discussões referentes à educação superior, educação profissional de nível técnico e educação popular: a Coordenação-Geral de Ações Estratégicas; a Coordenação-Geral de Ações Técnicas e a Coordenação-Geral de Ações Populares de Educação na Saúde (REZENDE, 2013; MATIAS, 2020).

Com o espaço de criação possibilitado pela SGTES e pelo DEGES, os ocupantes da área de “gestão da educação na saúde” partiam de uma ferrenha contraposição à lógica de financiamento vigente das capacitações no setor da saúde que antes se pautavam por demandas externas e eram negociadas diretamente entre Instituições de Ensino e Ministério da Saúde, desconsiderando os sujeitos a que eram direcionadas tais capacitações, numa lógica de “balcão de negócios”. Por outro lado, a fragmentação desses processos de formação em saúde, habitualmente dispostos na forma de cursos episódicos e pontuais direcionados aos trabalhadores também eram alvo de intensa crítica por este grupo, que identificava estes processos como “educação continuada” (REZENDE, 2013; MATIAS, 2016; MATIAS, 2020).

Nesse contexto, a proposta de uma educação permanente em saúde foi acionada como estratégia para lograr a mudança. Uma EPS que passou a se constituir sob novos marcos, diferenciando-se da educação continuada e também do que havia de discussão sobre educação permanente no âmbito

da OPAS, aprofundando os caminhos trilhados pelas experiências da Rede Unida, assim como utilizando o vocabulário e ferramental proveniente das contribuições teóricas e conceituais desenvolvidas pelo LAPA em uma série de inovações no campo da gestão em saúde no Brasil. Tais inovações, experimentadas na década de 1990 em alguns municípios, sobretudo nas experiências petistas de gestão, não se constituíram como conteúdos de atualização, mas elementos trazidos para a reflexão crítica, no intuito de formar sujeitos a partir de uma aprendizagem significativa. Assim, buscava-se enfatizar um tipo de aprendizagem na prática, no trabalho, a partir do trabalho e para o trabalho. (MATIAS, 2020).

A diretriz da integralidade foi chamada a orientar a atuação da PNEPS, que buscava uma atuação em rede para produzir mudança sobre a atenção, gestão e formação em saúde. Nessa seara, produzia-se uma aproximação com o Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) numa aposta de construção conceitual junto a este grupo (MATIAS, 2016; MATIAS, 2020). Do mesmo modo, a articulação entre integralidade e as necessidades de saúde era tomada como eixo para a organização dos serviços e das práticas de saúde, para promover uma “cadeia do cuidado em saúde” (CECÍLIO, 2009). Com a ideia de buscar transversalizar as discussões postas nas três coordenações do DEGES, construiu-se uma ideia ampla de EPS, que era vista como estratégia de mudança nos âmbitos da formação, do trabalho, do controle social e da gestão (MATIAS, 2020). Nesta direção, a figura de um “quadrilátero” serviu para traduzir a ideia de mudança e integração em cada um destes setores (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para mudar a lógica de financiamento e a intensa fragmentação dos processos formativos, foram criadas as instâncias-dispositivos dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), que

funcionavam como “rodas de conversa” e passavam a incluir nas decisões novos atores e atrizes, de diversos espaços além da gestão, tal como inspirava a figura do quadrilátero. Assim, opoñdo-se à lógica de indução da política de saúde que vinha desde o nível central de governo, a aposta feita com os Polos pautava-se na definição das demandas de educação permanente em saúde a partir das realidades e necessidades locais, num processo feito de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, de modo que propiciasse: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem; o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde; o trabalho em equipes matriciais; a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2003b; BRASIL, 2004; BRASIL, 2005a).

Além dos Polos, punham-se em movimento outros dispositivos, como é o caso, por exemplo, da formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde, desenvolvida em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, a partir do ano de 2005. Desta forma, a PNEPS foi a base teórico-prática que deu condição de possibilidade para pôr em prática um novo modus operandi da política de saúde, marcado por uma atuação menos acomodada à lógica institucional vigente nos marcos de constituição do SUS. A novidade se dava por uma atuação que buscava valorizar o protagonismo, o diálogo e a atuação de diferentes atores e atrizes em cena, buscando ao mesmo tempo colocá-los em posição de igualdade nos espaços de decisão da política de saúde. A proposta da PNEPS, bem mais que uma metodologia pedagógica, estava interessada na mudança de práticas e na produção de novas subjetividades. A partir do reconhecimento de que era preciso mudar a prática da clínica, convocava-se profissionais, ges-

tores, estudantes e professores à reflexão sobre a sua própria prática.

A Educação Permanente em Saúde, sob essa perspectiva, pode ser entendida como uma ferramenta, uma proposta ou simplesmente um convite à reflexão sobre o que fazemos no cotidiano dos serviços de saúde. Porém, um convite interessado na transformação de um conjunto de práticas de cuidados exercidas no cotidiano do SUS e, mais do que isso, na capacidade de deslocar e mudar atores e atrizes em processo, em ato. A EPS passou a ser entendida como processo de produção de subjetividade, num projeto coletivo de educação, que se efetiva a partir da troca e da produção de culturas, numa abordagem não normativa operada por sujeitos críticos e implicados com a construção da política de saúde e da própria sociedade.

No plano conceitual e político, a construção de uma proposta em torno do conceito de Educação Permanente em Saúde se deu em detrimento dos marcos teóricos da discussão sobre “recursos humanos em saúde”. Entretanto, com a cessão do Ministério da Saúde para o PMDB em julho de 2005, sob o comando do Ministro Saraiva Felipe, passou a ocupar a SGTES um segundo grupo, cujos componentes vinham de uma longa trajetória acadêmica e político-institucional no campo de atuação dos recursos humanos em saúde, com uma referência importante na atuação de uma ala mais tradicional do movimento sanitário (REZENDE, 2013; MATIAS, 2020).

Liderado por Francisco Eduardo de Campos, que assumiu a SGTES, este grupo tomou como tarefa prioritária a ideia de “reestruturação” dos Polos de Educação Permanente em Saúde. Apoiados em um estudo científico que teve o propósito de avaliar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, encomendado pela então diretora do DEGES, Célia Pierantoni, à pesquisadora e docente da Faculdade de Medicina da Universidade

de São Paulo, Ana Luiza d’Ávila Vianna. O grupo que ocupou o DEGES dedicou-se a redesenhar essas instâncias, de modo a recuperar o poder de decisão conferido aos gestores que, conforme evidenciou a pesquisa, estavam descontentes com a conformação dos Polos. Esta reestruturação espelha em grande medida as diferenças nos modos de conceber e operar a Política em ambos os grupos, marcando posições distintas de concepção e prática política (MATIAS, 2020).

Foram criadas as Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES), de caráter consultivo e profundamente interligadas às instâncias de gestão do SUS, em substituição aos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) e, com isto, produzia-se uma nova proposta de operacionalização da PNEPS. A criação das CIES surgia como uma estratégia que objetivava uma rearticulação com os gestores, em especial junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), uma vez que este segmento referia um descontentamento com o formato de negociação posto em operação com os Polos de Educação Permanente em Saúde, conforme evidenciado na pesquisa de avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (VIANA, 2008).

Essa proposta foi construída inicialmente no âmbito da CIT com a larga presença de gestores e negociada com a Comissão Intersectorial de Recursos Humanos (CIRH) do Conselho Nacional de Saúde. Ao mesmo tempo, respondendo ao contexto colocado, produzia-se um esforço de adaptação da PNEPS ao Pacto pela Saúde, que pela primeira vez colocava as áreas de “gestão do trabalho na saúde” e de “gestão da educação na saúde” dentre as áreas de financiamento a serem asseguradas no Pacto (MATIAS, 2016; MATIAS, 2020). Em um segundo momento do DEGES, sob o comando de Ana Estela Haddad, colocou-se a tarefa de “reconstituição” do conceito de Educação Permanente em Saúde. Opondo-se à ideia de EPS trazida

pelo primeiro grupo de ocupação do DEGES, empreendeu-se uma força-tarefa com a incumbência de resgatar o conceito de Educação Permanente em Saúde elaborado pela OPAS, inclusive trazendo para dentro da SGTES antigos personagens do debate teórico-conceitual produzido pela OPAS. Neste momento, a educadora Maria Alice Clasen Roschke foi trazida para o comando da Coordenação-Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde. Para Ana Estela Haddad, havia equívocos de compreensão em relação à EPS e era preciso retomar o conceito original desenhado pela OPAS. Nesse contexto, foi publicada uma segunda portaria pelo DEGES, a Portaria nº 1996/2007, estabelecendo novas diretrizes para a PNEPS (MATIAS, 2020).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no contexto de ocupação deste segundo grupo na SGTES, acomodou-se ao território mais próximo à gestão do SUS, ao buscar um processo mais induzido pelos gestores, por dentro das instâncias de pactuação tripartite, nos estados e municípios. É preciso ressaltar que a PNEPS também ganhava outra finalidade, uma vez que os ocupantes da SGTES entendiam que o papel desta Política devia ser o de auxiliar um conjunto de práticas mais gerais de atenção à saúde. Ao contrário do primeiro momento da SGTES, onde a PNEPS tinha mais um lugar finalístico de atuação, este segundo grupo da SGTES engajou-se efetivamente na adoção de políticas auxiliares de sustentação ao modelo de atenção proposto pelo Programa Saúde da Família, que pouco a pouco havia se tornado um consenso no governo Lula. Por isso mesmo, o dispositivo considerado carro-chefe da SGTES àquele momento, o Pró-Saúde²⁹,

29 Em três de novembro de 2005, por meio da Portaria Interministerial dos Ministérios da Saúde e Educação nº 2.101 se instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) voltado para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Os objetivos do Programa eram: I - reorientar o processo de formação em Medicina, Enfermagem e Odontologia de modo a oferecer à sociedade profissionais habili-

privilegiou inicialmente as categorias profissionais presentes no desenho do modelo Saúde da Família: Medicina, Enfermagem e Odontologia. Voltavam à cena um conjunto de práticas educativas mais voltadas à capacitação e atualização de um conjunto de questões relacionadas sobretudo ao Programa Saúde da Família, que viria a tornar-se Estratégia Saúde da Família (REZENDE, 2013; MATIAS, 2020).

A ocupação da SGTES por grupos diferentes em dois momentos políticos distintos dentro de um mesmo governo, expôs diferenças radicais nos modos de conceber e operar a política, em método e em prática. As diferentes concepções e narrativas sobre Educação Permanente em Saúde apropriada de modo diverso pelos atores e atrizes de ambos os grupos políticos aqui descritos não se restringem a apenas um dissenso conceitual neste campo em específico, mas dizem respeito a diferenças viscerais sobre as estratégias para a implementação da Política de Saúde no Brasil. Essas diferenças, em última análise, são resultado não apenas de uma divergência conceitual em relação à EPS, mas dos dispositivos acionados para a implementação da PNEPS por ambos os grupos, que escancaram uma importante divergência em relação ao modo de fazer política e configuraram efetivamente duas propostas distintas. Parece-nos fundamental, no processo de operacionalização da PNEPS, que os atores e atrizes que constroem o SUS no cotidiano possam compreender as diferenças postas em perspectiva em ambas as propostas de política, muitas vezes invisibilizadas ou não identificadas no debate do movimento sa-

tados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS; II - estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, visando à melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão e a integração da rede à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente; III - incorporar, no processo de formação da Medicina, Enfermagem e Odontologia, abordagem integral do processo saúde doença e da promoção de saúde; e IV - ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde. (Brasil, 2005b)

nitário quando falamos de Educação Permanente em Saúde.

DESAFIOS E CONVITES DA EPS

A aposta numa Política de Educação Permanente em Saúde desde 2003 traz como questão central a mudança das práticas em saúde, visando à construção de um novo modelo de atenção, mais dialógico e participativo para todas as partes envolvidas – trabalhadores e usuários. Nessa aposta, o espaço do trabalho é trazido como espaço de formação e troca provocando também um deslocamento no modo de compreender o próprio trabalho, as relações profissionais e as relações com usuários e comunidades. Há muitos desafios nessa aposta e, também, convites, que seguem ofertados como ‘garrafas ao mar’ para quem os quiser ler e seguir.

Um desafio importante é o dilema da sustentabilidade do SUS e o quanto o cenário de extrema precariedade do sistema de saúde compromete a aposta de manter trabalhadores engajados, dispostos e abertos ao diálogo. Num cenário de contratações precárias, de priorização do produtivismo e das metas, de privatização do serviço público, tem sido cada vez mais difícil garantir tempo e espaço para práticas em saúde mais dialógicas; para garantir que trabalhadores possam estabelecer trocas entre si e olhar/revisitar suas próprias práticas. E ainda que existam neste cenário adverso (que se apresenta por décadas, com altos e baixos) experiências exitosas, trabalhadores e equipes que consigam constituir práticas de educação permanente em saúde e construir o novo, devemos nos perguntar por quanto tempo os trabalhadores resistirão e o quanto isso exige de cada um deles.

Então, o projeto de formação e de uma outra educação na saúde, para trabalhadores da saúde, exige também uma reformulação maior do próprio sistema de saúde: uma estrutura de serviços e uma

estrutura de política pública que dê suporte a essa formação, que dê suporte aos trabalhadores. Exige o diálogo com a gestão do trabalho, na defesa de uma política diferenciada de sustentação e de enfrentamento de um modelo de precarização de servidores e trabalhadores da saúde, bem como exige o diálogo com outras políticas públicas, como o financiamento, a descentralização e a participação.

Se não há um esforço maior de constituição da política pública, a PNEPS pode ser aplicada de forma reduzida, como estratégia para responder a demandas pontuais de capacitação, perdendo sua potência como proposta para revisão das práticas e de promoção do diálogo entre trabalhadores e equipes no cotidiano dos serviços. Talvez não por acaso, ao olharmos o contexto de implementação da PNEPS nos estados e municípios, notemos que frequentemente a Educação Permanente em Saúde é evocada como um modo de fazer, uma estratégia metodológica para dar conta de responder demandas as mais prevalentes no cotidiano do Sistema Único de Saúde, o que nem sempre leva a uma reflexão crítica sobre as práticas, ignorando a potencialidade desta proposta como estratégia com possibilidade de orientar uma mudança radical das práticas de saúde.

Propomos, em lugar desta captura da EPS, outra concepção, a qual nos filiamos, que toma a proposta da EPS na sua radicalidade, onde parte-se do entendimento de que esta proposta pode ensinar um campo de convites à reflexão crítica de si e do mundo que nos cerca, com uma capacidade tal de desalojamento dos sujeitos que permita mudanças do significado de si e das práticas que produzimos e reproduzimos. Os convites da PNEPS nos remetem, portanto, a um olhar que potencializa a construção de um sistema público de saúde, trazendo elementos do cotidiano e das práticas do SUS como estratégias para se avançar nessa imagem-objetivo. A EPS é um campo de convites à reflexão, não um projeto fechado, trata-se de uma

aposta na capacidade dos sujeitos refletirem e se encontrarem.

Ao tomarmos a sério o exercício de reflexão crítica proposto pela EPS, apostamos em poder nos depararmos com os efeitos daquilo que produzimos no cotidiano, na vida das pessoas a que se destinam nossos cuidados, e para os quais muitas vezes não estamos atentos. Em que medida produzimos felicidade? Em que medida produzimos ou reproduzimos violências? Este exercício de um olhar honesto para essas questões, além de produzir reflexão e transformação de práticas, também produz novos sujeitos. Isto, no entanto, não se produz espontaneamente. É preciso convocar os mais diversos sujeitos à reflexão.

Nesse processo, acreditamos que, nós, atores e atrizes interessados na mudança das práticas de cuidado no SUS, talvez precisemos inventar técnicas e metodologias que permitam mostrar para outros o efeito daquilo que é produzido nessas práticas. Contudo, há um efeito adverso e contraditório quando se propõe EPS sem uma responsabilização e compromisso do Estado em manter a política pública. Fica remetido ao trabalhador da saúde a responsabilidade pela mudança do sistema e das práticas, o que reforça um modelo perverso e extremamente extenuante para o trabalhador. A aposta numa micropolítica do trabalho é uma referência importante para o projeto da EPS, mas é preciso reconhecer que não é suficiente a aposta no trabalho em saúde sem que se fortaleça os demais âmbitos da política, a começar no que diz respeito a inserção do trabalhador no sistema. É preciso reconhecer que há agência nesse trabalhador, mas não podemos nos furtar de mostrar que há uma disputa de modelos. Seguir uma EPS que mais se assemelha a capacitação atende plenamente ao modelo privatizante. Apostar uma EPS que coloca em diálogo os trabalhadores e em foco as práticas exige um modelo participativo de sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde.** 25 ago. 2003a.

_____. 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.** Documento aprovado na Tripartite. 2003b.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial MS/MEC 2.101**, de 03 de novembro de 2005. Brasília, 2005b. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_541196_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_2101_DE_3_D E_NOVEMBRO_DE_2005

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma, repensando a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis** (Rio de Janeiro), v. 14, n. 1, 2004, p. 41-65.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades em saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde** 8 ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S. (Org). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo, Hucitec, 1994.

FARIA, T. W. **Dilemas e consensos: a seguridade social brasileira na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88 – um estudo das microrrelações político-institucionais entre**

saúde e previdência social no Brasil. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 1997.

MATIAS, M. M. M. **Políticas de educação permanente em saúde nos governos Lula: um olhar a partir dos documentos.** Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 2016.

MATIAS, M. M. M. **Caminhos para a construção de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil.** Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 2020.

MATTOS, R. A. Aula 'O SUS e as narrativas de Educação Permanente em Saúde'. Curso Metodologias Aplicadas à Educação Permanente em Saúde – 4ª turma. SES/RJ. Aula ministrada pela plataforma Zoom no dia 23 de setembro de 2020.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R.; Mattos, RA. (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/os-sentidos-da-integralidade-na-atencao-e-no-cuidado-saude/4604>

REZENDE, M. **A articulação educação-saúde no processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação de nível superior dos profissionais de saúde.** Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2013.

VIANA, A. L. A. (Coord). **Programa de avaliação e acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde** – Relatório Final. São Paulo; 2008



foto: acervo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

INTEGRAÇÃO MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO: A CRIAÇÃO DA SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Ana Estela Haddad³⁰
Mário Uriarte Neto³¹
Maria Helena Machado³²
Francisco Eduardo de Campos³³

30 Cirurgiã-Dentista, Professora Associada da Faculdade de Odontologia da USP, foi Diretora de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) – 2005 a 2012. Pesquisadora e Coordenadora da Estação ObservaRH – Estação Multicêntrica de Estudos e Tendências de Recursos Humanos em Saúde FOUSP-ABENO. aehaddad@usp.br
31 Cirurgião-Dentista, Vice-presidente da Associação Brasileira de Ensino Odontológico/ABENO. Representante da ABENO na Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho, Conselho Nacional de Saúde. Pesquisador integrante da Estação ObservaRH – Estação Multicêntrica de Estudos e Tendências de Recursos Humanos em Saúde FOUSP-ABENO. uriarteneto@gmail.com

32 Socióloga, Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Foi Diretora do Departamento de Gestão do Trabalho e Regulação em Saúde-DEGERTS do Ministério da Saúde (2003-2010) Coordenadora do NERHUS- DAPS e do ObservaRH-ENSP, da Rede de Observatórios de RH- MS/OPAS. machado@ensp.fiocruz.br

33 Médico, Especialista em Políticas de Desenvolvimento Científico e Tecnológico da FIOCRUZ, foi Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2005-2021), Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Implantou e exerceu a Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS de 2011 a 2017. Atuou como membro do Board da “Global Health Workforce Alliance”(2006-2013) e da “Ministerial Leadership Initiative” da Harvard T.H. Chan School of Public Health (2011-2014)

INTRODUÇÃO

Dar consequência ao preceito constitucional de que cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar a formação dos recursos humanos em saúde foi o que norteou a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no Ministério da Saúde (BRASIL, 1988).

Os desafios que se colocam para a agenda de recursos humanos na saúde são complexos, envolvendo tanto aspectos quantitativos, de distribuição e fixação de profissionais, como qualitativos, ambos referenciados à formação. Entre os principais eixos norteadores dessa agenda destacam-se (HADDAD, 2010; HADDAD et al. 2011): alinhar as pessoas às mudanças e processos dinâmicos nos sistemas de saúde; garantir a distribuição equitativa e adequada de recursos humanos; instituir mecanismos que regulem a migração de profissionais de saúde; promover interação entre as instituições de ensino e de serviços de saúde de modo que os trabalhadores em formação incorporem os valores, as atitudes e as competências do modelo de atenção universal fundamentado na qualidade e equidade.

Entre os desafios colocados, historicamente, para a área de recursos humanos em saúde estão as questões sobre como melhorar a integração da equipe de saúde - a educação e o trabalho interprofissional; como melhorar a qualidade da formação profissional; e como integrar a formação profissional com os diferentes contextos territoriais e sociais – perfil sócio-epidemiológico das populações, padrões de consumo, estilo de vida, violência, gênero, perfil emergente das doenças crônicas não transmissíveis. Essas questões se tornam ainda mais complexas no contexto regional da América Latina, particularmente desigual, em que muitos países vivem instabilidade e não terminaram de consolidar regimes democráticos e sistemas de proteção social (FIOCRUZ, 2021).

e antes da pandemia da COVID-19 o planejamento da força de trabalho em saúde já era uma questão central para muitos sistemas de saúde de acesso universal globalmente, a partir da pandemia as inequidades pré-existentes são agravadas pelos novos desafios que se sobrepõem, sem que os anteriores tivessem sido equacionados. Se por um lado há um reconhecimento do papel central dos trabalhadores no cenário atual, tendo este ano sido declarado pela WHO como o Ano Internacional dos Recursos Humanos em Saúde, e o ano passado, o da Enfermagem, estima-se que, até maio de 2021, pelo menos 115.000 profissionais de saúde perderam sua vida relacionado à pandemia (R7, 2021).

Quase 70% da força de trabalho na saúde é formada por mulheres, que enfrentam dificuldades quanto às condições de trabalho, salário, oportunidades de liderança. À medida que enfrentamos a pandemia, o mundo teve que racionalizar os atendimentos de saúde. A causa mais comum de interrupção foi a falta de profissionais para administrar tanto a pandemia quando os cuidados de atenção primária à saúde. Campanhas de vacinação requerem um trabalho adicional, sem que os desafios e inequidades já existentes tenham sido solucionados, e significa que cada nova decisão tem um impacto que precisa ser considerado. A falta de profissionais leva ao aumento do número de infecções e mortes. A falta de EPI agravou o quadro de infecções e mortes, atingindo os próprios profissionais que se contaminaram atendendo os pacientes (FIOCRUZ, 2021).

Em documento de 2020, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomenda ao Ministério da Saúde, entre outras medidas:

a ampliação de financiamento público para capacitação e contratação de pessoal para o desenvolvimento de ações na AB com garantia de direitos trabalhistas e estabilidade no vínculo

empregatício; e aos secretários de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, o CNS recomenda, entre outras medidas: que seja garantida condição de trabalho digno, medidas de proteção individual e coletiva para os trabalhadores da saúde da AB no enfrentamento à COVID-19, bem como a garantia de direitos, em especial para aqueles atualmente acometidos pela doença, em convalescença ou portadores de sequelas, sejam elas de qualquer natureza ou gravidade, independente do tipo de vínculo empregatício desses profissionais (BRASIL, 2020).

Saúde mental, ansiedade, trabalho contínuo sem férias, ficando longe das famílias para poder cuidar dos pacientes, aumento do stress, ansiedade, insônia, “burn out” / esgotamento estão entre os graves problemas que têm afetado os trabalhadores da saúde atuando na linha de frente do enfrentamento à pandemia (WHO, 2021).

Ao mesmo tempo, a pandemia não se restringe ao contágio, às hospitalizações e mortes que ela ocasiona. Norton (2020) e Almeida Filho (2021) recorrem ao conceito de sindemia, cunhado pelo médico e antropologista Merrill Singer, nos anos 1990. Conforme explica Almeida Filho:

as pandemias envolvem interações dos processos biomoleculares da doença com sua contraparte clínica e epidemiológica, com processos ecosociais da enfermidade, nas interfaces entre os planos econômico, social, político e cultural. A forma assumida pela pandemia em cada país ou região é resultante da ação de agentes sociais e das respostas de governos em diferentes contextos políticos, com distintas configurações de Estado (2021, p. 216).

No Brasil a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu as condições para que uma política de recursos humanos em saúde pudesse se desenvolver, articulada por um lado com a própria política nacional de saúde, e por outro, com a política nacional de educação, na articulação que foi gradualmente construída entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação.

Este capítulo tem como objetivo registrar como se estabeleceu a interação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), recuperando como se deu essa concertação, os agentes políticos e instituições envolvidos, o desenho articulado, composto por múltiplas estratégias de indução adotadas e alguns de seus resultados. Pretende-se aqui demonstrar como se deu o cumprimento da missão estabelecida pela criação da SGTES, como muitos avanços foram alcançados, após ações sustentadas no tempo, de forma processual, construídas com base nas instâncias de gestão e controle social do SUS.

Rupturas recentes e o desvio que se observa atualmente na agenda da SGTES, tornam ainda mais importante que se possa rever a trajetória inicial, cujo recorte situa-se entre 2003 e 2016, fazendo cumprir a missão normativa estabelecida. Certamente, a continuidade dessa agenda poderia estar endereçando com maior eficiência e eficácia os desafios trazidos pela pandemia, que não tem como ser enfrentados sem que se reconheça o papel central e imprescindível dos trabalhadores da saúde, a importância do planejamento contínuo da força de trabalho, da educação permanente em saúde e da retomada da agenda da gestão do trabalho e da educação na saúde na retomada da consolidação SUS.

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE (SGTES) NO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) como uma das cinco secretarias finalísticas na estrutura regimental do Ministério da Saúde ocorreu em 2003, na gestão do Ministro da Saúde Humberto Costa, início do 1º mandato do Presidente Lula (BRASIL, 2003). O inciso I do artigo 19 (Anexo I), que trata das incumbências da SGTES, estabelece como missão da nova secretaria “promover a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde”, dando consequência ao inciso III do artigo 200 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

A estrutura da SGTES foi dividida em 2 Departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde (DEGERTS). Entre outras atribuições da SGTES, elencadas pelo referido Decreto estão incluídas:

- elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área da saúde; promover a articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional;
- promover a integração dos setores da saúde e da educação; promover a integração da relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS, no que se refere a planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área da saúde;
- promover a participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços e a regulação das profissões de saúde;

- promoção da educação em saúde, iniciativas próprias do movimento popular no campo da educação em saúde e da gestão das políticas públicas de saúde, promoção de informações e conhecimentos relativos ao direito à saúde e ao acesso às ações e aos serviços de saúde;
- fomentar a cooperação internacional, relativa à formação, ao desenvolvimento profissional, à gestão e à regulação do trabalho em saúde, especialmente as questões que envolvam os países vizinhos do continente americano, os países de língua portuguesa e os países do hemisfério sul.

O mesmo Decreto estabelece, além da SGTES, as seguintes secretarias finalísticas na estrutura regimental do Ministério da Saúde: a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e a Secretaria de Gestão Participativa (SGEP). Interessante notar que, de um lado o orçamento e de outro a estrutura de gestão, são os elementos-chave que identificam as prioridades estabelecidas por determinado projeto e mandato político. Nesse sentido, vale mencionar que a estrutura do Ministério da Saúde anterior a esta era composta de três secretarias finalísticas: a Secretaria de Atenção à Saúde, a Secretaria de Políticas de Saúde e a Secretaria de Gestão e Investimentos em Saúde (BRASIL, 2002).

Embora desde 1988 tenha havido o posicionamento claro pelos Constituintes de que caberia ao Sistema Único de Saúde (SUS) a ordenação dos recursos humanos em saúde, foi apenas em 2003, com a criação da SGTES, que este preceito constitucional encontrou as condições materiais políticas

para se concretizar no âmbito da gestão pública federal.

As bases teóricas e de pesquisa que deram origem e consolidaram o que até então se denominava como a área de recursos humanos em saúde - RHS (Human Health Resources ou Human Resources for Health) remonta à experiência pioneira e inovadora que começou no Brasil, em 1999, com a criação da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS), constituída por um conjunto de instituições de ensino, pesquisa e assistência à saúde, para dedicar-se ao trabalho e à formação dos trabalhadores do SUS. A iniciativa, concretizada não apenas no Brasil, foi da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), em reunião realizada nesse mesmo ano em Santiago do Chile, iniciando-se já com a participação de 21 países.

Entre os problemas persistentes que motivaram a criação da ROREHS são mencionados os desequilíbrios na composição e distribuição da força de trabalho; a falta de estudos sobre desempenho dos trabalhadores; a fragmentação do processo de trabalho; a falta de motivação e altos índices de absenteísmo; e as desigualdades de gênero. A estes problemas, são identificados desafios emergentes, na época, entre os quais, a preocupação com competências e produtividade; a complexidade da coexistência de regimes de trabalho diversos; a ênfase no trabalho em equipe; as migrações internacionais com a maior mobilidade dos trabalhadores; e o aumento descontrolado da oferta de cursos de graduação pelo setor privado (BARROS; SANTANA; SANTOS NETO, 2004).

Numa perspectiva histórica, houve uma transição no processo de desenvolvimento da área de RHS, do enfoque predominantemente educacional para aquele mais voltado para a gestão do trabalho e o estudo da força de trabalho em saúde. Houve um aumento progressivo, ao longo dos anos, da per-

cepção sobre a estreita ligação entre RHS e a eficiência e eficácia dos sistemas nacionais de saúde, e a compreensão sobre a dimensão mais ampla da importância da força de trabalho em saúde na garantia do acesso universal à saúde.

A World Health Organization (WHO) criou em 2006 a Global Health Workforce Alliance (GHWA), indicando a prioridade, buscando fortalecer o compromisso político, a valorização dos trabalhadores e o planejamento da força de trabalho como dimensão estratégica central dos sistemas de saúde de acesso universal (WHO, 2016). Um de seus membros, representando a região das Américas, foi um brasileiro, Prof. Dr. Francisco Campos, então Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2005-2011), o que contribuiu para que houvesse sintonia e articulação entre a agenda política para a área de recursos humanos em saúde no Brasil com a agenda global.

SGTES: PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS DA POLÍTICA NACIONAL DE FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

No âmbito da SGTES, a condução da política nacional de formação e educação permanente para o SUS esteve a cargo do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), estruturado em 2 Coordenações: a Coordenação de Ações Estratégicas de Educação na Saúde, incumbida da política voltada para a educação superior na saúde; e a Coordenação de Ações Técnicas, voltada para os 60% da força de trabalho do SUS, formada pelos trabalhadores de nível técnico. Uma terceira Coordenação de Educação Popular em Saúde foi transferida para a SGEPE.

Um dos princípios que orientou a formulação dessa política foi a compreensão dos processos educativos como movimento científico, técnico, ético e crítico-operacional de construção, de interação e de produção social onde a dinâmica da aprendi-

zagem resulta do conhecimento multidimensional e interdisciplinar e da articulação com o processo de prestação de serviços (HADDAD, 2011). Entre os eixos estruturantes da concepção da política estiveram a promoção da integração ensino-serviço-gestores-comunidade, do trabalho em equipe multiprofissional, articulado intra e inter-institucionalmente, baseado no conhecimento interdisciplinar e de abrangência sociocultural.

A reorientação da formação almejada foi orientada para as prioridades expressas nos perfis epidemiológicos, demográfico e nos determinantes sociais em cada região e território considerado, em ambientes de aprendizado ativo, crítico-reflexivo, baseados na realidade dos serviços de saúde e na comunidade. A educação permanente em saúde, o eixo paradigmático que alinhou e organizou a política de educação na saúde da SGTES. A integração entre educação e trabalho, do ensino com a rede de serviços do SUS é estabelecida como ato pedagógico, possibilitando a inovação e a transformação tanto nos currículos e processos de ensino-aprendizagem, como na prestação de serviços de saúde.

A partir desses pressupostos, buscou-se os aportes jurídicos, políticos e filosóficos para que o DEGES/SGTES/MS pudesse efetivar sua missão. Essa construção, política e técnica da educação na saúde, acontece a partir da articulação interministerial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e do estabelecimento e cumprimento de agendas comuns entre: gestores da saúde e da educação, representantes de instituições de saúde e de educação (Escolas Técnicas do SUS, Instituições de Ensino Superior e de Pesquisa); organizações profissionais da saúde e representantes dos movimentos organizados da sociedade (HADDAD, 2008; CAMPOS et al., 2010; HADDAD, 2009).

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A educação permanente em saúde surge como concepção teórica na década de 1980, disseminada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). A educação permanente em saúde (EPS) constitui-se em um dos eixos estruturantes do aperfeiçoamento organizacional dos serviços de saúde. A EPS é aprendizagem a partir do processo de trabalho, “onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho em saúde” (DAVINI, 2009). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída inicialmente pela Portaria nº 198/2004, foi posteriormente revista, tendo por base um estudo de avaliação de sua implementação inicial, e amplo debate conduzido pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CIRHRT/CNS). As novas diretrizes, dispostas na Portaria MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007, foram aprovadas por unanimidade no plenário do CNS (BRASIL, 2009d). A nova regulamentação traz como principais avanços:

- ênfase na descentralização dos processos de aprovação, execução e financiamento das ações da política de educação permanente;
- desenho de uma gestão participativa para as decisões e ações de educação na saúde;
- fortalecimento do papel da instância estadual na gestão, coordenação e acompanhamento da política;
- foco nas especificidades e necessidades locais e regionais;
- fortalecimento dos compromissos do Pacto pela Saúde 2006;

- agregação do planejamento e do Plano de Educação Permanente em Saúde aos instrumentos já existentes de planejamento do SUS (planos de saúde, relatórios de gestão).
- Efetivação da criação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), ligadas às instâncias de gestão do SUS e incumbidas de promover a integração com as instituições de ensino, conforme previsto na Lei n. 8080/1990 (Lei Orgânica da Saúde).

A política nacional de educação na saúde foi constituída de múltiplas estratégias, desde o nível técnico, como fortalecimento da Rede de Escolas Técnicas do SUS e o Programa de Formação para Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), incluindo a graduação nas profissões da saúde com o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde), o Programa Nacional de Desenvolvimento Docente em Saúde (Pró Ensino), passando pela promoção do uso das tecnologias digitais aplicadas à qualificação da atenção e formação em serviço dos profissionais e trabalhadores do SUS com os Programas Telessaúde Brasil e a Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

Para que fosse possível avançar e consolidar as ações de reorientação na formação profissional, do reconhecimento da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, bem como em mudanças na regulação da Residência Médica, com a implementação do Pró Residências, foi fundamental que um novo arranjo institucional de governança fosse estabelecido para o aprofundamento da atuação intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação. Nesse sentido, o tópico a seguir tratará da criação da Comissão Interministe-

rial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CIGES).

INTEGRAÇÃO ENTRE O MINISTÉRIO DA SAÚDE E O MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO: COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE (CIGES)

A Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CIGES) foi instituída pelo Decreto Presidencial de 20 de julho de 2007 (BRASIL, 2007a). Este ato normativo, instituindo a primeira e única Comissão Interministerial sem a interveniência da Casa Civil da Presidência da República, marcou decisivamente o novo arranjo político-institucional de coordenação intersetorial da política nacional de educação na saúde. Firmou-se o entendimento sobre o caráter intersetorial e colaborativo, de competências compartilhadas, sobre o significado do preceito constitucional de que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos. Ele combina-se com a competência também constitucional de que cabe ao Ministério da Educação definir as políticas de educação superior, regular sua oferta, avaliar e supervisionar sua implementação. E dessa forma, a atuação integrada intersetorial foi necessária, para que o planejamento do perfil e distribuição da força de trabalho possa de um lado atender às necessidades do SUS e ao mesmo tempo estar alinhado com a regulação e avaliação do sistema educacional.

Nesse sentido, essa nova forma de atuação intersetorial é bem ilustrada pelo novo fluxo processual estabelecido pelo Decreto nº 5773 de 09 de maio de 2006, que dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições de educação superior e cursos de graduação no sistema federal de ensino. A partir deste ato normativo o Conselho Nacional de Saúde, com a assessoria da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT), passa a emitir pareceres sobre a relevância social para

a autorização de funcionamento de novos cursos de graduação de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Psicologia, bem como para os processos de reconhecimento e renovação do reconhecimento dos cursos referidos. Embora os pareceres não fossem terminativos e sim consultivos, eles contribuíram com subsídios para que as necessidades de saúde, a capacidade instalada dos serviços de saúde do SUS fossem critérios considerados para a autorização de funcionamento de novos cursos. Estes critérios também foram adotados à época, com base no mesmo Decreto, para a que a Comissão de Avaliação de Qualidade de cursos de graduação de Medicina, criada pelo Ministério da Educação, elaborasse pareceres que levaram o MEC a fechar vagas já autorizadas e que não atendiam aos padrões de qualidade preconizados pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES).

Outra iniciativa intersetorial da SGTES com o INEP/MEC envolveu o estudo da Trajetória dos 14 Cursos de Graduação da área da saúde. O estudo colaborativo, a partir de dados do Censo da Educação Superior e com participação da comunidade acadêmica das respectivas profissões, jogou luz nos resultados da falta de planejamento da oferta, que estava até então apenas sujeita às forças de mercado, criando grande desequilíbrios regionais na distribuição de vagas de cursos de graduação na área da saúde. O estudo também fundamentou a participação do CNS na direção de que o MEC passasse a considerar a relevância social e as necessidades de saúde como um critério para a regulação da oferta de novas vagas graduação (BRASIL, 2006).

O novo arranjo político-institucional de coordenação intersetorial favoreceu avanços e a consolidação das ações em níveis mais profundos e ampliados, a partir da esfera federal, mas repercutindo na gestão da saúde nos âmbitos estadual, regional e municipal, bem como no comprometimento institu-

cional das universidades. Além da representação dos Ministérios da Saúde e da Educação, a CIGES tinha a representação do Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A CIGES constituiu-se no espaço institucional para promover mudanças que se fazem necessárias no âmbito da educação médica, e das demais profissões, envolvendo também medidas regulatórias relacionadas ao provimento e fixação de profissionais de saúde em regiões remotas e desassistidas. Entre elas, a expansão da oferta de residência médica planejada com base na identificação das regiões e estados ainda desprovidos, das especialidades ainda não ofertadas, e da necessidade de expansão do número de vagas em especialidades estratégicas, vinculadas às políticas de saúde prioritárias (MACHADO, 1997).

INICIATIVAS INTERSETORIAIS DA CIGES

Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró Residência)

Nesse sentido, foi criado o Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró Residência). A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), com representação predominante das entidades de classe, teve um importante papel no alcance da qualidade na formação nesta modalidade, e tinha um histórico de atuação no processo de avaliação dos programas e de regulação da oferta de vagas nas diversas especialidades mais voltadas para os interesses das sociedades de especialidade. Considerando que o financiamento das bolsas sempre foi público, realizado predominantemente pelos Ministérios da Educação (no caso dos Hospitais das Universidades Federais) e pelo Ministério da Saúde, uma nova dimensão da regulação da oferta de vagas se fez necessária (CAMPOS et al. 2011).

Algumas pesquisas realizadas pela Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (SGTES/Ministério da Saúde/OPAS) apontavam grande desequilíbrio na oferta de vagas por especialidade e por estado e região do país. Estudos sobre a distribuição e provimento de médicos identificavam forte relação entre o local em que o médico cursa a Residência Médica e onde ele se fixa e passa a exercer a profissão (MACHADO, 1997; CAMPOS et al. 2011; GIRARDI et al. 2011). Dessa forma, era preciso enfrentar o desafio de buscar, pela indução do financiamento e regulação da oferta de vagas, corrigir ou minimizar os desequilíbrios. Do ponto de vista da indução, a possibilidade de pagamento direto de bolsas, instituída no Ministério da Saúde pela primeira vez pelo PET Saúde foi fundamental para que o Pró Residência pudesse seguir o mesmo caminho. Este foi o desafio que norteou a criação do Pró Residência, instituído pela Portaria Interministerial n. 1001 (BRASIL, 2009b). A seleção previu a apresentação de novos programas em especialidades e áreas de atuação prioritárias, em regiões do país em que havia vazios assistenciais e falta de determinados especialistas. Por outro lado, foi aberta também uma chamada para Programas de Residência já consolidados e bem avaliados para que pudessem exercer o matriciamento de apoio para a implementação dos novos programas.

REGRAS ESPECIAIS PARA A QUITAÇÃO DO FINANCIAMENTO ESTUDANTIL (FIES) PARA A GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Entre as medidas regulatórias esteve o estabelecimento de regras especiais para a quitação do financiamento estudantil (FIES) para a graduação em Medicina. Foi sancionada pelo Presidente da República, em janeiro de 2010, a Lei nº 12.202 que estabeleceu novas modalidades de amortização da dívida do Financiamento Estudantil ao estudante do Ensino Superior (FIES), exclusivamente no caso dos cursos de Medicina e das Licenciaturas,

mediante prestação de serviços ao Poder Público. De acordo com a referida Lei, os médicos integrantes de Equipes de Saúde da Família oficialmente cadastradas, e com atuação em áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção de médicos, definidos como prioritários pelo Ministério da Saúde, farão jus ao abatimento mensal de 1% (um por cento) do valor devido ao FIES. Isso significa que o médico que contraiu o FIES e se forma com uma dívida aproximada de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais), se trabalhar ao longo de 100 meses no SUS, vinculado à atenção básica, ganhou o direito quitado integralmente sua dívida estudantil. Adicionalmente, a lei estabeleceu que o período de carência para pagamento do financiamento, nesses casos, compreenderá o período de duração do curso de residência médica, desde que o estudante graduado em medicina esteja regularmente matriculado em programa credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica em especialidades e regiões do país estratégicas para o SUS (BRASIL, 2010).

EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS (DENOMINADO REVALIDA)

Outra iniciativa desenvolvida foi a implementação conjuntado Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (denominado REVALIDA), instituído pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 278/2011 (BRASIL, 2011), que passou a ser aplicado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Além dos Ministério da Educação e da Saúde, a ação contou com a participação do Ministério das Relações Exteriores. Na sua primeira edição, o REVALIDA segue contando com a coordenação técnica do grupo de educadores médicos e especialistas em avaliação, da Subcomissão de Revalidação de Diplomas Médicos, para que as tecnologias desenvolvidas possam ser devidamente incorporadas pelo INEP. O REVALIDA contou com a adesão de

37 universidades públicas de todo o país, e na sua 1ª edição inscreveram-se 681 candidatos à revalidação de diplomas.

Uma das importantes contribuições desta iniciativa, com repercussões internas para a formação, foi o desenvolvimento da Matriz de Correspondência Curricular (BRASIL, 2009c). Ela foi elaborada a partir da necessidade de se estabelecer parâmetros claros e equânimes, tomando por base o perfil do médico recém-formado no Brasil, para promover uma avaliação efetiva dos candidatos à revalidação de diplomas. O esforço colaborativo de docentes dos cursos de medicina das universidades públicas de todo o país, promoveu o aprofundamento da reflexão sobre este perfil, a partir das habilidades e competências a serem desenvolvidas, e resultou no detalhamento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Como resultado, e considerando o representativo número de docentes envolvidos de universidades de todo o país, o processo de construção da matriz, aliado ao planejamento da avaliação, foram fatores desencadeadores de revisão também dos enfoques relacionados à formação médica no Brasil, e especialmente na necessidade de revisão da concepção de avaliação adotada. Sendo a avaliação um grande indutor de mudanças, é fundamental que a avaliação seja construída com sólido fundamento nos objetivos educacionais estabelecidos, e que possa ser constantemente aferida quanto ao seu desempenho.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

O reconhecimento da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), sua regulamentação, na estrutura do Ministério da Educação se consolidou também no âmbito da CIGES. A Residência Mul-

tiprofissional e em Área Profissional da Saúde foi reconhecida pela primeira vez como modalidade de formação de pós-graduação em serviço para as demais profissões de saúde, além da médica, pela Lei n. 11.129 / 200529. A regulamentação da lei se dá com a publicação da Portaria Interministerial n. 45 de 12 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007b), que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

O Programa Nacional de Bolsas de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde: instituído pela Portaria Interministerial MEC/MS n. 1077 de 12 de novembro de 2009, permitiu a transição no modelo de financiamento dos programas pelo Ministério da Saúde, que antes era por convênio, dificultando muitas vezes que se pudessem sincronizar o financiamento com o início e término do programa, em termos do ano letivo (BRASIL, 2009a). A partir do mecanismo criado com o PET Saúde, as residências passam também a ser financiadas mediante o pagamento direto de bolsas. Edital n. 24 de 2 de dezembro de 2009 para seleção de programas de residência multiprofissional e em área profissional e concessão de bolsas do Programa Nacional. Portaria conjunta SGTES/SESu n. 1 de 24 de fevereiro de 2010 homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional.

O desenho de funcionamento da CNRMS foi idealizado de forma a ter na sua representação os atores envolvidos, e a integração das profissões no processo de avaliação e regulação do funcionamento dos programas. As Câmaras Técnicas da CNRMS foram instituídas pela Resolução CNRMS n. 1 de 30 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012b). Dessa forma, rompendo com a lógica dos conselhos profissionais, que pleiteavam cada qual ter a sua Câmara Técnica, foram estabelecidas 6 Câmaras Técnicas por linha de cuidado, dentro das

quais as diferentes profissões que identificavam sua participação nas práticas relacionadas, se faziam representar. As Câmaras Técnicas criadas foram: Câmara Técnica de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Especialidades Clínicas e Cirúrgicas; Câmara Técnica de Intensivismo, Urgência e Emergência; Câmara Técnica de Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva; Câmara Técnica de Saúde Mental; Câmara Técnica de Saúde Funcional; e Câmara Técnica de Saúde Animal e Ambiental.

PRÓ RESIDÊNCIA

O Pró Residência foi uma estratégia voltada para a formação e fixação de recursos humanos qualificados para o atendimento às necessidades do SUS, buscando a articulação entre os diferentes níveis de atenção, na forma do estabelecimento de linhas de cuidado que garantissem a integralidade da assistência, assim como entre os programas de Residência Médica e de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, na ótica do trabalho em equipe multiprofissional, da integralidade da atenção à saúde como um princípio do SUS, e como posteriormente se convencionou denominar com a educação e o trabalho interprofissional em saúde.

Visão de futuro: Integração



Visão integrada entre a atenção básica e a atenção hospitalar e entre a Residência Médica e a Residência Multiprofissional em Saúde. (Fonte: gráfico formulado pelo grupo de gestoras incumbidas da coordenação executiva intersetorial da CIGES: Profa. Dra. Jeanne Michel, Profa. Dra. Maria do Patrocínio Tenório Nunes, Profa. Dra. Maria Paula Dallari Bucci, Profa. Dra. Ana Estela Haddad)

Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde (DHR/SESu)

Um dos desdobramentos do avanço dessa política e que resultou da atuação da CIGES foi a criação da Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde na Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (DHR/SESu), estruturada em duas áreas: a Coordenação Geral de Residências, à qual se vincularam a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS); e a Coordenação Geral de Hospitais Universitários Federais, que apoiou a criação da EBSRH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares). Destaca-se que esse espaço institucional e administrativo, especialmente dedicado à saúde facilitou a interlocução com a SGTES no Ministério da Saúde. Além disso, a área da formação na saúde tornou-se a única a receber um espaço administrativo e de gestão próprio na estrutura do Ministério da Educação.

PROGRAMA NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DOCENTE EM SAÚDE (PRÓ ENSINO)

O monitoramento e avaliação do Pró Saúde e do PET Saúde teve como um de seus desdobramentos a percepção do grande desafio colocado pela formação e capacitação docente, necessárias para os novos modelos propostos pela reorientação da formação, ao lado das dificuldades para a educação e o trabalho interprofissional. Uma outra ques-

tão foi a de que parte dos profissionais dos serviços de saúde que atuavam como preceptores no PET Saúde, ao envolverem-se com a ação pedagógica e em contato com as pesquisas que eram inerentes ao programa, passaram a considerar a perspectiva de avançar na sua formação continuada e pedagógica por meio do mestrado profissional. Além disso, o reconhecimento do campo do ensino na saúde como área de produção de conhecimento e pesquisa pela pós-graduação stricto sensu era uma aspiração da comunidade acadêmica envolvida com a formação na saúde e com a diretriz da integração ensino-serviço (HADDAD; CYRINO; BATISTA, 2018).

Com relação à formação docente, uma importante iniciativa, apoiada pela SGTES e coordenada pela Universidade Federal do Ceará, foi o FAIMER Brasil (Foudation for the Advancement of Medical Education and Research), que foi responsável pela constituição e ampliação de uma rede de docentes médicos e das demais profissões da saúde, de pesquisa e troca de experiência na área do ensino na saúde.

O Pró Ensino foi uma iniciativa desenvolvida em parceria entre a SGTES, a SESu e a CAPES/MEC, que consistiu de apoio institucional e financeiro a projetos nas seguintes modalidades: mestrados profissionais na área de ensino na saúde; projetos de formação de mestres, doutores e pós-doutores e desenvolvimento de pesquisas na área de ensino na saúde por programas de pós-graduação já existentes e bem avaliados, que poderiam também ser inter-institucionais (Edital CAPES n. 24 / 2010); residência médica, multiprofissional ou em área profissional associadas ao mestrado profissional, conferindo aos estudantes dupla titulação. Foram selecionados e implementados aproximadamente 30 projetos selecionados pelo Edital, realizados vários encontros entre os participantes e coordenadores dos projetos, e um número especial da

PORTAL CAPES DE EVIDÊNCIAS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O objetivo desta iniciativa foi o de abrir acesso a bases de dados selecionadas, a partir do Portal de Periódicos da CAPES, para os profissionais de saúde que precisam se manter atualizados, mas que não estão vinculados a programas de pós-graduação ou universidades como pesquisadores, e que por isso, não têm acesso ao Portal de Periódicos da CAPES. Foi firmado inicialmente um Acordo de Cooperação do Ministério da Saúde por meio da SGTES com a CAPES, selecionadas as bases de dados de maior interesse, e um recurso da SGTES foi repassado para a CAPES, correspondente ao custo anual de manutenção do acesso às bases de dados selecionadas. Foram firmados também Termos de Cooperação com os Conselhos Profissionais para que os profissionais pudessem ter o acesso aberto com base nos seus respectivos números de registro profissional. A iniciativa foi desenvolvida ao longo do ano de 2011 e lançada conjuntamente pelos Ministros da Educação e da Saúde, com a presença de Conselhos Profissionais da área da saúde, na OPAS, em 2012 (BRASIL, 2012a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto de estratégias que compuseram a política nacional de educação para as profissões da saúde, desde a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde em 2003 retratam o papel central, estratégico e imprescindível dos profissionais, trabalhadores para a consolidação de sistemas de saúde de acesso universal como é o caso do SUS.

Neste capítulo abordamos mais especificamente a gestão da educação, que no âmbito da SGTES se articulou também com a gestão do trabalho (plano de cargos, carreiras e salários, Mesa Nacional de Negociação do SUS, regulação do trabalho em saúde), com a formação para a gestão e com a Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH).

Dispor de sistemas de informação para orientar a política de gestão da educação e do trabalho em saúde, compreender que as estratégias indutoras e as soluções devem considerar diferentes contextos e que seus efeitos se concretizam a longo prazo são aspectos fundamentais que precisam ser considerados. Como exemplo, vale mencionar que Universidade Aberta do SUS (UNASUS) cumpriu um papel central em produzir respostas rápidas com o apoio das universidades públicas que compõem a rede, na qualificação de profissionais para os novos protocolos e necessidades que surgiram com a pandemia da COVID-19. A capilaridade e o expertise acumulados, a possibilidade de formação em serviço com o uso inovador das tecnologias digitais fizeram a diferença.

No Brasil a força de trabalho em saúde é atualmente composta por aproximadamente 3,5 milhões de trabalhadores, atuando em condições de grande fragilidade, instabilidade, perda de direitos trabalhistas e rebaixamento salarial que ocorreram já antes da chegada da pandemia. Dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) mostram a precarização do trabalho em saúde no Brasil, a força de trabalho predominantemente feminina (70% em geral e 85% na Enfermagem) com jornadas de trabalho ampliadas, o que foi agravado na pandemia com a falta de equipamentos de proteção individual, em especial no início, levando ao maior risco de contaminação, adoecimento, maior sobrecarga pelos afastamentos e ao mesmo tempo pelo grande aumento da demanda por atendimento relativo à pandemia. O trabalho extenuante

parece se firmar como o novo normal no Brasil. Observa-se uma legião de trabalhadores pós-covid com sequelas e problemas de saúde mental. Os trabalhadores estão inseguros no e do trabalho. Perda de férias, insalubridade, horas extras, não há recompensa financeira, sem suporte psicológico. A força de trabalho se encontra extremamente esgotada física e mentalmente, perdendo postos de trabalho.

No Brasil, a força de trabalho que está na linha de frente é constituída de 77% de profissionais do sexo feminino; 60% trabalham em Hospitais públicos de referência para Covid-19 e nas Unidades de Atenção Primária; a maioria absoluta tem jornadas de até 60 horas semanais e sente-se sobrecarregada; apenas metade (53,8%) teve treinamento para o uso adequado de EPI; enquanto 45,3% não tiveram qualquer treinamento ou buscou aprender por conta própria por vídeo ou colegas; o sentimento de desproteção é muito forte, sendo que menos da metade, ou seja, 43% experimentam sentimento de proteção contra a COVID-19 no seu ambiente de trabalho. Muitas denúncias de falta, escassez e por vezes, baixa qualidade e segurança dos EPIs; medo generalizado de se contaminar no trabalho não só via os pacientes como também entre seus colegas com suspeita de estarem contaminados. A pesquisa expõe também queixas recorrentes, por parte dos profissionais, do suposto despreparo técnico de colegas da equipe que estão atuando na pandemia (MACHADO, 2021).

A Infodemia, negacionismo tem afetado o comportamento dos profissionais e da população. No ano internacional dos trabalhadores de saúde – que políticas vamos ter para esses trabalhadores?

É preciso alargar o conceito de trabalhador de saúde, rever o processo de trabalho em saúde. É preciso retomar a política de gestão do trabalho e da educação na saúde que vinha se desenvolvendo a partir da criação da SGTES, voltar a plano de

carreira, salário digno, envolvendo as várias camadas de trabalhadores – mais de 60 ocupações que precisam ser incorporadas, sistema protetivo das equipes a luz das questões técnicas e jurídicas. A educação permanente qualifica o processo de trabalho, a estrutura organizacional dos serviços, pode ajudar a salvar vidas, e precisa ser incluída no horário de trabalho. Na pandemia ficou explícita a incapacidade de muitos trabalhadores lidar com os equipamentos. É urgente que se estabeleça o compromisso entre gestão da saúde, trabalhadores, população – uma nova agenda para a gestão do trabalho e da educação na saúde.

Na região das Américas já se somam 1,9 milhões de mortes pela pandemia, 40% dos casos a nível global. A pandemia encontrou sistemas de saúde fragilizados e subfinanciados. A fragmentação do cuidado é um mal congênito, que avançou um pouco com a atenção primária. Soma-se a dependência dos insumos estratégicos estrangeiros.

A pandemia como evento de saúde global gerou muitas incertezas e a necessidade de informações e evidências para dar suporte à tomada de decisões. Pensar o sistema de saúde considerando os profissionais. A força de trabalho em saúde é um fator crítico. Alta rotatividade, necessidade de qualificação e necessidade de educação continuada durante a pandemia precisam estar na agenda da política de saúde. Fazer intervenções sobre esses problemas requer esforços globais e novas formas de governança nacional, regional, global – trabalho em rede. Os membros de uma rede se enredam em esforços conjuntos, não há nada mais comum do que um cenário pandêmico – heterogeneidade organizada (MERCER, 2003). Somos uma raça humana que compartilha o mesmo planeta. Projeta-se a necessidade da cooperação em rede, criar capacidades para o sistema de saúde, planejamento estratégico sobre as realidades de cada país – parceiros, orientação horizontal, fortalecimento do controle social, instituições estrutu-

rantes. Urge formar sujeitos dispostos a modificar suas realidades.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Pandemia de COVID-19 no Brasil: Equívocos estratégicos induzidos por retóricas negacionistas. In: SANTOS, A. de O.; LOPES, L. T.; CONASS. **COVID-19 – Principais Elementos**. V. I. Brasília, DF. 2021. p. 214-225. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-1-principais-elementos/>. Acesso em: 07 ago. 2021.

BAHIA, S. H. A. et al. Health teaching as an object of research in academic graduate programs: an analysis of the Pro-Ensino na Saude. **Interface (Botucatu)**, v. 22, Supl. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/1425-42.10.1590/1807-57622017.0192>. Acesso em: 07 ago. 2021.

BARROS, A. F. do R.; SANTANA, J. P.; SANTOS NETO, P. M. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 500p. v.2.

BRASIL. **Decreto Presidencial n. 4.194 de 11 de abril de 2002**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. 2002. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2002/decreto-4194-11-abril-2002-458574-norma-pe.html>. Acesso em: 04 ago. 2021.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por Instituições de Ensino Superior Estrangeiras – REVALIDA**. 2011. Disponível em: https://sistemas.mre.gov.br/kitweb/datafiles/Moscou/pt-br/file/Folder%20Revalida%202011_FINAL.pdf. Acesso em: 04 ago. 2021.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 04 ago. 2021.

_____. **Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007**. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/dnn/dnn11279.htm. Acesso em: 04 ago. 2021.

_____. **Decreto Presidencial n. 4.726 de 09 de junho de 2003**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro

Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. 2003. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2003/decreto-4726-9-junho-2003-496874-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 04 ago. 2021.

_____. **Lei Federal n. 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 nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm. Acesso em: 04 ago. 2021.

_____. **Lei Federal n. 12.202 de 10 de janeiro de 2010**. Altera a Lei no 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior - FIES (permite abatimento de saldo devedor do FIES aos profissionais do magistério público e médicos dos programas de saúde da família; utilização de débitos com o INSS como crédito do FIES pelas instituições de ensino. 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12202.htm. Acesso em: 04 ago. 2021.

_____. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS n. 1077 de 12 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. 2009.

_____. Ministério da Educação. CAPES. **Profissionais da saúde terão acesso a informação científica**. 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/assuntos/noticias/profissionais-da-saude-terao-acesso-a-informacao-cientifica>. Acesso em: 04 ago. 2021.

_____. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS n. 1001 de 22 de outubro de 2009**. Institui o Programa Nacional de apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – Pró Residência. 2009. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/26/portaria-1001-22-outubro-2009.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2021.

_____. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial MEC MS n. 45 de 12 de janeiro de 2007**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria45_12_01_07.pdf. Acesso em: 04 ago. 2021.

- _____. Ministério da Educação. **Resolução CNRMS n. 1 de 30 de janeiro de 2012**. Institui as Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. 2012. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15445-resol-cnrms-n1-30jan-2012&Itemid=30192. Acesso em: 04 ago. 2021.
- _____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Matriz de Correspondência Curricular para fins de Revalidação de Diplomas de Médico Obtidos no Exterior**. Coordenação: Henry Campos. Brasília, DF; 2009. 69 p.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 056**, de 26 de agosto de 2020. 2020. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1338-recomendac-a-o-n-056-de-26-de-agosto-de-2020>. Acesso em: 04 ago. 2021.
- _____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p.: il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1996 de 20 de agosto de 2007. In: CAMPOS, F. E. et al. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF; 2009. Série Pactos pela Saúde.
- CAMPOS, F. E. et al. Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas no Brasil (Pró-Residência): Indução para a Formação de especialistas segundo necessidades do SUS. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M.; FRANÇA, T. **O Trabalho em Saúde: Abordagens quantitativas e qualitativas**. Cepecc. IMS/UERJ. ObservaRH. 2011. p.151-160.
- CAMPOS, F. E. et al. **Relatório consolidado de gestão do trabalho e da educação na saúde 2005-2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Organização Panamericana da Saúde; 2010. 122p.
- DAVINI, M. C. Problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos em saúde. In: CAMPOS, F. E.; HADDAD, A. E.; ROSCHKE, M. A.; GALVÃO, E. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. p. 40-58. Série Pactos pela Saúde.
- FIOCRUZ. Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS). **Recursos Humanos em Saúde na Pandemia**. Seminários Avançados em Saúde Global e Diplomacia da Saúde. 2021. Campbell, Jim. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=xbZDp4r9yLE>. Acesso em: 04 ago. 2021.
- GIRARDI, S. N. et al. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: Estudo Exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M.; FRANÇA, T. **O Trabalho em Saúde: Abordagens quantitativas e qualitativas**. Cepecc. IMS/UERJ. ObservaRH. 2011. p.171-186.
- HADDAD A. E. et al. Política Nacional de Educação na Saúde. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 32, supl. 1, p. 98-114, 2008.
- HADDAD, A. E. **A Odontologia na Política de Formação dos Profissionais de Saúde, o papel da Teleodontologia como ferramenta do processo de ensino-aprendizagem e a criação do Núcleo de Teleodontologia da FOU SP**. 2011. Tese Livre Docência em Odontopediatria - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/23/tde-13052013-143506/pt-br.php>. Acesso em: 04 ago. 2021.
- HADDAD, A. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 5-9, 2010.
- HADDAD, A. E. O Departamento de Gestão da Educação na Saúde frente aos desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde. In: AMÂNCIA, F.; PACHECO, S. P. **Mestrado profissional em gestão do trabalho e da educação na saúde: ação e reflexões**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009. p.15-9.
- HADDAD, A. E.; CYRINO, E. G.; BATISTA, N. Pró-Ensino na Saúde: pesquisas sobre formação docente e os processos de ensino e trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na reorientação da formação profissional na Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 22, Supl. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0493>. Acesso em: 04 ago. 2021.
- MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro, Fiocruz. 1997. 244p. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575412695>. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/bm9qp>. Acesso em: 09 ago. 2021.
- MACHADO, M. H. [Coord.]. **Pesquisa Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da COVID-19 no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Relatório preliminar.
- MERCER, H. et al. **Human resources for health: developing policy options for change**. Towards a global health workforce strategy, 2003.
- NORTON, R. COVID-19 is not a pandemic. **The Lancet**,

v. 396, issue 10255, p. 874, set. 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext). Acesso em: 08 ago. 2021.

R7. Ao menos 115 mil profissionais da saúde morreram de covid-19: Presidente da Organização Mundial de Saúde abriu reunião com estados-membros e prestou homenagem aos profissionais. R7 [online], 24 abr. 2021. Disponível em: <https://noticias.r7.com/saude/ao-menos-115-mil-profissionais-da-saude-morreram-de-covid-19-24052021>. Acesso em: 04 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Health Workforce Alliance** (GHWA). 2016. Disponível em: https://www.who.int/workforcealliance/media/news/2016/ghwa_legacy/en/. Acesso em: 04 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHA 74.14. **Mental health preparedness for and response to the COVID-19 pandemic.** 31 maio 2021. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74\(14\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74(14)-en.pdf). Acesso em: 04 ago. 2021.



foto: acervo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DA TERAPIA OCUPACIONAL: POR UMA FORMAÇÃO BASEADA NA DIVERSIDADE EPISTÊMICA E NOS DIREITOS SOCIAIS E HUMANOS

Stella Maris Nicolau³⁴
Rafael Garcia Barreiro³⁵
Rosibeth del Carmen Muñoz Palm³⁶
Patrícia Leme de Oliveira Borba³⁷

34 Terapeuta Ocupacional. Presidente da RENETO (2016-2018); Membro da Diretoria Ampliada da RENETO (2018-2020). Mestrado em Psicologia Social. Doutorado e Pós-doutorado em Medicina Preventiva. Departamento Saúde, Clínica e Instituições da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, SP. E-mail: stella.nicolau@unifesp.br.

35 Terapeuta Ocupacional, Diretor de comunicação da RENETO (2016-2018); Vice-presidente da RENETO (2018-2020); Presidente da RENETO (2020-2022). Mestrado e Doutorado em Terapia Ocupacional. Curso de Terapia Ocupacional, Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, DF. E-mail: rafaelbarreiro@unb.br.

36 Terapeuta Ocupacional, Vice-presidente da RENETO (2016-2018); Membro da Diretoria Ampliada (2018-2020; 2020-2022). Mestrado em Saúde Coletiva e Doutorado em Enfermagem. Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR. E-mail: rosibethpalm@gmail.com.

37 Terapeuta Ocupacional, Tesoureira da RENETO (2016-2018); Presidente da RENETO (2018-2020); Membro da Diretoria Ampliada da RENETO (2020-2022). Mestrado e Doutorado em Educação e Pós-Doutorado em Terapia Ocupacional. Departamento Saúde, Educação e Sociedade da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, SP. E-mail: patricia.borba@unifesp.br

INTRODUÇÃO

A história da institucionalização acadêmica da Terapia Ocupacional no Brasil se inicia com a criação de cursos de nível técnico em 1956 na Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro na Associação Brasileira de Beneficente de Reabilitação (ABBR), em 1958 no Instituto de Ortopedia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em 1960 no Instituto Universitário de Reabilitação em Recife, e na Fundação Arapiara em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais em Belo Horizonte (BRASIL, 1969; REIS; LOPES, 2018).

Com sua expansão no número de cursos, em 1963, foi publicado o Parecer nº 388/63, que estabeleceu efetivamente o primeiro currículo mínimo dos cursos de Terapia Ocupacional, com carga horária mínima de 2160 horas, homologado na Portaria nº 511 de 13 de julho de 1964. Em 1969 a profissão foi regulamentada no Brasil no ensino superior, por meio do Decreto-Lei nº 938 (REIS; LOPES, 2018).

Atualmente, o Brasil possui 65 cursos de graduação em Terapia Ocupacional listados no sistema e-MEC em situação ativa (BRASIL, 2021). Entretanto, por serem pouco numerosos para um país com dimensões continentais como o Brasil, o que se constata nos eventos nacionais da categoria são 36 cursos ativos, sendo 23 deles em instituições públicas de ensino e 13 em instituições privadas.

A primeira década do ano 2000 marcou para os cursos de graduação em Terapia Ocupacional mudanças significativas em diferentes aspectos. A reorganização do antigo currículo mínimo para Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), implantadas e em vigência desde 2002, ocorreu em um contexto posterior à publicação das Leis de Diretrizes e Bases da Educação de 1996 (BRASIL, 1996), desencadeado por uma reforma educacional no país. As DCNs naquela época foram organizadas pela

Comissão de Especialistas de Ensino na área de Terapia Ocupacional, ligada a Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação (SERES/MEC), que junto ao Ministério da Saúde e em um amplo debate nacional, instruíram as DCNs para 14 profissões da saúde, com a intenção de qualificar o cuidado e consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) como ordenador da formação. Dessa forma, as DCNs dos cursos da área da saúde foram pautadas privilegiando currículos flexíveis, voltados ao mundo do trabalho e ensino de competências e habilidades gerais e específicas a fim de formar profissionais generalistas, críticos e reflexivos, em consonância com o sistema de saúde do Brasil (BRASIL, 2002).

Em 2006, houve a criação da RENETO, Rede Nacional de Ensino em Terapia Ocupacional, uma associação nacional fruto do movimento iniciado nos Encontros Nacionais de Docentes de Terapia Ocupacional, realizados bianualmente desde 1986, organizados e sediados por diferentes universidades do país (HAHN; LOPES; MALFITANO; BIANCHI, 2018). À partir de 2010, passa a ser Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional, ampliando seu escopo de responsabilidades ao agregar pesquisadores e estudantes de pós-graduação da área, momento que coincide com a abertura do primeiro Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Terapia Ocupacional na América Latina, sediado na Universidade Federal de São Carlos.

O cenário relativo às diferenças quantitativas, entre a existência de cursos públicos e privados na Terapia Ocupacional, foi alterado nos anos 2000 decorrente do movimento de expansão das universidades federais por meio do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI (BRASIL, 2007), resultando na implantação de oito cursos de Terapia Ocupacional nas universidades federais de Brasília, Pará, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Santa

Maria, Pelotas, Paraíba e Sergipe (PAN; LOPES, 2012). Para além do REUNI, a criação do Programa Universidade para Todos - Prouni e a ampliação do Fundo de Financiamento Estudantil - FIES, garantiram a ampliação e manutenção de cursos em instituições privadas.

Concomitantemente a essas ações, são implementadas no Brasil políticas públicas e sociais importantes, entre elas, a ampliação da cobertura assistencial na atenção primária à saúde com o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, a reorientação da formação profissional ancorada no SUS com incentivos à integração ensino-serviço-comunidade, como propõem a Política de Educação Permanente em Saúde de 2004 (BRASIL, 2018), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-Saúde), o Programa de Vivências e Estágios na realidade do SUS (VER-SUS) e o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) (SILVA; FERIGATO; OLIVER, 2018).

Ademais, vimos na prática e no âmbito legal a crescente inserção profissional do terapeuta ocupacional em diferentes serviços de saúde (NASF, CAPS, CAPSij, CAPSad, CER e hospitais) mas não só, a partir de 2014, por meio de articulações realizadas pela RENETO e associações da área, na VII Conferência Nacional de Assistência Social, a Terapia Ocupacional foi incluída como profissão competente para compor equipe de trabalho e gestão nos equipamentos que compõem a proteção social do Sistema Único da Assistência Social (BRASIL, 2009b), passou também a integrar os profissionais que atuam no Sistema Nacional de Medidas Socioeducativas - SINASE (BRASIL, 2012), no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2010), e em equipes de apoio e implementação da Política Nacional de Inclusão Escolar (BRASIL 2009; 2010b).

Nesse período, o Ministério da Saúde promoveu publicações sobre formação e provisão de profis-

sionais de saúde para o Brasil (BRASIL, 2006), constituiu o Fórum Nacional das Profissões da Área da Saúde - FNEPAS que produziu boletins e levantamentos sobre as profissões, e oficinas no âmbito nacional para debater a formação em saúde ancorada no SUS, e com participação ativa da RENETO nesses eventos.

Diversas profissões passam a empreender revisões de suas DCNs, sendo que a Medicina recebeu investimentos governamentais em políticas de provisão e alocação desses profissionais em áreas com vazios assistenciais com a implementação do Programa Mais Médicos, e depois a lei nº12.871/2013 (BRASIL, 2013) que estimulou o aumento de escolas médicas no país com formação ancorada na atenção primária à saúde, cenários de práticas no SUS e preconização de metodologias ativas na formação graduada. As novas DCNs da Medicina são organizadas em três áreas de competências: atenção à saúde, educação em saúde e gestão em saúde, e tem como perfil do egresso um profissional formado para atuar na atenção primária à saúde (BRASIL, 2014).

A Fisioterapia, pertencente ao mesmo conselho profissional que a Terapia Ocupacional, conduziu o processo de revisão das DCNs em parceria entre a Associação Nacional de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) e o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 2016), e segue o padrão das DCNs da medicina e as divide em três dimensões e domínios de competência: I – Atenção fisioterapêutica à saúde; II – Gestão, empreendedorismo e inovação em saúde; III – Educação para a vida.

O que esses exemplos apontam é uma construção das profissões alinhadas com as políticas públicas em saúde vigentes, buscando seu fortalecimento dentro da perspectiva da atualização dos saberes das profissões ocorridos nos últimos anos. Esse percurso dentro da Terapia Ocupacional se inicia

pelo debate na diretoria da RENETO e nas suas representações em espaços como FNEPAS. A profissão também assiste a uma ampliação de área, incluindo campos de atuação na saúde, assistência social, educação, previdência social, justiça e cultura em acordo com as proposições da Federação Mundial de Terapia Ocupacional - WFOT sobre diversidade e cultura (WFOT, 2010).

A proposta de revisão das DCNs surgiu em novembro de 2016, durante a realização do XV Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional (XV ENDTO) em Vitória, na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Deliberou-se que as novas DCNs deveriam ser a prioridade do trabalho coletivo em âmbito nacional e finalizadas até o próximo encontro nacional em 2018.

O percurso histórico da construção das novas DCNs tem como marco inicial o Seminário Nacional das DCNs da Terapia Ocupacional sediado em São Paulo - SP, promovido pela RENETO e docentes do curso da UNIFESP em 18 de agosto de 2017. Este processo ainda não está finalizado, pois o documento, já aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e homologado pelo Ministro da Saúde em agosto de 2021 (BRASIL, 2021) ainda aguarda parecer do Conselho Nacional de Educação e promulgação pelo respectivo ministro.

Neste processo, alguns pontos foram balizadores no comprometimento da construção de um documento que privilegia:

- a transversalidade no interior de diferentes gestões da RENETO, sendo um documento iniciado na gestão 2016-2018 sob presidência da Profa. Stella Nicolau (UNIFESP) e Profa. Rosibeth Palm (UFPR), transcorrendo toda a gestão 2018-2020 sob presidência da Profa. Patrícia Borba (UNIFESP) e Prof. Rafael Barreiro (UnB) e segue nos seus proces-

sos de homologação no CNS e no CNE na gestão 2020-2022, sob presidência do Prof. Rafael Barreiro (UnB) e Profa. Bianca Carrasco (UFMS). A transversalidade se coloca em três gestões que seguem comprometidas com a elaboração, finalização e futura homologação do documento e seus princípios construídos coletivamente pela categoria.

- a garantia de um processo nacional coletivo e democrático com a criação de diferentes espaços presenciais e virtuais, mobilizando professoras, pesquisadoras, terapeutas ocupacionais, estudantes, entidades e associações representativas através de seminários, rodas de conversa, consultas públicas para que as diferentes vozes que compõem nossa categoria pudessem ser expressas e acolhidas, e quando não havia construção de consenso, a votação era um instrumento para deliberação.
- a inclusão de diferentes perspectivas teóricas e metodológicas construídas historicamente pela profissão, sem valorar a mais ou a menos nenhuma delas, e explicitada no conjunto de termos e conceitos utilizados;
- o respeito às diferentes áreas e campos de inserção profissional;
- a defesa de direitos sociais e humanos, uma vez que os públicos destinatários da terapia ocupacional se encontram em situações com significativas violações - quiçá violências - no âmbito dos seus direitos sociais previstos na Constituição de 1988 que repercute em condições humanas não dignas. Assim, o documento explicita como os direitos sociais e humanos precisam estar presentes

ao longo da formação, convocando a categoria à defesa e luta pela ampliação e garantia dos mesmos na arena política do seu cotidiano profissional.

- o alinhamento político com as instâncias e órgãos de controle social relativos às políticas públicas tais como SUS e SUAS.

Para fins, pedagógicos dividimos esse processo em três fases, descritas a seguir.

FASE 1: PROMOVEDO O DEBATE EM NÍVEL NACIONAL

O Seminário Nacional de 2017 já citado, retomou a história dos currículos da profissão, lembrou o contexto da construção coletiva das DCNs promulgadas em 2002 e os processos de avaliação dos cursos de Terapia Ocupacional pelo SINAES (Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior). Tais temáticas foram apresentadas pelas docentes e pesquisadoras Sandra Maria Galheigo (USP), Roseli Esquerdo Lopes (UFSCar) e Elisabete Ferreira Mângia (USP). Também foi proferida a palestra da pesquisadora do campo da educação Solange da Fátima Conterno (Unioeste) que problematizou o ensino por competência (PERRENOUD, 1999) em contraponto à pedagogia histórico-crítica (SAVIANI, 2012).

Esse seminário contou com 70 presenças, incluindo docentes de 21 cursos de Terapia Ocupacional do país, de 15 Estados da federação, e com representação das cinco regiões. Após as palestras, passou-se a um debate entre os participantes com destaque para duas questões: a constatação do momento histórico em que muitos cursos novos ainda estavam implantando seus Projetos Pedagógicos e outros já iniciando suas revisões, além de um consenso de que a profissão avançou nesses anos em termos de campo e áreas de atuação,

sendo necessário incorporar essa ampliação nas novas DCNs.

Outro aspecto problematizado pela Profa. Solange Conterno se referia às nossas escolhas teóricas para elaborar as novas DCNs. Seguiríamos a Medicina e outras profissões que se basearam na pedagogia das competências ou escolheríamos outros pressupostos teóricos? Este ponto seguiu aberto até a assembleia de 2018 no XVI ENDTO, onde havia pleito para votar e deliberar essa decisão.

Entre este Seminário da UNIFESP em agosto de 2017 e o XVI ENDTO em novembro de 2018 aconteceram inúmeros encontros com o objetivo central: conhecer as DCNs de 2002 e avaliar no que elas deveriam/poderiam avançar, o que as novas DCNs deveriam conter, e como gostaríamos que a formação correspondesse ao profissional desejado no contexto do século XXI.

Os Fóruns locais, regionais e nacionais para discussão e elaboração das novas DCNs estão descritos na *Tabela 1*.

Há que se destacar que todas essas ações foram conduzidas pela RENETO em parceria com docentes e suas universidades na divulgação e organização dos encontros. Em algumas poucas localidades houve o apoio dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional no custeio de transporte para ida aos fóruns.

Em novembro de 2018, o XVI Encontro Nacional de Docentes em Terapia Ocupacional³⁸ ocorrido em Santos foi todo planejado para finalizar o documento, assim, o evento se inicia com um painel de apresentação das sínteses das cinco regiões do país em relação às novas DCNs. Em seguida

os participantes foram divididos em cinco oficinas que refletiam a organização textual das DCNs de 2002. A organização dos Trabalhos no XVI ENDTO, Santos/SP está descrita na *Tabela 2*.

Após as oficinas, foram apresentadas na assembleia do evento as sugestões textuais resultantes desse trabalho. No decorrer da assembleia, e avançando o horário definido para tal atividade, foi se evidenciando que ainda havia muitos pontos em aberto, pois nem todas as regiões trouxeram propostas mais finalizadas de redação, além da necessidade de uma revisão textual e argumentativa das propostas. A plenária encaminhou duas propostas: 1. a composição de um grupo condutor com representantes das cinco regiões brasileiras para compilar o material trabalhado nas oficinas, cotejando-o com as sínteses de escolas e regiões enviados à RENETO, e que esse material retornasse às escolas para apreciação, e depois houvesse um seminário nacional com representantes para a discussão e deliberação das novas DCNs. 2: que as regiões que não haviam finalizado suas sínteses já com propostas de redação pudessem fazê-lo, e que esse material retornasse para apreciação dos cursos, e depois houvesse um seminário nacional com representantes para a discussão e deliberação das novas DCNs.

A proposta 1 foi a vencedora com 58 votos a favor, 28 votos contra e 3 abstenções. Foi instituído um Grupo Condutor com prazo definido para que o grupo se debruçasse sobre o documento no período de um mês, e enviasse a todos os cursos para apreciação e em seguida fosse organizado um seminário presencial com representantes para discussão e fechamento das DCNs no início de 2019.

O grupo condutor foi coordenado pelas Profas. Stella Nicolau, que deixava a gestão 2016-2018 da RENETO e Patrícia Borba, que assumia gestão 2018-2020, junto com docentes representando diferentes regiões do Brasil (Norte UFPA; Nordeste

38 Todos os relatórios como os trabalhos apresentados neste encontro estão disponíveis no site http://www.hostcentral.com.br/xvi-endto/?fbclid=IwAR2EfbJ_McN0BBEUH7qN6xZcXdZluTXQ05AF-28VXSvkxASGVxhs1Lr1wlr0#/home

UFPE; Centro Oeste UnB; Sudeste UFRJ/UFMG/UNISO/USP-SP; Sul UFPR/UFPe) e as entidades representativas da profissão (COFFITO/ABRATO).

FASE II - FASE VIRTUAL - CONSULTAS PÚBLICAS

O grupo condutor passou a se reunir virtualmente a partir de novembro de 2018 e realizou um primeiro compilado a partir dos materiais das oficinas, fóruns regionais e aqueles enviados pelos cursos. Este compilado foi enviado aos coordenadores dos cursos em dezembro de 2019 por e-mail para que seus colegiados pudessem estudá-lo, sugerir modificações e comentários, com prazo até março de 2019, o que consideramos como a primeira consulta pública.

Houve 13 instituições que retornaram o documento com sugestões: UFTM (MG), CREFITO 5 (RS), IFRJ (RJ), UFMG (MG), UFPR (PR), UFSM (RS), UNCISAL (AL), CREFITO-12 (PA) e FMABC (SP), dentre outras.

A coordenação do grupo condutor compilou as modificações e sugestões encaminhadas e organizou um formulário googleform onde as pessoas puderam votar nas propostas de artigos (quando havia mais de uma proposta de escrita) ou concordar com o texto do artigo quando o mesmo apresentava somente uma proposta de redação, consistindo em uma segunda consulta pública.

O google form ficou disponível no período entre 27 de junho e 30 de julho de 2019 e foi preenchido por 49 pessoas, sendo que a UFPE e a UFPB preencheram representando o curso. E muitos dos comentários dos colegas apontavam que se sentiam representados nas novas DCNs e agradeceram o trabalho do grupo como um todo.

Chegamos em setembro de 2019 sem termos conseguido organizar o seminário de fechamento das novas DCNs e com uma proposta de documento

que foi apresentada na Assembleia da RENETO no XVI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, realizado em Recife, PE, com duas preocupações: 1) um momento de grande instabilidade política e de ataque aos direitos humanos, retração de direitos sociais adquiridos (por exemplo, a EC 95) e muito favorável ao definhamento de cursos públicos e aliado ao mercado privado das IES alinhadas à Educação à Distância. 2) um documento das novas DCNs que ainda estava extenso, com muita repetição de ideias em diversos artigos e que ainda carecia de uma revisão. Assim, foram deliberados encaminhamentos que denominamos de fase III.

FASE III - ESPECIALISTAS & MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Na assembléia da RENETO em 2019 foram sugeridos nomes de cinco docentes de diferentes regiões do país - com expertise nos fundamentos da profissão - e pudessem agregar seus conhecimentos em uma criteriosa revisão do documento e sugerir alterações pertinentes. O documento foi enviado a essas cinco pareceristas, com a devolução revisada de três delas. Após esse retorno, as coordenadoras do grupo condutor, apoiadas pela diretoria nuclear da RENETO incorporaram grande parte dos apontamentos e sugestões e submeteram o documento para uma revisão textual técnica externa. Finalizada a revisão, em dezembro de 2019, ele foi disponibilizado publicamente no site da RENETO, encaminhado nominalmente para todos os coordenadores de cursos de Terapia Ocupacional e com livre acesso no site da RENETO no intuito de publicizar sua conclusão para a categoria.

Em março de 2020, o documento foi encaminhado para o Conselho Nacional da Saúde (CNS), momento do início a pandemia da COVID-19 e que demandou toda uma reorganização dos trabalhos pela via remota deste conselho e retardou o processo da composição de um Grupo de Trabalho

(GT) nomeado pela CIRHRT/CNS - Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho, para analisar e propor contribuições ao documento. Com o intuito de valorizar o conhecimento interprofissional e interdisciplinar o GT foi composto por cinco integrantes de diferentes categorias profissionais e associações, como Farmácia, Fisioterapia, Educação Física e Terapia Ocupacional.

Esse grupo se reuniu por seis vezes no período de setembro a outubro de 2020 e segundo o Parecer Técnico n. 187/2020 a metodologia de trabalho eleita foi a “leitura descritiva da proposta, a fim de conhecer o seu processo de elaboração, discutir de forma detalhada os fundamentos da proposta e garantir a essência da mesma, construída pelas entidades e autoridades acadêmicas da área” (BRASIL, 2021). Em seguida foi elaborada uma minuta com todas as sugestões de mudança que foram apresentadas nas reuniões da CIRHRT/CNS de 17 e 30 de novembro de 2020 na modalidade remota.

Os principais questionamentos pelos membros da CIRHRT/CNS foram em torno de alguns termos utilizados e que foram contextualizados, tais como “empreendedorismo”, que não é uma apologia à prática liberal mas o reconhecimento de uma postura pró-ativa dos profissionais na vida profissional. Foi solicitada uma maior explicitação da correlação professor-aluno nas atividades práticas, uma melhor diferenciação das atividades práticas de observação e práticas de laboratório das atividades de estágio profissional no documento. Outro ponto polêmico foi em relação a carga horária mínima, que será discutida em um item específico a frente. Acordou-se que o documento iria explicitar 3600 horas de carga horária mínima para a conclusão do curso de graduação de Terapia Ocupacional como condição para sua aprovação naquele pleito.

Há que se destacar o primoroso trabalho desenvolvido por este GT, resultado do encontro de profissionais com uma qualificada trajetória acadêmica e política relacionada à formação no ensino superior, e também pela postura respeitosa como se relacionaram com o documento, reconhecendo todo um processo coletivo que o engendrou. Nas reuniões da CIRHRT/CNS estavam presentes os membros do GT, as três entidades representativas da Terapia Ocupacional (RENETO, ABRATO e COFFITO), sendo que a RENETO que conduziu todo o processo da revisão das DCNs, estava ali para defender o documento, contextualizando todo o processo histórico de sua construção. O GT elogiou a maneira como as novas DCNs acatam as mudanças ocorridas na profissão, sua amplitude de atuação e contribuições para a sociedade.

O documento foi aprovado pelo pleno do CNS em 04 de dezembro de 2020, mas somente em 03 de agosto de 2021 foi assinado pelo ministro Marcelo Queiroga e publicado no Diário Oficial da União (BRASIL, 2021), e no momento segue para apreciação pelo CNE para depois ser promulgado pelo ministro da educação.

AS NOVAS DCNS E SUA ESTRUTURA

As novas DCNs, após todo o processo de revisão, estão organizadas em 26 artigos e orientadas em cinco eixos: I- princípios orientadores da formação; II- perfil do egresso; III- conhecimentos essenciais; IV- estratégias de formação; V- projetos pedagógicos de curso (BRASIL, 2021). Houve uma opção declarada de não adotar as terminologias das competências e habilidades, mas de se ressaltar os princípios e os conhecimentos essenciais à formação de terapeutas ocupacionais no contexto contemporâneo brasileiro, que requer um profissional capaz de resolver problemas e tomar decisões em um mundo de incertezas, sem se restringir a um essencialismo cognitivo e pragmático. Faz-se

necessário formar profissionais que afirmem direitos humanos, que contribuam para a superação de desigualdades sociais, que combatam discriminações, que conheçam a realidade histórica e social do país e se alinhem às políticas sociais universais, de acesso público e gratuito – como o SUS, SUAS, dentre outras – que conheçam o significado social de suas práticas e defendam a complexidade do conhecimento e a diversidade de saberes e perspectivas para o entendimento das atividades/ocupações/cotidianos do ser humano em seus diversos contextos.

Intencionalmente foram incluídas diferentes perspectivas teóricas e linguísticas, aquelas que são mais significativas para as diferentes áreas nas quais o terapeuta ocupacional se insere. Há que se destacar as escolhas em relação a três categorias que aparecem em diferentes momentos do documento: objeto da profissão, público destinatário e finalidade da ação profissional. Assim, houve uma escolha proposital pelo uso de termos separados por barras que de certa forma polui o documento, mas foi a melhor saída para incluir as diferenças epistemológicas que existem atualmente na profissão. Nesse sentido, para o objeto ficou convencionado o uso da expressão atividade/ocupação/cotidiano, na sequência histórica da incorporação das três palavras na profissão, ainda que ‘ocupação’ tenha ganhado espaço no nosso léxico nos últimos 10 anos depois de experimentar grande resistência a seu uso no Brasil, discussão essa que exige maiores investimentos de compreensão. Em relação ao público destinatário, optou-se pelo uso dos termos pessoas/grupos/coletivos/populações. Essa também foi uma escolha necessária para substituir os termos: indivíduos, sujeitos, comunidade e a tríade paciente/cliente/usuário. E por último, as palavras que indicam finalidade, optou-se por deixar registradas todas as palavras que terapeutas ocupacionais têm utilizado: autonomia, ampliação de direitos, independência, fun-

cionalidade, acessibilidade, participação, inclusão e emancipação social.

Outra escolha refere-se aos campos de atuação, em que a repetição da expressão “dos campos da saúde, educação, assistência e previdência social, esporte, lazer, justiça, trabalho, cultura e meio ambiente” visa ao reconhecimento de que a terapia ocupacional não é mais uma profissão somente vinculada ao campo da saúde, e, ao nomear dessa forma também se alinha aos direitos sociais promulgados na Constituição de 1988 que resultaram em ações e serviços incorporando terapeutas ocupacionais.

A questão da inclusão ou não de carga horária mínima no documento na redação final foi discutida exaustivamente em diversos fóruns da categoria, e a diretoria da RENETO tinha o entendimento de que não caberia nas DCNs a delimitação de carga horária e tempo de integralização dos cursos. No entanto, em contraposição, o CNS alerta que a omissão desses valores nos documentos oficiais, abre brechas para grupos que fazem da educação superior no Brasil um negócio lucrativo oferecerem formações que sempre partem da carga horária, infraestrutura e recursos humanos mínimos para consecução dos seus projetos.

Assim, nas reuniões da CIRHRT/CNS de apreciação das DCNs da Terapia Ocupacional foi solicitada explicitação de carga horária mínima de 4000 horas em alinhamento à resolução 569 do CNS (BRASIL, 2018). Nesse debate, RENETO e ABRATO, com apoio da ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, argumentaram que a adesão dessa exigência pode provocar o fechamento de muitos cursos, e assim houve consenso para carga horária mínima de 3600 horas com a integralização em 4 anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre o processo de construção de um documento que fundamenta a condução da formação profissional em Terapia Ocupacional, é também deixar um legado para as futuras gerações, que também produzirão novas práticas, assim como novos documentos balizadores para a formação profissional.

A finalização de um documento-base carrega em si um projeto de futuro para a profissão, mas reconhece que diretrizes são provisórias e logo deverão ser refeitas, e talvez não precise esperar por quase 20 anos como dessa vez. Em especial, se tomarmos o exemplo da pandemia da COVID-19 que acelerou processos e também deixará um legado de desigualdades e problemas em diversos campos, outra questão emerge: as DCNs pensadas em um mundo pré-pandêmico continuarão a responder às exigências do mundo pós pandemia?

Apesar das DCNs ainda estarem em fase de conclusão em um período da pandemia - e não houve alteração do texto nesse momento - já identificamos nos Fóruns de Coordenadores de Curso coordenados pela RENETO de forma virtual - que as possibilidades de promoção de atividades de formação e atendimento pela via remota nos colocam o desafio de como usá-las criticamente e a serviço do bem comum, e não dos grupos que lucram com a precarização do trabalho docente e com processos de ensino-aprendizagem reducionistas e massificados.

A profissão também precisa produzir reflexões acerca de qual projeto societário de futuro apoiar, o que para muitos pode parecer algo extrínseco as nossas práticas. Existe uma ação profissional da Terapia Ocupacional que pode ser feita sem pensar na sustentabilidade do meio ambiente? Existem práticas que possam desconsiderar a vida que se dá nas redes sociais e sua influência e definição nos modos de vida? Como o exercício profissional em qualquer área pode explicitar um profundo

respeito às múltiplas formas de existência e que nossos públicos destinatários reconheçam isso em nós e possam reproduzir mais respeito e mais humanidade em suas atitudes?

Por fim, desejamos que esse percurso possa inspirar outros cursos, ou ainda, outros profissionais e a nós mesmas no engajamento com esse fazer coletivo que se quer democrático, para elaboração de documentos balizadores que de fato respeitem as diferenças existentes no interior de suas profissões, mas sempre assumam a garantia dos direitos humanos e sociais como base do exercício profissional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar. Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 out. 1969.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei n. 3394, de 20 de dezembro de 1996**. Lei que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: 1996. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9394-20-dezembro-1996-362578-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília :Ministério da Saúde, 2006. 409 p.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. **Decreto n. 6.096 de 24 de abril de 2007**. Institui o Programa de Planos e Apoio de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais. Brasília, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev., 2018. 73 p. Disponível em: <https://>

bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 6, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Brasília, 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES062002.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº. 04/2009**. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica. Brasília, 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009**. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 nov. 2009. Seção 1. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf. Acesso em: 12 dez. 2009.

BRASIL. Departamento Penitenciário Nacional. **Portaria n. 287, de 14 de maio de 2010**. Instituiu de atendimento na área de terapia ocupacional. Brasília, 2010. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/5231113/pg-41-sec-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-24-05-2010>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº. 04/2010**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Básica, dispondo sobre a organização da educação especial como parte integrante do projeto pedagógico da escola regular. Brasília, 2010. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_10.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. **Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12594.htm. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 22 out. 2013b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Resolução 569 de 08 de dezembro de 2017. **Diário Oficial da União**. Seção 1, Brasília, DF, p.85-90, 26 fev. 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/>

Reso569.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Resolução de 4 de dezembro de 2020. Dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação Bacharelado em Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União**. Seção 1, Brasília, DF, nº 145, p. 65-67, 3 ago. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/08/2021&jornal=515&pagina=65>. Acesso em: 11 ago. 2021.

BRASIL. MEC. **Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Ensino Superior**. Cadastro E-MEC Disponível em: <https://emec.mec.gov.br/emec/nova>. Acesso em: 11 ago. 2021.

COFFITO. **COFFITO e ABENFISIO estudam reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Fisioterapia**. Brasília, 29 fev. 2016. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2748>. Acesso em: 07 ago. 2021.

HAHN, M.; LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S.; BIANCHI, P. C. 30 Anos de Encontros Nacionais de Docentes de Terapia Ocupacional. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 481-503. 2018.

PAN, L. C.; LOPES, R. E. O Ensino de Terapia Ocupacional Social nas Universidades Públicas do Estado de São Paulo. **Rev de Terapia Ocupacional da USP**, v. 24, n. 2, p. 103-11, 2012.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

REIS, S. C. C. A. G.; LOPES, R. E. O início da trajetória de institucionalização acadêmica da terapia ocupacional no Brasil: o que contam os(as) docentes pioneiros(as) sobre a criação dos primeiros cursos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 255-270, 2018.

SAVIANI, D. **Pedagogia Histórico-crítica: primeiras aproximações**. 11 ed. Campinas: Autores associados, 2012.

SILVA, R. A. S.; FERIGATO, S. H.; OLIVER, F. C. Formação graduada em terapia ocupacional e a atenção primária à saúde: apontamentos essenciais ao debate. In: SILVA, R. A. S.; BIANCHI, P.C.; CALHEIROS, D. S. **Formação em Terapia Ocupacional no Brasil: pesquisas e experiências no âmbito da graduação e da pós-graduação**. São Paulo: FiloCzar, 2018. 372p.

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPY (WFOT). **Position Statement of Diversity and Culture**. 2010. Disponível em: <https://www.wfot.org/resources/diversity-and-culture>. Acesso em: 10 ago. 2021.

Tabela 1: Eventos presenciais para a discussão das novas DCNs

DATA	LOCAL	NOME DO EVENTO	PARTICIPANTES	AÇÃO
30/08/17	Universidade Federal do Paraná - Curitiba – PR	Fórum Paranaense das DCNs	40	Discussão sobre o que se deseja alterar nas DCNs
26/10/17	Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília – DF	Discussão sobre as DCNs na região Centro-oeste	s/inform.	Discussão sobre o que se deseja alterar nas DCNs
14/11/17	Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - SP	Seminário Regional das DCNs da Terapia Ocupacional	123	Discussão sobre o que se deseja alterar nas DCNs
11/17	Universidade Federal de Santa Maria - Santa Maria – RS	I Fórum Municipal de Revisão das DCNs de Terapia Ocupacional da cidade de Santa Maria/RS	s/inform.	Discussão sobre o que se deseja alterar nas DCNs
entre 10/17 e 04/18	Universidade de São Paulo	Quatro foruns do curso de terapia ocupacional para debater as DCNs da Terapia Ocupacional	s/inform.	Discussão sobre o que se deseja alterar nas DCNs
20/12/17	Universidade Federal de São Carlos	Debate sobre as DCNs da Terapia Ocupacional	18	Discussão sobre o que se deseja alterar nas DCNs
02/03/18	Sede do CREFITO 2 - Rio de Janeiro – RJ	Evento sobre DCNs CREFITO 2 Rio de janeiro RJ	71	Discussão sobre o que se deseja alterar nas DCNs
19/03/18	Universidade Federal de Pernambuco- Recife – PE	Debate sobre as DCNs da Terapia Ocupacional	s/inform.	Discussão sobre as DCNs e modelos formativos em educação superior e na Terapia Ocupacional
s/inform.	Faculdade Guilherme Guimbala - Joinville -SC	Debate sobre as DCNs da Terapia Ocupacional	s/inform.	Discussão sobre o que se deseja alterar nas DCNs
s/inform.	Faculdade de medicina do ABC - Santo André – SP	Debate sobre as DCNs da Terapia Ocupacional	s/inform.	Discussão sobre o que se deseja alterar nas DCNs
09 e 10/04/18	UFPA - Belém – PA	Fórum Pará das DCNs	s/inform.	Discussão sobre o que se deseja alterar nas DCNs

09/05/18	Universidade Franciscana , Santa Maria - RS	Fórum Gaúcho das DCNs	79	Discussão sobre o que se deseja alterar nas DCNs
06/06/18	UFPR, Curitiba, PR	Fórum Sul das DCNs - Curitiba	132	Discussão sobre o que se deseja alterar nas DCNs
09/06/18	CREFITO 15 (sede da Aliança Francesa) Vitória, E	Fórum Espírito Santo das DCNs	50	Discussão sobre o que se deseja alterar nas DCNs
06/ 07/18	UNIFESP- Campus São Paulo- São paulo – SP	Fórum Sudeste das DCNs - São Paulo	26	Debate sobre os pontos mais relevantes a serem alterados nas novas DCNs
18/07/18	Universidade Federal de Sergipe - Lagarto - SE	Debate sobre as DCNs da Terapia Ocupacional	s/inform.	Discussão sobre o que se deseja alterar nas DCNs
19 e 20/07/18	Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB	Fórum Nordeste das DCNs	60	Construção de um relatório com sugestões de redação e pontos mais relevantes a serem alterados nas novas DCNs
20/08/21 e 03/09/18	Universidade Estadual de Alagoas (UNCISAL)	Encontro de discussão sobre as DCNs	s/inform.	Discussão sobre o que se deseja alterar nas DCNs
25 de agosto 2018	Universidade federal da Bahia Salvador BA	Terapia ocupacional em cena: Evento organizado pelo CREFITO 7 em Salvador, BA e comissão para a implantação do curso de Terapia ocupacional na UFBA	70	Palestra da RENETO sobre as novas DCNs e sobre a importância da implantação de um curso de Terapia Ocupacional na Bahia que no momento está sem cursos ativos.
25 a 28 de setembro de 2018	Aracaju, SE	XII Congresso Norte- Nordeste de Terapia Ocupacional	300	Apresentação do processo de discussão da revisão das novas DCNs da Terapia Ocupacional pela RENETO
15 e 16 novem-bro de 2018	UNIFESP - Baixada Santista Santos – SP	XVI Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional	120	Evento Dedicado às DCNs: Oficinas de compilação e plenárias

Fonte: Elaborado pelas autoras (e)

Tabela 2. Organização dos Trabalhos no XVI EN-DOTO, Santos, SP.

Número do Oficinas	Tema discutido	Mediadoras
Oficina 1:	Princípios, fundamentos, condições e procedimentos para formar terapeutas ocupacionais no Brasil; Perfil do egresso	Profa Stella Maris Nicolau (UNIFESP e RENETO) e Profa Rosângela Gomes da Mota Souza (UFMG).
Oficina 2:	Competências, saberes e princípios gerais para a formação	Profa Grasielle Silveira Tavares (UnB), Profa Ana Rita Lobo (UnB e COFFITO) e Profa Luziana de Albuquerque Maranhão (ABRATO).
Oficina 3:	Competências e saberes específicos dos terapeutas ocupacionais	Profa Marília Meyer Bregalda (UFPB) e Profa Soraya Diniz Rosa (UNISO).
Oficina 4:	Conteúdos essenciais para o curso de graduação: estágios curriculares; estudos e práticas independentes (atividades complementares, monitorias, estágios, iniciação científica, extensão, cursos complementares e em áreas afins).	Profa Rita de Cassia Barcellos Bittencourt (UFS) e Prof Rodrigo Alves Silva (UFS).
Oficina 5:	Projeto pedagógico: inovador, construído coletivamente, estudante-centrado, professor-mediador, ensino-pesquisa-extensão; pluralismo e diversidade cultural; contemplar cenários locais, regionais, nacionais e internacionais.	Profa Maria Paula Panuncio (USP-RP) e Prof Victor Cavaleiro (UFPA).
Oficina 6:	Estrutura do curso: práticas gradativas desde o início e com supervisão de docente terapeuta ocupacional, complexidade crescente e a formação generalista, TCC ao final do curso e permanentemente revisão do projeto pedagógico.	Profa Rosibeth del Carmen Muñoz Palm (UFPR) e Profa Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim (UFSCar)

Fonte: Elaborado pelas autoras (e)



foto: acervo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

PROPOSTA DE NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS EM FONOAUDIOLOGIA – UM PROCESSO DE CONSTRUÇÃO COLETIVA

Vera Lúcia Garcia³⁹
Marina Martins Pereira Padovani⁴⁰
Janaína Regina Rosso⁴¹

A Fonoaudiologia foi regulamentada enquanto profissão pela Lei No 6.965, de 9 de dezembro de 1981 (BRASIL, 1981), no entanto, a formação em Fonoaudiologia não surge com o ensino institucionalizado e, sim, com a busca de pessoas interessadas por essa formação (FERREIRA NETO, 1998). Os primeiros cursos de Fonoaudiologia no Brasil surgiram na década de 1960, sendo eles o Curso de Fonoaudiologia na Clínica de Otorrinolaringologia do Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o Curso de Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Sebastião e Garcia (2009) discutiram que, ainda que, timidamente, o currículo mínimo vigente à época, ajudou a promover mudanças na formação em Fonoaudiologia, uma vez os cursos precisaram se consolidar, e a formação como bacharelado, ou seja, em nível superior, abandona qualquer perspectiva de uma formação técnica. Perpassada por questões da saúde e por questões ligadas à educação, a fonoaudiologia se torna um singular. Buscando compreender o homem como sujeito, a fonoaudiologia se define em um campo multidisciplinar, que interage e dialoga tanto com as ciências biológicas quanto com as ciências humanas e sociais, exercendo uma atuação profissional capaz de promover o cuidado, além das ciências exatas, quando trata dos aspectos audiológicos e dos dispositivos eletrônicos para a surdez.

Em 2002 foram promulgadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Fonoaudiologia pelo Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Ensino Superior (Brasil, 2002), movimento que ocorreu para todas as profissões. Sebastião e Garcia (2009) discutiram que as DCN em Fonoaudiologia buscaram um novo perfil profissional a ser formado e as novas formas de como fazê-lo. As diretrizes curriculares, diferentemente do currículo mínimo constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem

39 Fonoaudióloga, Presidente da Comissão de Ensino Gestão 2012-2013 e 2014-2016.

40 Fonoaudióloga, Presidente da Comissão de Ensino Gestão 2017-2019.

41 Fonoaudióloga, presidente da comissão de ensino Gestão 2020-2022.

ser, necessariamente, adotados por todas as instituições de ensino superior. As DCN de Fonoaudiologia possibilitam que os currículos propostos possam construir o perfil acadêmico e profissional dos egressos, constituído por competências, construídos a partir de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referenciais nacionais e internacionais, tornando-os capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS.

Como estratégia indutora da implementação de mudanças a Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), promoveu, nacionalmente, em 2006, com o apoio financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde, as “Oficinas de Sensibilização de Docentes e Discentes de Fonoaudiologia para o Sistema Único de Saúde” que tiveram como objetivos a adequação do perfil profissional do fonoaudiólogo como trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação multi e interdisciplinar e a tomada de decisões com base na contextualização social, cultural, política e econômica. Da mesma forma, ao integrar-se ao Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (Fnepas), a SBFa teve um papel importante na construção de ações indutoras das mudanças da formação em Fonoaudiologia no Brasil (GARCIA; TRENCHÉ, 2012). Experiências na área de fonoaudiologia a partir de políticas indutoras foram publicadas no livro Políticas Indutoras – Formação Profissional em Fonoaudiologia (TRENCHÉ et al., 2020).

Em 2009, preocupados com a formação e atuação dos fonoaudiólogos na área educacional, a Comissão de Ensino da SBFa e da Comissão de Educação do Sistema de Conselhos do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) iniciaram a construção do projeto que foi denominado “Oficinas de Sensibilização para Docentes, Discentes e Profissionais que atuam na área da Fonoaudiologia Educacional”, nome decorrente da efetividade das oficinas

anteriormente realizadas para implementação das DCN. As oficinas foram realizadas de novembro de 2011 a março de 2013, em todo o País (QUEIROGA; ZORZI; GARCIA, 2015). O produto das oficinas questionou se ofertamos aos graduandos de Fonoaudiologia a possibilidade de experimentar os diferentes tipos de ações e cenários de aprendizagem no ambiente educacional para qualificar sua formação.

Em 2013 foi lançado o Programa “Mais Médicos” (BRASIL, 2013) constituído por três eixos articulados: provimento de médicos; investimento em infraestrutura e o eixo mudança da formação médica. Em junho de 2014 foi publicada as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014), nas quais se apresenta um perfil profissional a ser formado nas áreas de atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde. Alinhadas a esta mudança das DCN dos cursos de graduação em Medicina, as associações de ensino foram convidadas a realizar o movimento de análise das necessidades de mudanças de suas DCN.

Garcia e Di Ninno (2014) haviam apontado a importância das DCN, publicadas em 2002, para o alinhamento da formação ao sistema de saúde vigente, com a possibilidade de estratégias educacionais já no primeiro ano do curso, em especial na atenção primária à saúde.

A Comissão de Ensino da SBFa, em abril de 2015, a partir de seu alinhamento aos cursos de graduação em Fonoaudiologia no País, realizou uma oficina, em São Paulo, SP, para analisar as necessidades de mudança das DCN dos cursos de graduação em Fonoaudiologia. Foram utilizadas metodologias ativas ancoradas na participação coletiva e dialógica. Houve a participação de 22 instituições de ensino superior (IES), aproximadamente 1/3 das IES em funcionamento, sendo: três da região norte, estados do Amazonas e Rondônia; três da

região nordeste, estados do Piauí e Rio Grande do Norte; duas da região centro-oeste, estado de Goiás e Distrito Federal; cinco da região sul, estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; 10 da região sudeste Rio de Janeiro, Espírito Santo e São Paulo (cinco cursos da capital e três de cursos do interior), além da participação de representantes do CFFa e das comissões de educação de três conselhos regionais (2a, 3a e 6a região).

Discutiu-se que as competências gerais da área de Fonoaudiologia (e de toda área da saúde), publicadas nas DCN de 2002, deveriam ser transversais no currículo – do primeiro ao último ano, visto que estas possibilitam uma formação integrada ou mesmo interprofissional. Foi destacado que as DCN trouxeram avanços na: articulação com Sistema Único de Saúde; diversificação dos cenários de aprendizagem; dimensão cuidadora do exercício profissional; concepção ampliada de saúde; dimensão ética, humanista e crítico-reflexiva; integração curricular – dentro do projeto pedagógico do curso e entre cursos, sendo que o encontro entre saúde coletiva e as especialidades precisa avançar. Há uma maior aproximação da área da formação generalista que se refere à uma formação baseada em novos paradigmas: o profissional deve entender como se organiza o sistema de saúde vigente, sua função social como profissional, sua contribuição para a saúde individual e coletiva, baseada em estratégias de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde e respeitando a realidade social e o saber popular (SEBASTIÃO; GARCIA, 2009).

Os pontos relevantes para explicitar a necessidade de mudanças das DCN dos cursos de graduação em Fonoaudiologia foram apontados como a pouca participação do fonoaudiólogo na área educacional, embora esta tenha sido um espaço de construção do saber fonoaudiológico (Ferreira Neto, 1998) e seu alinhamento com aprendizagem e não apenas com a leitura e escrita. Estes

aspectos haviam sido amplamente discutidos nas diferentes regiões do País através das “Oficinas de Sensibilização para Docentes, Discentes e Profissionais que atuam na área da Fonoaudiologia Educacional” (QUEIROGA; ZORZI; GARCIA, 2015).

Embora tenha havido consenso que muito se precisava avançar na implementação das DCN de 2002, alguns aspectos como a realização de estágios apenas nos últimos dois anos do curso, a obrigatoriedade de clínica-escola, sinalizam a falta de coerência com as políticas indutoras que apontam para a inserção desde os primeiros anos do curso na rede de atenção e que os estágios sejam realizados nos cenários de prática reais, ou seja, no próprio SUS. Outro aspecto identificado foi a formação reduzida sobre a gestão em saúde. Outro aspecto relevante foi a análise da falta do profissional fonoaudiólogo na rede de serviços que, muitas vezes, penaliza a formação pela falta de cenários de prática/ preceptores. Aspectos como desenvolvimento docente, captação e capacitação do preceptor, papel do Núcleo Docente Estruturante na qualificação da formação, ampliação de cenários de aprendizagem e discussão sobre as aulas práticas e estágios supervisionados intersetoriais e a pauta da diversidade cultural foram outros aspectos apontados como relevantes na reformulação das DCN. Além destes aspectos o perfil de competência a partir das áreas de atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde foram amplamente discutidos, como uma possibilidade de revisão das DCN, embora posteriormente não tenha sido feita a opção de construção das DCN nesta perspectiva. Discutiu-se muito sobre a carga horária do curso de Fonoaudiologia – 3200 horas vigentes e o pleito por 4000 horas.

A discussão das necessidades de mudança foi solicitada de ser realizada em cada IES de forma coletiva e colaborativa, de forma que as IES pudessem representar docentes, discentes, preceptores e gestores quanto às mudanças necessárias nos

encontros nacionais. Houve outras três oficinas nacionais para revisão e novo delineamento das DCN dos cursos de graduação em Fonoaudiologia.

Há consenso de que os currículos da área ainda mantêm estrutura pautada na lógica da fragmentação por especialização e que os alunos têm pouca experiência na atenção básica, campo que tem demandado formação. Discutiu-se a necessidade de garantir que as atividades complementares não ocupem o espaço do estágio supervisionado, sendo indicado não exceder 3% da carga horária do curso, além de evitar a inserção de disciplinas à distância (20% da carga horária). Espera-se aumento da carga mínima para ao menos 3600, preferencialmente 4000 horas com 30-35% (ao redor de 1000 horas) de estágio supervisionado.

No Brasil, as clínicas-escola e/ou mesmo os hospitais têm sido reconhecidas como locus prioritário para a aprendizagem prática do estudante. Embora este cenário venha se alterando, em especial após a publicação das DCN de 2002, ainda há um distanciamento das práticas fonoaudiológicas da atenção básica à saúde. Esta análise coloca luz na necessidade de que o ensino na atenção primária à saúde seja um componente longitudinal da formação, que deve permear todo o currículo. A ação intersetorial, em especial da saúde e educação, neste cenário, para além da sua atuação nos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), deve ser ampliada e implicada com as necessidades de saúde. A formação na área da saúde e educação, e, portanto, também na área de Fonoaudiologia, precisa responder aos novos desafios das sociedades contemporâneas, incorporando uma visão mais aprofundada dos problemas sociais do País, contemplando adequadamente a atenção primária à saúde, valorizando a formação voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Educacional Brasileiro como importante alternativa de trabalho do profissional da Fonoaudiologia.

O processo de construção das novas DCN dos cursos de graduação Fonoaudiologia já havia sido organizado e colocado em consulta pública, quando o Conselho Nacional de Saúde (CNS), ampliou os eixos estruturantes para as DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde (CNS, 2017). Esse documento apresenta princípios gerais que devem nortear a construção de diretrizes curriculares das diferentes categorias profissionais da área da saúde. Dentre elas destaca-se a ênfase no trabalho interprofissional numa perspectiva colaborativa, interdisciplinar e intersetorial. A análise das DCN já propostas pela Comissão de Ensino foi bastante satisfatória visto que os aspectos essenciais estavam incluídos na proposta de revisão das DCN dos cursos de graduação em Fonoaudiologia, construído até então.

A consulta pública das DCN trouxe a pertinência de aspectos amplamente discutidos coletivamente, e consolidou a estrutura da proposta das DCN para os cursos de Graduação em Fonoaudiologia. Antes da consolidação da consulta pública, as DCN foram apresentadas ao CNS, na reunião de 22 de junho de 2017, que endossou sua apresentação, indicando a possibilidade de incluir a CIF como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF e outras classificações da OMS como um dos seus eixos de formação, a inclusão, das práticas integrativas, e da vigilância em saúde e vigilância ambiental. Aspectos como o desenvolvimento docente e a qualidade de vida do estudante sempre estiveram pautados como eixos estruturantes da formação como proposta das DCN para os cursos de graduação em Fonoaudiologia.

A partir da discussão no CNS, a reunião seguinte de coordenadores de graduação de curso de Fonoaudiologia, em julho de 2017, se apresentou as considerações feitas pelo CNS, incluindo, além das anteriormente citadas, explicitar a avaliação discente e a participação estudantil, com foco no

desenvolvimento de competências como a liderança. Nesta reunião, foram também discutidas novas sugestões para a gestão dos cursos e dos estágios supervisionados, havendo a prioridade da formação em serviço na rede de atenção à saúde e educação, a preocupação de que o coordenador do curso seja fonoaudiólogo, diferenciar os papéis de preceptor/supervisor. Os participantes ainda discutiram a relação máximo de estagiários/supervisor, acordando em 8 (oito) estudantes para um supervisor de estágio; e que disciplinas com atividades práticas não sejam à distância.

Houve uma aproximação da Comissão de Ensino com o Diretório Nacional dos Estudantes de Fonoaudiologia – DENEFONO, que já vinha sendo convidado para atividades junto a Comissão de Ensino da SBFa. Participaram da reunião de coordenadores no XXV Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, em outubro de 2017, com contribuições também para as DCN. Foi feita nova consulta pública para fechamento de texto final, encerrada em junho de 2018, sendo formado, então, grupos de trabalho (GT) que finalizaram o documento. O resultado foi apresentado na reunião de coordenadores seguinte, com aprovação da plenária, com a seguinte síntese para cada grupo:

- O fazer fonoaudiológico deve ser considerado de forma intersetorial na formação, nos contextos local, regional e nacional em que se insere o curso.
- O papel do professor, supervisor e preceptor deve seguir a Lei Nacional de Estágio. Foi dada ênfase de que o estágio é atividade curricular obrigatória, com carga horária estabelecida, presencial e supervisionada por professor fonoaudiólogo, com primazia de cenários reais de trabalho.
- Necessidade de processos de comunicação com o cidadão, família e comunidade referen-

ciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade do cuidado em saúde.

A versão final das DCN foi apresentada, em reunião aberta, virtual, síncrona, em novembro de 2018, e com sua aprovação, o texto final foi ajustado e discutido na 194ª Reunião Ordinária da Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações do Trabalho (CIRHRT), Brasília/DF, pelos membros da Comissão de Ensino, com o apoio do fonoaudiólogo representante do CFFa na CIRHRT, com importantes contribuições para a conclusão e encaminhamentos do texto final e elogios pelo trabalho desenvolvido e a trajetória da revisão das DCN. A plenária da CIRHRT, redigiu na mesma data documento de análise e contextualização da profissão e da elaboração das DCN, incorporados ao seu Parecer Técnico, que seguiu para apreciação no pleno do Conselho Nacional de Saúde (CNS), dois dias depois, sendo aprovado por unanimidade, na presença da presidente do CFFa, culminando na Resolução 610, de 13 de dezembro de 2018.

Importante ressaltar que o movimento da construção coletiva das novas DCNs, com participação intensa e colaborativa de fonoaudiólogos envolvidos direta ou indiretamente com o ensino trouxe a necessidade de capacitação para as metodologias ativas de ensino-aprendizagem e sobre avaliação formativa. Além disso, se estreitou o relacionamento com a representação estudantil

A proposta final das DCN, aprovada pela categoria a partir de consultas públicas e recomendada pelo CNS na resolução 610/18, foi apresentada e encaminhada ao Conselho Nacional de Educação, em março de 2019, logo no início das atividades letivas do período. Desde então, há um esforço em acompanhar o andamento da formação da comissão responsável pela análise da proposta coletiva das novas DCNs para os cursos de graduação de

Fonoaudiologia. O mesmo processo foi realizado para as DCN de 2002.

A construção coletiva do documento registra o crescimento da profissão nos últimos 20 anos e pretende subsidiar a formação dos fonoaudiólogos para o século XXI.

O envolvimento, participação e colaboração dos coordenadores de cursos de Fonoaudiologia do País, profissionais e sistema de conselhos foi crucial para a atualização das DCNs e esta união e persistência revelam o modo de trabalhar da categoria profissional, de forma coletiva, participativa e em cogestão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Educação. Resolução no 06/1983. **Diário Oficial da União**. Brasília, 15 abril de 1983, Seção I, p. 6117

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 out. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fonoaudiologia**. Disponível em: CES052002.doc (mec.gov.br). Acesso em: 31 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina**. Resolução CNE/CES No 3; 2014. Disponível em: Res-CES-CNE-003-2014-06-20.pdf (abmes.org.br). Acesso em: 31 jul. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução Nº 569 de 8 de dezembro de 2017**. Disponível em: Reso569.pdf (saude.gov.br). Acesso em: 31 jul. 2021.

FIGUEIREDONETO, L. E. **O início da prática fonoaudiológica na cidade de São Paulo** – seus determinantes históricos e sociais. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Programa de Distúrbios da Comunicação, PUC/SP, 1998.

GARCIA, V. L. Formação do Fonoaudiólogo e sua atuação na área Educacional. In: QUEIROGA, B. A. M.; ZORZI, J. L.;

GARCIA, V. (org.). **Fonoaudiologia educacional: reflexões e relatos de experiência**. Brasília: CRFa/ SBFa/Kiron, 2015. p. 55-66. ISBN: 978-85-8113-471-0.

GARCIA, V. L.; DI NINNO, C. Q. M. S. Fonoaudiologia – Diretrizes Curriculares Nacionais. In: MARCHESAN, I. Q.; SILVA, H. J.; TOMÉ, M. C. (org.). **Tratado de Especialidades em Fonoaudiologia**. 1. ed. São Paulo: GenRoca/ SBFa. 2014. p. 1055-1059.

GARCIA, V. L.; TRENCHÉ, M. C. B. **O Sistema Único de Saúde e os cursos de graduação na área de Fonoaudiologia**. O Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (Fnepas) e a Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa). Caderno Fnepas, v. 3, p. 20-36, 2010.

SEBASTIÃO, L. T.; GARCIA, V. L. Formação e Educação na Saúde. In: FERNANDES, F. D. M.; MENDES, B. C. A.; NAVAS, A. L. P. G. P. (org.). **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: SBFa/Roca, 2009, cap. 71. p. 674-681.

QUEIROGA, B. A. M.; ZORZI, J. L.; GARCIA, V. L. (org.). **Fonoaudiologia Educacional: reflexões e relatos experiência**. Brasília: Kiron, 2015.

TRENCHÉ, M. C. B.; PADOVANI, M.; ANHOQUE, C. F.; GARCIA, V. L. (org.). **Políticas Indutoras: formação profissional em Fonoaudiologia**. São José dos Campos: SBFa/ Pulso Editorial, 2020. 235p.

EVALUACIÓN DE LA RELEVANCIA SOCIAL Y SANITARIA DE LOS CURSOS DE PREGRADO EN SALUD⁴²

Manuel Núñez Vergara⁴³

La responsabilidad de los educadores, incluyendo aquellos que forman profesionales de la salud, involucra “escanear horizontes”; es decir, formular e intentar responder 2 preguntas centrales: ¿Qué está sucediendo ahora? y ¿Qué es lo que inevitablemente sucederá pronto? (Jason, 2018). Sin embargo, evaluar la relevancia social y sanitaria de la formación de los profesionales de la salud implica en el mismo sentido, preguntarse: ¿Cuál es el rol actual?, así como ¿Cuál es el rol que han de jugar los estudiantes, ya como profesionales, en el futuro? Por supuesto, el tema es complejo al considerar diferentes dimensiones y planos en el análisis, y en particular porque está estrechamente vinculada a la institución que cobija el programa, y al papel que está desempeñando como actor social en el escenario en que se desenvuelve.

1. LAS REFORMAS EN LA EDUCACIÓN MÉDICA

Es imprescindible analizar el derrotero que ha seguido la educación médica para entender la complejidad que implica hoy evaluar su relevancia social y sanitaria. Cada programa formativo expresa en última instancia la construcción dialéctica e histórica de las formas de entender la educación médica, la relación con su entorno, y consecuentemente los enfoques que se han adoptado y las prácticas que se han desplegado en este proceso.

La primera gran transformación de la educación médica comenzó en 1910, siendo importante notar que se da en momentos en que aún no podíamos predecir la fuerza portentosa con que se desarrollarían las ciencias biológicas, clínicas y sociales. Es en este escenario, en el que Flexner formula sus recomendaciones. Sin embargo, la medicina experimental y el conocimiento científico como generador y garante de la verdad indiscutible, florecería en Europa y Estados Unidos, y el investigador se nutriría ávidamente de estos paradigmas

43 Profesor de la Facultad de Medicina y miembro del Grupo de Investigación en Sistemas de Salud – SYSTEMIC – Universidad Nacional Mayor de San Marcos; ex Director Nacional de Recursos Humanos del Ministerio de Salud – Perú, y actualmente Secretario Ejecutivo de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM).

para plantear sus puntos de vista (Guimarães et al., 2017). Claude Bernard había abierto con la medicina experimental lo que él llamaba el camino al nivel más avanzado de la medicina: la medicina científica (Romaní, 2019). Hoy, cabría preguntarse, si con los avances actuales, inclusive sociales, Flexner no nos hubiese planteado como desafío el integrar los nuevos productos del desarrollo del conocimiento humano en una nueva educación médica.

Flexner, como es sabido, no era médico, y fue reclutado por la Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching (que a su vez había sido contratada por la Asociación Médica Americana) para desarrollar el estudio que llevaría su nombre. Sin embargo, previamente la American Medical Association (AMA) y la Association of American Medical Colleges (AAMC) habían desarrollado importantes evaluaciones sobre la calidad de la educación médica en Estados Unidos de N.A., pero las implicancias que generaban los informes al interior de sus instituciones hacían muy difícil adoptar las medidas necesarias. Las recomendaciones del informe Flexner enfatizarían en una estructura estandarizada de 4 años, con 2 previos de college, una división clara entre ciencias clínicas y preclínicas, el desarrollo y fortalecimiento de las prácticas de laboratorio, el entrenamiento científicos de los médicos para resolver problemas clínicos y el establecimiento de procesos de acreditación (Flexner & Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1972). Este informe orientaría la primera gran reforma de la educación médica, como describe Frenk et al. (2010). Los posteriores procesos de acreditación utilizarían estos criterios como referentes para la evaluación.

Un ejemplo que debería ser motivo de análisis a propósito del Affordable Care Act (“Obama Care”) y su importante impacto en el sistema de salud norteamericano, al enfrentar los bajos niveles de cobertura de salud en las poblaciones vulnerables,

es el analizar en qué medida contribuyó a este escenario de inequidad en el acceso, el hecho de que el Informe Flexner condujese al cierre de la mayoría de las escuelas de medicina que acogían a mujeres y afroamericanos (Kaufman, 2016). Un claro ejemplo de las implicancias sociales que tiene la evaluación “académica” de nuestras instituciones formadoras.

La segunda fase de las reformas en la educación médica estuvo marcada por un periodo de innovaciones fundamentalmente pedagógicas, y desarrollada a través del desarrollo de las residencias médicas, los enfoques como el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP, o PBL por sus siglas en inglés), el desarrollo de pacientes estandarizados; las reformas curriculares que incorporaron, por ejemplo, la transversalidad o la integración como elementos innovadores; o las estructurales que integraron las escuelas de enfermería a las universidades, entre otros (Frenk et al., 2010; Prideaux, 2019).

Finalmente, la tercera fase ha asumido el desafío de abordar la tensión global – local que se presenta por un lado con el conocimiento médico y la salud pública, que se construyen globalmente, y la necesidad de aplicar y recrear estos al escenario local en que nos desenvolvemos. Así, una exigencia innata a esta reforma, y por lo tanto como ha de evaluarse al programa, es la de generar una estrecha vinculación con los sistemas de salud, un abordaje interdisciplinario y una nueva priorización de contenidos y competencias (Prideaux, 2019).

Un hito fundamental en el avance de esta tercera reforma fue el establecido por la World Federation of Medical Education (WFME) en 1988 con la Declaración de Edimburgo, en la que se formuló 12 recomendaciones orientadas a reformar la educación médica. Se manifiesta una “...creciente preocupación en la educación médica por la equidad en la atención de la salud, la prestación humana

de servicios de salud y los costos generales para la sociedad...” y se señala que “... el objetivo de la educación médica es producir médicos que promuevan la salud de todas las personas” (World Federation of Medical Education, 1988). Esta Declaración explicita la importancia de llevar la formación más allá de los hospitales, hasta la propia comunidad; asegurarse que el currículo refleje las prioridades nacionales de salud y el logro de competencias profesionales y valores sociales, entre otras acciones. Así, esta Declaración tuvo el valor de colocar como un elemento central de la reforma en la educación médica la necesidad de un énfasis formativo en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con las implicancias que tenía para el entendimiento del rol del médico en el desarrollo social (Hays, 2018).

En el 2010 se elabora el Consenso Global para la responsabilidad social de las escuelas de medicina, con 10 áreas de evaluación para una Escuela de Medicina, como se presentará más adelante (Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools, 2010). Se enfatizaría en este documento que la responsabilidad de las universidades va más allá del papel tradicional de formar profesionales competentes e implica el desempeñarse activamente como actor social con el objetivo de disminuir la disparidad existente (Boelen et al., 2019; Puschel et al., 2020; World Federation of Medical Education, 1988).

Así esta tercera reforma ha llamado a una estrecha relación entre los sistemas de salud y las instituciones formadoras, y se cimenta en declaraciones, compromisos y esfuerzos desarrollados en estos últimos 40 años, en los que han convergido cambios paradigmáticos en el campo de la salud, formulados con la Declaración de Alma Ata, así como cambios en el campo de la educación de los profesionales de la salud, sintetizados en la Declaración de Edimburgo (OMS, 1978; World Federation of Medical Education, 1988). La necesidad

de esta vinculación ha sido desarrollada, a través de diversos documentos, como el llamado a transformar la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente (Frenk et al., 2010) y la Organización Mundial de la salud con el lanzamiento de la estrategia global de recursos humanos en salud, para el 2030, en el marco del llamado a asegurar la cobertura de salud para toda la población (World Health Organization, 2016)

Cada una de estas 3 reformas ha visualizado desde diferentes perspectivas la calidad de la educación médica, el modelo requerido para garantizar esta calidad y la forma en que valoramos los logros, incluyendo aquellos vinculados con su entorno.

2. PAPEL DE LA GLOBALIZACIÓN EN LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

Hoy nos encontramos con desarrollos tecnológicos y desafíos globales que modelan las prioridades y a los propios actores en la educación médica, en el que se superponen dinámicamente las agendas pendientes de las 3 reformas, con un escenario diferente y complejo.

Un aspecto que merece especial atención, pero también preocupación, es el hecho, como señala McLean et al. (2017), de la creciente normalización de la educación médica a nivel global, en términos de estándares y competencias, y que se expresa en las evaluaciones que se realizan a nivel global (Ahn, 2020). Una de las fuerzas propulsoras más importantes de este proceso de estandarización es el de la globalización. Las ideas fluyen, junto con los bienes y servicios, circulan como nunca a través de las fronteras, con una velocidad y magnitud que no muchos hubieran podido predecir hace tan solo 50 años y que hoy impregna todos los campos del quehacer humano, incluyendo la educación médica. Sin embargo, hoy como ayer, emerge la pregunta de en qué medida esta globalización ha

contribuido a hacer un mundo más justo y solidario (Prideaux, 2019).

En la educación médica, y citando a Harden (2006), son tres los conjuntos de factores que promueven la globalización en la educación médica: en primer lugar, se viene produciendo una prestación globalizada en la atención de salud⁴⁴, con personal de salud que migra cada vez con más intensidad, a través de canales específicos⁴⁵ o como parte de los procesos de migración de la población⁴⁶. En segundo lugar, las distancias para la comunicación y el encuentro han caído permitiendo que las comunidades epistémicas en educación médica confluyan y se desarrollen. Finalmente, la educación médica al estar insertada en el mercado global educativo ha generado y desarrollado crecientemente redes internacionales, económicamente muy rentables.

Así, se presenta el desafío de preparar profesionales de la salud que no solo han de servir a su comunidad, sino que, en su condición de ciudadanos del mundo, que piensan de manera global, sean capaces de afrontar el desafío de aplicar sus conocimientos y habilidades para brindar atención médica en sus escenarios locales (Gibbs & McLean, 2011; McLean et al., 2017).

3. AVANZANDO CON DIFICULTADES

Estos años han permitido mostrar las posibilidades, los éxitos, pero también las dificultades que enfrentan los procesos de reforma hacia la APS en las instituciones universitarias de Latinoamérica. Importantes experiencias como las de la Universidad Nacional de La Matanza, Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, Universidad Nacional de la Frontera de Temuco, la Universidad Nacional de Rosario o la Universidad de Antioquia, entre muchas otras, han estado orientadas a la construcción de una educación centrada en

la responsabilidad social. Revisemos brevemente 3 de ellas:

La Universidad Nacional de Rosario en Argentina, inició en el año 2001 un proceso de reestructuración de su plan curricular, con la generación de nuevos escenarios de formación, con el objetivo de promover el desarrollo de competencias requeridas para el trabajo en la comunidad, con un énfasis en la atención médica humanizada en la cual al paciente se le trate como individuo íntegro, ávido de un trato cálido, cercano y eficaz. Como parte de esta formación, se establece experiencias interdisciplinarias en una pequeña comunidad, que duran una semana, con evaluaciones epidemiológicas locales, implementación de intervenciones en los colegios, realización de talleres y, en conjunto con los líderes de la comunidad, participación en actividades de promoción de la salud (Verzeñassi et al., 2016).

La Facultad de Medicina de la Universidad del Antioquía, reformó su plan de estudios organizándolo por áreas problemáticas, reemplazando al anterior estructurado a partir de disciplinas. Nuevos temas como sexualidad humana, comunicación y fases del ciclo vital como la adolescencia y la vejez fueron incorporados en el plan curricular, generando un currículo mixto que, aun recogiendo, al menos en parte, enfoques pedagógicos tradicionales, sumó también enfoques innovadores, como el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), expresando la continua tensión que caracteriza estos procesos de reforma curricular (Villegas et al., 2007).

La Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco en el año 1988 estableció su ciclo de internado rural, con una duración de 12 semanas, en el cual participan los estudiantes de ciencias de la salud, teniendo como sedes docentes los centros de salud del ámbito rural. Se planifican y desarrollan actividades preventivo-promocionales involucrando activamente a las familias, comunidades

e instituciones, enfatizando en la prevención de riesgos y daños, el fomento de estilos de vida saludables, el desarrollo de actividades científicas y la atención de la morbilidad local, en una experiencia formativa integral, integrada e interdisciplinaria con el equipo de salud (Vásquez-Sullca et al., 2013).

4. EVALUACIÓN ACTUAL DE LA CALIDAD DE LOS PROGRAMAS

De manera esquemática podríamos señalar que en este proceso de globalización se despliegan 2 formas de desarrollar la evaluación de los programas:

La primera a través de procesos de acreditación o licenciamiento, estructurados e instalados nacional, regional o globalmente. Aun cuando no es motivo del presente trabajo analizar los procesos de acreditación actuales, debemos remarcar que, con el lanzamiento por la World Federation of Medical Education (WFME) en el año 2003, de sus 3 estándares globales: educación médica básica, educación en posgrado y educación continua, se catalizaron los procesos de acreditación a nivel internacional, entendidos estos como medios para asegurar la calidad de la educación superior. Esto fue acompañado de un proceso de reconocimiento de agencias de acreditación por la WFME con lo que se han allanado las condiciones para procesos internacionales de acreditación tanto en el pre como en el posgrado (Ahn, 2020; Karle, 2006), lo que está en línea con la exigencia de acreditación que ha establecido a partir de enero 2024 a todos los médicos extranjeros que apliquen a la certificación de ECFMG (WFME, 2021).

Agencias con estatus de reconocimiento:

Caribbean Accreditation Authority for Education in Medicine and Other Health Professions (CAAM-HP)	Caribbean Accreditation Authority for Education in Medicine and Other Health Professions (CAAM-HP)
Accreditation Commission on Colleges of Medicine (ACCM)	Países seleccionados del Caribe: Anguilla, Aruba, Cayman, Islands, Curacao, Dominica, Saint Kitts and Nevis, Sint Maarten, St. Vincent & the Grenadines University of Jordan Faculty of Medicine - Jordan
Mexican Board for Accreditation of Medical Education (Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM)	México Costa Rica Panamá
System of Accreditation of Medical Schools/Sistema de Acreditação de Escolas Médicas (SAEME)	Brasil

Agencias aplicando al reconocimiento:

Consejo Nacional de Acreditación (CNA)	Colombia
Instituto Acreditación Internacional (IAI)	Países seleccionados de Latinoamérica, incluyendo Panamá and Venezuela

Pero también existe un segundo proceso que valora el desempeño de las universidades, menos institucional, pero mediáticamente más visible, a través de rankings internacionales de universidades, tales como el NTU Ranking⁴⁷, el Times Higher Education⁴⁸ o el QS World University Rankings⁴⁹, entre otros. Estos rankings priorizan la generación de conocimiento con ausencia o minimización de una dimensión vinculada a la misión social. Por ejemplo, en el ranking Scimago, el 80% del peso de los indicadores, se encuentra en los rubros de investigación e innovación, y el 20% descansa en el factor social, pero el que es medido a través de altmetrics (métricas alternativas, incluyendo redes sociales), número de enlaces web de otras instituciones a la institución evaluada, y el número de páginas web en su portal, registradas por Google (Scimago Ranking Methodology, 2021).



Fig. 1 - Metodología para la obtención del Scimago Institutions Rankings. (Scimago Ranking Methodology, 2021)

47 El NTU considera 8 indicadores, todos ellos prácticamente basados en producción (artículos publicados) e impacto (citaciones). Ver <http://nturanking.csti.tw/methodology/indicators>.

48 El Times Higher Education considera los rubros de docencia, investigación, citaciones, visibilidad internacional y transferencia del conocimiento. Ver <https://www.timeshighereducation.com/world-university-rankings/world-university-rankings-2021-methodology>.

49 El QS World University Rankings considera los rubros de Reputación académica, proporción de profesores /estudiantes, citaciones, ratio de profesores Internacionales y proporción de estudiantes internacionales. Ver <https://www.topuniversities.com/qs-world-university-rankings/methodology>.

5. ¿QUÉ EVALUAR?

El punto de inicio para evaluar en qué medida es social y sanitariamente relevante un programa de formación, sería el formulado por la Organización Mundial de la Salud con respecto a la responsabilidad social⁵⁰: "...la obligación de dirigir sus actividades educativas, investigación y servicio para abordar las preocupaciones prioritarias de salud de la comunidad, región o nación a la que tienen el mandato de servir" (Boelen & Heck, 1995).

Verzeñassi et al. (2016) al recoger la experiencia de la Universidad Nacional del Rosario, proponen 3 temas como orientadores del Plan de Estudios:

- Promoción de la salud y Prevención
- Cuidados primarios
- Cultura institucional

Por su parte, Prideaux (2019) señala que son 7 las preguntas que requieren formularse las facultades de medicina para evaluar su papel y su avance en lo que hemos denominado la tercera reforma:

1. ¿Cuáles son las características demográficas de los participantes en la escuela de medicina? ¿Representan a los de la población en general?
2. ¿El programa educativo es localmente relevante y alineado?
3. ¿Existen relaciones fuertes y "simbióticas" con los servicios de salud locales?
4. ¿Se retienen los graduados en sus países de origen?

5. ¿Los graduados trabajan en áreas de necesidad de fuerza laboral?
6. ¿Cuál es el equilibrio entre la práctica privada y pública de los graduados?
7. ¿Cuál es el equilibrio entre la especialidad o la práctica de atención primaria de los graduados?

Por supuesto son preguntas que tienen un alcance mucho más allá de lo pedagógico (muy propias de la segunda reforma), e involucran un cuestionamiento a la propia misión de la institución y la relación con su entorno. Más aún, son preguntas pertinentes a cualquier universidad, grande o pequeña, históricas o de reciente creación, públicas o privadas, o inclusive de carácter lucrativo. Más allá de la naturaleza de su creación, la trayectoria histórica, o la misión declarada, las preguntas indagan en el papel de la institución formadora como actor social relevante. Esto nos lleva a revisar los conceptos de calidad replanteándolos desde la perspectiva de la misión social de la entidad formadora.

En el 2010, como se señaló anteriormente, se presentó el *Consenso Global para la Responsabilidad Social de las Escuelas de Medicina*, con 10 áreas de evaluación, como se aprecia en la Tabla 1.

⁵⁰ Acogemos la afirmación de que el término "social accountability" no es traducible al castellano en su sentido estricto de rendición de cuentas. En este texto se lo traduce por "responsabilidad social", haciendo notar que el mismo tiene limitaciones (Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools, 2010).

**Tabla 1. Indicadores seleccionados del consenso global para
responsabilidad social de las escuelas de medicina**

1. Previsión de las necesidades de salud de la sociedad, y visión y misión de la facultad de medicina

- 1.1 La escuela de medicina se guía en su desarrollo por valores básicos tales como relevancia, equidad, calidad, aplicación responsable de los recursos para las necesidades, sustentabilidad, innovación y colaboración, los cuales también deben predominar en cualquier sistema de salud.
- 1.2 La escuela de medicina reconoce diversos determinantes sociales de la salud, políticos, demográficos, epidemiológicos, culturales, económicos, ambientales, y dirige sus programas de enseñanza, investigación y servicio de acuerdo con éstos.

...

2. Asociación con el sistema de salud y los grupos de interés

- 2.1 La escuela de medicina se compromete a trabajar en asociación cercana con otros grupos principales interesados en la salud (por ejemplo quienes establecen las políticas sanitarias, las organizaciones de atención de la salud, las asociaciones profesionales y otras profesiones de la sociedad) y otros sectores para mejorar el desempeño de los sistemas de salud y elevar el estado de salud de la gente a través de su misión de docencia, investigación y servicio.

3. La evolución en el papel de los médicos y otros profesionales de la salud

- 3.1 La escuela de medicina brinda al graduado un conjunto de competencias que son consistentes con la evolución de las necesidades a las que sirve, a los sistemas de salud en los que trabajan, y a las expectativas de la sociedad...

...

- 3.3 En consonancia con las necesidades que van apareciendo en la sociedad y con los ajustes del sistema de salud, la escuela de medicina produce una variedad de especialistas apropiada en cantidad y calidad. Se le da atención prioritaria a los graduados comprometidos con la atención primaria.

- 3.4 La escuela de medicina reconoce que independientemente de la especialidad que los futuros médicos elijan, ellos deben ser explícitamente activos en salud poblacional y su coordinación con la salud individual, en promoción de la salud y en prevención de riesgos y enfermedades, en rehabilitación para pacientes y comunidades enteras. Los graduados son activos promotores de la salud y de reformas del sistema de salud.

4. Educación basada en resultados

- 4.1 La escuela de medicina recluta, selecciona y apoya a estudiantes que reflejen diversidad social y grupos desfavorecidos.
- 4.2 Todo el espectro de intervenciones educativas, incluyendo el contenido y la estructura curricular, la asignación de recursos, los métodos de enseñanza, el desarrollo do-

cente y los sistemas de evaluación, deben ser acordes a las necesidades individuales y sociales.

...

- 4.4 A los estudiantes se les ofrece un contacto temprano y longitudinal con experiencias de aprendizaje en la comunidad, tanto en la teoría como en la práctica, para entender y actuar sobre los determinantes de la salud y adquirir habilidades clínicas apropiadas...

5. Gobierno de la facultad de medicina

- 5.1 La escuela de medicina desarrolla una gobernanza y un liderazgo responsable para expresar su rol como un actor clave en el desarrollo del sistema de salud y la fuerza laboral, mediante la integración de principios de responsabilidad social, de la docencia, la investigación y el servicio.

...

6. Ámbito de incumbencia de los estándares

- 6.1 La excelencia académica es reconocida como la capacidad de brindar programas de educación, investigación y asistencia que respondan de la mejor manera a los desafíos de la salud y las necesidades de la sociedad y que produzcan impacto en la salud

...

7. Mejora de la calidad en educación, investigación y servicio

...

- 7.2 La escuela de medicina mide su progreso hacia la responsabilidad social a través de una serie de medidas, tanto cualitativas como cuantitativas, que reflejan su desempeño de acuerdo a un aporte válido y confiable y a estándares de acreditación de procesos y de logros.

8. Mecanismos de acreditación obligatorios

- 8.1 La acreditación es una poderosa fuerza para el cambio institucional y su mejora, y debe ser apoyada activamente por las autoridades académicas y nacionales de salud en todo el mundo. Todas las escuelas de medicina debieran ser acreditadas por una agencia reconocida de acuerdo a los mecanismos establecidos en cada país o región. La acreditación se lleva a cabo a intervalos regulares, con mejora(s) llevadas a cabo entre esos intervalos.
- 8.2 Los estándares y procesos de acreditación reflejan claramente los principios de responsabilidad social, al tiempo que incorporan la entrada, procesos, logros e impacto para evaluar y promover la capacidad de las escuelas de medicina para responder con eficiencia a los desafíos de salud y las necesidades de la sociedad.

...

9. Principios globales y especificidad de contexto

- 9.1 Los principios de responsabilidad social son universales: deben ser adoptados y aplicados en todo el mundo, al tiempo que incrementan la capacidad de las escuelas de medicina para usar de la mejor manera su potencial para identificar y enfrentar los desafíos de salud y las necesidades de la sociedad con un espíritu de calidad, equidad, relevancia, innovación y de uso apropiado de los recursos.

...

10. El rol de la sociedad

...

- 10.2 Los principales interesados, por ejemplo quienes hacen las políticas de salud, los gestores de los servicios de salud, los profesionales de la salud, y la sociedad civil, están representados en equipos de evaluación internos y externos, incluidos para la acreditación, ya que es deseable la rendición de cuentas a aquellos a los que se intenta servir o con quienes se trabaja. Los representantes de los grupos de interés tienen un compromiso explícito hacia valores centrales y principios de responsabilidad social.
- 10.3 Las comunidades en las que se inserta la escuela de medicina se encuestan con frecuencia para dar feedback respecto del nivel de responsabilidad social de la escuela. Este feedback respecto del estado de acreditación de la escuela debe estar disponible para la comunidad.

Sin embargo, una de las debilidades para medir y evaluar los avances en la responsabilidad social por parte de las facultades de medicina, según advierte Puschel et al. (2020), es la ausencia de instrumentos e indicadores para llevar adelante esta evaluación, especialmente adaptados a la realidad de Latinoamérica. Los autores, para salvar esta brecha, proponen recientemente un instrumento – el *Social Accountability Instrument for Latin American Medical Schools (SAIL)* o en español el *Consenso en Medicina para Promover Instituciones Socialmente responsables (COMPROMISO)* enfocado en medir los logros institucionales en 4 dominios clave de la responsabilidad social. Lo valioso de este aporte es que es un instrumento desarrollado a partir de las experiencias Latinoamericanas, y que va más allá de las dimensiones empleadas en las evaluaciones desarrolladas como parte de las acreditaciones de programas, tan extendidas en nuestros países.

Este instrumento consta de 21 ítems, con 4 dimensiones: misión y mejora de la calidad, políticas de salud pública, participación de la comunidad e integridad profesionales (Ver Tabla 2). El mismo tiene un fuerte énfasis en la contribución de las escuelas de medicina en el desarrollo de políticas públicas, así como en las estrategias de mejora de la calidad. Es importante hacer notar que las facultades participantes, que se ubicaban entre las mejores de los países seleccionados, no necesariamente alcanzaban con este instrumento el mismo nivel de desempeño, lo que mostraría que los instrumentos actuales, nacionales e internacionales, no estarían evaluando adecuadamente esta dimensión de responsabilidad social.

Tabla 2. Instrumento SAIL /COMPROMISO para evaluar la misión social

Dominio: Misión y mejora de la calidad

1. La misión de la Universidad o Institución Académica incluye una responsabilidad social inherente y estándares de excelencia relacionados con el desarrollo de la salud en el país.
2. Las Escuelas de Medicina mantienen procesos de acreditación internos y externos (a nivel internacional y nacional) diseñados para garantizar estándares de excelencia en su trabajo.
3. La Facultad de Medicina tiene una visión y misión educativa basada en las necesidades actuales y futuras de salud en el país, considerando la perspectiva de su comunidad académica local.
4. Respuesta de la Facultad de Medicina a la demanda de médicos generales y especialistas necesarios para apoyar un sistema de salud público y privado que funcione bien
5. Facultad de Medicina promueve investigación orientada en medicina traslacional y la aplicación de tecnología para el desarrollo científico de la salud en el país
6. La Facultad de Medicina implementa estrategias para estimular la formación y retención de investigadores talentosos y productivos
7. La Facultad de Medicina mantiene la educación de pregrado y posgrado para médicos y especialistas en administración y legislación de la salud
8. La Facultad de Medicina cuenta con programas para capacitar a los docentes y evaluar competencias relacionadas con la responsabilidad social.

Políticas públicas en salud

1. La Facultad de Medicina contribuye al desarrollo de políticas públicas que mejoren el estado de salud de las poblaciones.
2. Los líderes de la facultad utilizan su conocimiento técnico y el hallazgo de investigación para influir en las políticas públicas relacionadas con temas de salud relevantes para la comunidad.
3. La Facultad de Medicina considera la sostenibilidad ambiental como un aspecto relevante en la promoción del desarrollo de las comunidades locales
4. La Facultad de Medicina promueve la capacitación y generación de conocimiento en las áreas de salud pública, sistemas de salud y salud comunitaria.

Participación de la comunidad

1. La Facultad de Medicina ha desarrollado una visión de su papel social, incluida su relación con las instituciones de salud públicas y privadas y, también, con las organizaciones comunitarias.
2. La Facultad de Medicina apoya la inclusión de estudiantes vulnerables en su comunidad académica.
3. El plan de estudios médico de pregrado incluye educación en habilidades de comunicación integral para pacientes, familias y profesionales de otras disciplinas y grupos étnicos minoritarios.
4. El plan de estudios de posgrado incluye experiencias de aprendizaje tempranas y consistentes y servicio en la comunidad.
5. La Facultad de Medicina cuenta con un sistema de mejora continua para su currículo que incorpora el servicio social en salud.

Integridad profesional

1. La Facultad de Medicina valora la integridad profesional y el compromiso social en la selección académica y la promoción de los profesores.
2. La Escuela de Medicina previene, detecta y castiga activamente todas las formas de abuso y discriminación, apoyando a las víctimas potenciales.
3. La Escuela de Medicina se centra en la formación de profesionales competentes, con una fuerte formación en ciencia y ética, conscientes del papel social.
4. La Escuela de Medicina tiene iniciativas de capacitación para la educación interdisciplinaria para sus estudiantes y profesores.

Ref.: Puschel et al. (2020)

6. DOS TEMAS ESPECÍFICOS QUE REQUIEREN SER EVALUADOS EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

Dos temas que requieren ser parte de este proceso evaluativo, particularmente en nuestra región latinoamericana, muy rica, pero también diversa y compleja, cultural y socialmente.

Humanidades en educación médica

De acuerdo con Batistatou et al. (2010), las humanidades médicas son un campo multidisciplinario, que consta de humanidades (teoría de la literatura y las artes, filosofía, ética, historia y teología), ciencias sociales (antropología, psicología y sociología) y artes (literatura, teatro, cine, música y artes visuales).

“...Las humanidades han sido expulsadas de la educación médica...” decía Javier Santacruz en Setiembre del 2021 (Facultad de Medicina

- Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2021). La educación médica es hoy sobrecargada por una mirada biomédica, que se expresa en cursos y créditos académicos, que crea, recrea e incorpora nuevas metodologías, tales como la simulación y la realidad virtual, enfatizando en el desarrollo de conocimientos y habilidades técnicas. El enfoque formativo, en la amplia mayoría de nuestras facultades, se fundamenta, o declara fundamentarse, en una medicina basada en evidencias y un enfoque orientado a dar solución a los problemas clínicos. Se enfatiza en el abordaje “técnico” de la enfermedad y no en la dimensión humanitaria (bio-psico-social) de la persona, haciendo que el “riesgo de perder la humanidad en la práctica médica se torna real” (Batistatou et al., 2010).

Este tema tiene una relevancia central en nuestros países, y por lo tanto en nuestras instituciones universitarias y sus programas de formación. Formamos al profesional, pero también a la persona, al ciudadano, y a los líderes de la comunidad, llamados a contribuir al desarrollo social de su comunidad. Está en gran medida ausente en los procesos de evaluación, ya sea a través de la acreditación y por supuesto no es considerado en los rankings de universidades.

Medicina Alternativa y Complementaria

Diversas publicaciones han enfatizado en la amplia utilización de productos naturales, categorizados de diferente manera, como medicina natural, alternativa o complementaria. Nuestros profesionales deben conocer el sustento científico, pero también el contexto social y cultural en que estas opciones se utilizan. Es llamativo, que la opinión al respecto por parte de los estudiantes tiende a ser positiva, especialmente en los momentos preclínicos de formación, llevando a proponer que sus contenidos

debiesen ser incorporados como parte del currículo, en convergencia con la medicina convencional. La práctica clínica de estos estudiantes incide en el desarrollo de un desapego a estas opiniones. Un punto aparte es el de la influencia que la religiosidad puede tener en esta apreciación (Joyce et al., 2016).

7. INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN MÉDICA

La investigación en educación médica es una valiosa herramienta no solo para generar conocimiento, sino también para legitimar enfoques, estrategias y cambios (Majumder et al., 2004). Sin embargo, la debilidad existente en este campo es muy grande, y el desarrollo de estas investigaciones y su impacto en las políticas institucionales es aún débil.

Una debilidad fundamental de esta investigación es que se ha enfocado en reportar los resultados en los participantes, docentes o estudiantes, y no en términos de resultados en los pacientes, los receptores de la atención o el cuidado de la salud, o la propia comunidad. Más aún esta investigación suele privilegiar métodos cuantitativos, y poco frecuentemente cualitativos, privándose de las posibilidades de profundizar en las complejidades que los procesos de enseñanza – aprendizaje involucra, como por ejemplo en las tensiones globales-locales en educación médica y en los resultados de esta interacción (Boet et al., 2012; Prideaux, 2019).

De igual manera, un valioso terreno que en gran medida aún está por investigar es la medición de los logros en la dimensión de la responsabilidad social, principalmente producto de la limitada o nula disponibilidad de instrumentos pertinentes culturalmente a nuestro contexto regional, o los existentes sin haber mostrado validez y confiabilidad (Leinster, 2011; Puschel et al., 2020).

Preston et al. (2016) plantea la necesidad de ampliar la comprensión teórica de la responsabilidad social con el fin de permitir una apropiación e implementación en las facultades de medicina.

En la misma línea, Reeve et al. (2017) realizan una revisión sistemática del impacto de la educación de profesionales de la salud con un enfoque de responsabilidad social, encontrando limitada investigación, estudios fundamentalmente descriptivos, con limitaciones metodológicas y un solo estudio aleatorizado. El tema es particularmente relevante, pero también complejo, en Latinoamérica, como señala (Puschel et al., 2020), dado los niveles de inequidad y diversidad cultural existente y en gran medida por explorar en las investigaciones que se requieren desarrollar.

8. COROLARIO

La evaluación de la relevancia social y sanitaria de los cursos de pregrado está estrechamente vinculada al modelo de educación médica que se ha construido dialéctica e históricamente y que enfrenta tensiones entre un desarrollo global y un escenario local. La Declaración de Edimburgo se constituye en el referente principal de la tercera reforma, y los desarrollos teóricos e instrumentales recientes, procuran viabilizar la medición y evaluación de logros en este terreno. Experiencias exitosas orientadas a fortalecer la misión social de la universidad y sus programas formativos muestran que este es un camino viable, no sin dificultades, en Latinoamérica, y la evaluación que se realice puede constituirse en un importante acicate, catalizando estos procesos de cambio.

REFERÊNCIAS

- Ahn, D.-S. (2020). Current Trend of Accreditation within Medical Education. *Korean Medical Education Review*, 22(1), 9–15. <https://doi.org/10.17496/kmer.2020.22.1.9>
- Batistatou, A., Doulis, E. A., Tiniakos, D., Anogiannaki, A., & Charalabopoulos, K. (2010). The introduction of medical humanities in the undergraduate curriculum of Greek medical schools: challenge and necessity. *Hippokratia*, 14(4), 241–243. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21311630>
- Boelen, C., Blouin, D., Gibbs, T., & Woollard, R. (2019). Accrediting excellence for a medical school's impact on population health. *Education for Health: Change in Learning and Practice*, 32(1), 41–48. https://doi.org/10.4103/efh.EfH_204_19
- Boelen, C., & Heck, J. (1995). Defining and Measuring the Social Accountability of Medical Schools. http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HRH_95.7.pdf
- Boet, S., Sharma, S., Goldman, J., & Reeves, S. (2012). Review article: Medical education research: An overview of methods. In *Canadian Journal of Anesthesia* (Vol. 59, Issue 2, pp. 159–170). <https://doi.org/10.1007/s12630-011-9635-y>
- Facultad de Medicina - Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (2021, September 9). Simposio: Estudios Generales en la Universidad. Formando a la persona y al Profesional. https://www.youtube.com/watch?v=e7WkgskFlt4&ab_channel=SanFernandoTV
- Flexner, A., & Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. (1972). *Medical education in the United States and Canada; a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Arno Press.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* (London, England), 376(9756), 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Gibbs, T., & McLean, M. (2011). Creating equal opportunities: The social accountability of medical education. *Medical Teacher*, 33(8), 620–625. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.558537>
- Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools. (2010). <file:///C:/Users/Manuel%20N%C3%BA%20C3%B1ez/Downloads/11-06-03-SPANISH-pdf-style.pdf>
- Guimarães, B., Dourado, L., Tsisar, S., Diniz, J. M., Madeira, M. D., & Ferreira, M. A. (2017). Repensar a anatomia: Como superar os desafios da evolução da educação médica. In *Acta Medica Portuguesa* (Vol. 30, Issue 2, pp. 134–140). CELOM. <https://doi.org/10.20344/amp.8404>
- Harden, R. M. (2006). International Medical Education and Future Directions: A Global Perspective. *Academic Medicine*, 81(Supplement), S22–S29. <https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000243411.19573.58>
- Hays, R. (2018). Including health promotion and illness prevention in medical education: a progress report. *Medical Education*, 52(1), 68–77. <https://doi.org/10.1111/medu.13389>
- Jason, H. (2018). Future medical education: Preparing, priorities, possibilities. *Medical Teacher*, 40(10), 996–1003. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1503412>
- Joyce, P., Wardle, J., & Zaslowski, C. (2016). Medical student attitudes towards complementary and alternative medicine (CAM) in medical education: A critical review. In *Journal of Complementary and Integrative Medicine* (Vol. 13, Issue 4, pp. 333–345). Walter de Gruyter GmbH. <https://doi.org/10.1515/jcim-2014-0053>
- Karle, H. (2006). Global Standards and Accreditation in Medical Education: A View from the WFME. *Academic Medicine*, 81(Supplement), S43–S48. <https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000243383.71047.c4>
- Kaufman, A. (2016). Beyond flexner alliance: Social mission in health professions education. *Education for Health* (Abingdon, England), 29(3), 277–278. https://doi.org/10.4103/efh.EfH_345_16
- Leinster, S. (2011). Evaluation and assessment of social accountability in medical schools. *Medical Teacher*, 33(8), 673–676. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.590253>
- Majumder, M., Bangladesh, M. (, & Australia, M. ((2004). Issues and Priorities of Medical Education Research in Asia. In *Research in Medical Education in Asia-MAA Majumder Ann Acad Med* (Vol. 33, Issue 2).
- McLean, M., McKimm, J., & Gibbs, T. (2017). Medical education in difficult circumstances: A global responsibility to contribute. In *Medical Teacher* (Vol. 39, Issue 1, pp. 4–6). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1254758>
- OMS. (1978). Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud - 6 al 12 de Septiembre de 1978.
- Preston, R., Larkins, S., Taylor, J., & Judd, J. (2016). From personal to global: Understandings of social accountability from stakeholders at four medical schools. *Medical Teacher*, 38(10),

987–994. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1114596>

Prideaux, D. (2019). The global–local tension in medical education: turning ‘think global, act local’ on its head? *Medical Education*, 53(1), 25–31. <https://doi.org/10.1111/medu.13630>

Puschel, K., Riquelme, A., Sapag, J., Moore, P., Díaz, L. A., Fuentes–López, E., Burdick, W., Norcini, J., Jiménez de la Jara, J., Campos, H., Valdez, J. E., Llosa, M. P., Lamus-Lemus, F., Yulitta, H., & Grez, M. (2020). Academic excellence in Latin America: Social accountability of medical schools. *Medical Teacher*, 42(8), 929–936. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1770712>

Reeve, C., Woolley, T., Ross, S. J., Mohammadi, L., Halili, S. “Ben,” Cristobal, F., Siega-Sur, J. L. J., & Neusy, A. J. (2017). The impact of socially-accountable health professional education: A systematic review of the literature. *Medical Teacher*, 39(1), 67–73. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1231914>

Romani, F. (2019). From Claude Bernard to Telémaco Battistini: Experimental medicine in the birth of the scientific journal of the Peruvian National Institute of Health. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(3), 530–534. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2019.363.4512>

Scimago Ranking Methodology. (2021). <https://www.scimagoir.com/methodology.php>

Vásquez-Sullca, R. R., Saco-Méndez, S., & Pereira-Victorio, C. J. (2013). EL INTERNADO RURAL COMO ACERCAMIENTO A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 30(2), 344–364. www.ins.gob.pe

Verzeñassi, D., Vallini, A., & Palacios, G. (2016). Medical Schools Based on Principles of Community Responsibility in Argentina. *Academic Medicine*, 91(5), 612. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001154>

Villegas, E. M., Arango Rave, Á. M., & Aguirre Muñoz, C. (2007). La renovación curricular en el programa de Medicina de la Universidad de Antioquia. *IATREIA*, 20(4), 422–440.

WFME. (2021). ECFMG 2023 policy - World Federation for Medical Education.

World Federation of Medical Education. (1988). The Edinburgh Declaration . *Journal of the Royal Society of Medicine*, 22(5), 481. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2923.1988.TB00788.X>

World Health Organization. (2016). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1

SOBRE OS AUTORES E AUTORAS

Alcindo Antônio Ferla

Graduado em medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1996) e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2002). Atualmente é Professor Associado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), atuando no Curso de Bacharelado e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Também atua como professor no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará (UFPA), como professor no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), como pesquisador visitante do Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz/FAPEAM, como pesquisador visitante na Alma Mater Studiorum - Università Di Bologna / Centro de Saúde Internacional e Intercultural e como pesquisador convidado no Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, da Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Líder do Grupo de Pesquisas Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde Coletiva (Rede Interstício). Membro Titular da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações do Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CIRHRT) e da Câmara Técnica de Pesquisas do Conselho Nacional de Saúde. Tem experiência nas áreas de Saúde Coletiva e Educação, atuando principalmente nos seguintes temas: integralidade em saúde, informação e comunicação em saúde, atenção à saúde, educação permanente em saúde, ensino e educação e saúde, trabalho em saúde, modelagens tecnoassistenciais em saúde e saúde suplementar.

Ana Estela Haddad

Graduada em Odontologia pela Universidade de São Paulo (1988), Especialista em Odontopediatria pela Fundect-FOUSP (1992), Mestre (1997), Doutora em Ciências Odontológicas (2001), Livre-Docente (2011) pela Universidade de São Paulo. Professora Associada 3 do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP). Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da FOUSP. Foi Assessora do Ministro da Educação (2003-2005), tendo sido uma das idealizadoras e participado da implementação do Programa Universidade para Todos (PRÓUNI). Nesse período, atuou também nos trabalhos relacionados à promulgação da Lei nº 10.861/2004, que criou o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e a Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES). Ocupou no Ministério da Saúde o cargo de Diretora de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), de 2005 a 2010, tendo coordenado a idealização e a implementação do Pró-Saúde, Telessaúde Brasil, Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNR-MS), Política Nacional de Educação Permanente na Saúde, Programa de Educação pelo Trabalho em saúde - PET Saúde, Programa de Expansão e Regulação das Residências Médica e Multiprofissional em Saúde (Pró-Residência), REVALIDA (Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos). Em 2011 ocupou o cargo de Diretora de Programas e Secretária Substituta da SGTES. Foi membro representante suplente do Brasil no Comitê Assessor Internacional da BIREME/OPAS (2012), membro da Subcomissão de Revalidação de Diplomas Médicos (2007-2014). Foi membro da Comissão de Área de Avaliação da CAPES - Odontologia (Mestrados Profissionais) - 2013-2017. Foi Vice Presidente do Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde - CBTms (gestão 2014-2015)

e Diretora de Relações Institucionais da Associação Brasileira de Telemedicina e Telessaúde (ABTms) - 2017-1019. Atualmente é membro do Comitê Assessor da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). É membro do Grupo SAITE (Saúde, Inovação, Tecnologia e Educação) de Pesquisa do CNPq. Linhas de pesquisa: Educação Superior na Saúde, Educação Permanente na Saúde, Força de Trabalho em Saúde, Políticas públicas de educação e de saúde, Primeira Infância, Telessaúde, Teleodontologia, Educação mediada por tecnologias, Políticas públicas. É Coordenadora Adjunta do Núcleo de Apoio à Pesquisa em Políticas Públicas para a Metrópole (NAP Escola da Metrópole) e Coordenadora da Estação FOUSSP-ABENO da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (Ministério da Saúde/OPAS). É uma das representantes do Brasil na Red de Lideres por la Primera Infancia (Rede Latino Americana, integrada por líderes de 28 países), convidada pela ex-Presidente do Chile Michelle Bachelet.

Francisca Valda da Silva

Mestre em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN (Natal/RN, 1992). Pertence à categoria de Professor do Magistério Superior Classe C - Adjunto. Especialização em Metodologia do Ensino e da Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, em convênio com o MEC/DAU (João Pessoa/PB, 1977). Curso sobre - Gobierno y Planificación, nível Alta Dirección (Isla Negra/Chile, 1977). Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (Fortaleza/CE, 1973). Aposentada (Abril de 2003). Na UFRN desenvolveu atividades de Ensino (graduação e na especialização), Pesquisa e Extensão. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem (1979-1981 e 1981-1983), Chefe do Departamento de Enfermagem (1992-1994). Participação em Comissões de Estudos Curriculares do Curso de Graduação

em Enfermagem e Obstetrícia da UFRN e no Colegiado do Curso de graduação em Enfermagem da UFRN (1979-1983 e 2001-2003). Coordenação de Programas de Monitoria, Orientação de Projetos de Iniciação Científica. Participação como pesquisadora na Pesquisa multicêntrica sobre - A prática da enfermagem nas instituições de saúde do País? promovida pelo COFEN/ABEn (1983). Participou da equipe de Implantação da Pós Graduação em Enfermagem no Nordeste, Curso de Doutorado? (1992-1993). Coordenadora da pesquisa - Análise do processo de construção coletiva da proposta de currículo do curso de graduação em enfermagem da UFRN - junto a PPPG-UFRN (1994-1995). Coordenação do Programa de Extensão -Uma Nova Iniciativa na Educação de Profissionais de Saúde em união com a comunidade? envolvendo os departamentos de enfermagem, odontologia, fisioterapia, nutrição, farmácia, medicina, psicologia e educação física. Integrou a Comissão de Estudos do CCS/UFRN de elaboração de diretrizes curriculares para os cursos de graduação do CCS-UFRN, na perspectiva da formação interprofissional em saúde. Integrei a equipe de docentes da disciplina - Saúde e Cidadania – SACI- do departamento de saúde coletiva - DSC (2002.1-2004.1). Atuei como consultor ad hoc na avaliação de projetos com aplicação de recursos do FAP junto a Pro Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação - PPPG (1992). Tem experiência com ensino de graduação e especialização, capacitação de docentes, estudos curriculares e participação em bancas de concurso público para professor da UERN). Membro da equipe de pesquisadores da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada pela Fiocruz com financiamento do Cofen (2012-2014). Coordenação da Rede Unida Regional Nordeste 1 (2016-2018). Participação como Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn Nacional (2001-2004 e 2004-2007). Conselheira Titular representando a ABEn no Conselho Nacional de Saúde - CNS (2003-2007 e 2016-2018). Tem ainda experiência na Gestão do SUS: 1) direção do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - DGTES na equipe da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de

Natal - SMS-Natal (2013-2015) e na Subcoordenadora de Capacitação da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte - SUCA-SESAP-RN (2015-2016). Participação Comissão Organizadora da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres - 2ª CNSMu e da Coordenação da Relatoria da 2ª CNSMu. Membro do GT DCN Saúde da Comissão Inter setorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho - CIRHRT/CNS (2017). Atua como Coordenação Adjunta da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/CNS (2016/2018) e da Comissão Inter setorial de Saúde das Mulheres - CISMU (novembro de 2017-2018. Integra o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRN - NESCUFRN.

Francisco Eduardo de Campos

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1974), mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1977) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1985). Se aposentou como professor titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. É atualmente Especialista em Políticas de Desenvolvimento Científico e Tecnológico da FIOCRUZ e implantou e exerceu a Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS entre 2011 e 2017. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase no campo do Desenvolvimento de Recursos Humanos. Foi consultor permanente da Organização Pan-Americana da Saúde em Washington e temporário da Organização Mundial da Saúde em Genebra. Representante adjunto do Brasil no Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde, entre 2008 e 2011. Atuou como membro do Board da “Global Health Workforce Alliance” (2006-2013) e do Board da “Ministerial Leadership Initiative” da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de Harvard entre 2011 e 2014. Entre julho de 2005 e janeiro de 2011 foi Secretário da Educação da Gestão e do Trabalho na Saúde do Ministério da Saúde e

coordenador da Comissão Interministerial da Gestão da Educação Na Saúde. Recebeu as Medalha do Mérito Oswaldo Cruz categoria ouro e Grande Oficial da Ordem do Mérito Médico por Decretos Presidenciais. Fez parte da direção do CEBES e da ABRASCO em distintos períodos.

Janáina Regina Bosso

Graduada em Fonoaudiologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo (2004), mestrado em Neurociências e Comportamento pelo Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo (2009) e doutorado em Bases Gerais da Cirurgia pelo Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo (2019). Atualmente, é docente e coordenadora do Curso de Fonoaudiologia das Faculdades Integradas de Fernandópolis. Tem experiência na área de Fonoaudiologia, com ênfase em Audiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: processamento auditivo central (avaliação e treinamento auditivo), neuroaudiologia (eletrofisiologia da audição), aparelhos de amplificação sonora individual, reabilitação auditiva, avaliação vocal e comunicação assertiva.

José Francisco Marroquín

Exdirector Nacional de Educación Superior y Ex Vicerrector.

Manuel Núñez Vergara

Profesor de la Facultad de Medicina y miembro del Grupo de Investigación en Sistemas de Salud – SYSTEMIC – Universidad Nacional Mayor de San Marcos; ex Director Nacional de Recursos Humanos del Ministerio de Salud – Perú, y actualmente Secretario Ejecutivo de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM).

María Ángela Elías Marroquín

Colaboradora de Investigación. Observatorio de Políticas Públicas y Salud. Universidad de El Salvador. Exdirectora de Desarrollo de Recursos Humanos, Ministerio de Salud.

Maisa Beltrame Pedroso

Graduada em Nutrição. Mestrado e Doutorado em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação na Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Bolsista da CAPES/CNPq, para estágio doutoral na Universidade do Porto, Portugal (2010). Tem experiência na área de Ensino Superior e Gestão Universitária, atuando como Coordenadora Executiva do Curso de Nutrição da Universidade do Vale do Rio dos Sinos de 1995 a 2011. Atuou na elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Nutrição. Membro da Comissão de Avaliação das Condições de Ensino da área de Nutrição do INEP/MEC entre 2003 e 2005. Especialista em Saúde. Coordenadora da Política de Alimentação e Nutrição da Secretaria da Saúde do RS, de 2015 a 2019. Tem experiência nas áreas de Nutrição e Saúde Coletiva com ênfase em: Educação na Saúde, Políticas Públicas, atuando principalmente nos seguintes temas: formação no ensino superior; políticas públicas de saúde, educação e saúde; educação alimentar e nutricional; e avaliação nutricional.

Manuelle Maria Marques Matias

Doutora e Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ (IMS/UERJ). Atualmente é aluna do Curso de Maestría en Estado, Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais - Flacso

Brasil. Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, Sobral/CE. Egressa do VER-SUS Brasil. Trabalhou como gerente do Centro de Saúde da Família Sinhá Sabóia em Sobral/CE. Foi docente temporária do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Campus Macaé. Atualmente é Conselheira Nacional de Saúde e Coordenadora adjunta da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT/CNS). Tem se dedicado a pesquisa na área de Saúde Coletiva com ênfase em atenção primária à saúde, gestão, educação permanente em saúde, trabalho em saúde, análise de políticas públicas, participação e controle social no Brasil e América Latina.

María Helena Machado

Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Minas Gerais (1980), Mestrado em Ciência Política pela Universidade Federal de Minas Gerais (1982) e Doutorado em Sociologia pela IUPERJ (1996). Atualmente é pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Foi Diretora do Departamento de Gestão do Trabalho e Regulação em Saúde-DEGERTS do Ministério da Saúde em duas gestões: Jan/2003-dezembro/2010. É Coordenadora do NERHUS- DAPS e do ObservaRH-ENSP, da Rede de Observatórios de RH- MS/OPAS. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Sociologia das Profissões, atuando principalmente nos seguintes temas: mercado de trabalho, Condições de Trabalho, perfil profissional gestão do trabalho, regulação do trabalho no Brasil, Mercosul e Regiões de Fronteira. Também está na coordenação geral das pesquisas: “Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19 no Brasil” e “Trabalhadores invisíveis da Saúde: Condições de Trabalho e Saúde Mental no Contexto da Covid-19 no Brasil” promovida pe-

las Vice Presidências de Produção e Inovação em Saúde (VPPIS), Pesquisa e Coleções Biológicas (VPPCB) e Gestão e Desenvolvimento Institucional (VPGDI) da Fundação Oswaldo Cruz

Mário Uriarte Neto

Graduado em Odontologia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (1986); Especialização em Educação para o Magistério Superior (Universidade do Vale do Itajaí/UNIVALI, 1991); Especialização em Periodontia (FOB/USP/Bauru - 1993); Especialização em Odontologia do Trabalho (Conselho Federal de Odontologia, 2005); Mestre em Engenharia de Produção - área de concentração: Ergonomia (Universidade Federal de Santa Catarina, 1999); Doutor em Engenharia de Produção - Ergonomia (Universidade Federal de Santa Catarina (2004). No Curso de Odontologia da Universidade do Vale do Itajaí/UNIVALI, cujo ingresso ocorreu em fevereiro de 1991, foi docente nas disciplinas de Desenho e Escultura Dental, Ergonomia e Clínica Integrada; integrou o Grupo de Pesquisa: Atenção à saúde individual e coletiva em Odontologia; de julho de 2000 a janeiro de 2012 foi coordenador do Curso de Odontologia da UNIVALI; de fevereiro de 2012 a março de 2013 integrou a equipe da Gerência de Ensino e Avaliação da Pró-Reitoria de Ensino/UNIVALI; de abril de 2013 a março de 2014 atuou como Apoio Pedagógico do Centro de Ciências da Saúde/CCS/UNIVALI; e esteve como Diretor do Centro de Ciências da Saúde de 01 de abril de 2014 a 27 de março de 2018. Esteve vinculado à Universidade do Vale do Itajaí de fevereiro de 1991 a maio de 2018. É membro da Associação Brasileira de Ensino Odontológico/ABENO desde 2000; na qual integrou a Comissão de Ensino da ABENO de 2010 a 2014; foi Vice-Presidente na gestão 2014-2018 e na atual gestão da ABENO é Vice-Presidente. Atualmente é representante da ABENO na Câmara Técnica da Comissão Interse-

torial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde. Integra o grupo de avaliadores do INEP/MEC e do Sistema ARCU-SUL. É membro Titular da Academia Catarinense de Odontologia, cadeira nº 20. Integra o Grupo de Pesquisa Estação Observa RH da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), em parceria com a ABENO. Compõe a Rede Colaborativa de pesquisadores da pesquisa multicêntrica “Biossegurança em Odontologia para o enfrentamento da Covid-19: análise das práticas e formulação de estratégias”, integrada por representantes de Instituições de Ensino Superior dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. É membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Interdisciplinaridade, Educação e Saúde (GIS/UFSC). Está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, realizando Estágio Pós-Doutoral, supervisionado pela Profa. Dra. Daniela Lemos Carcereri. Tem experiência na área de Formação de Recursos Humanos em Odontologia, Ensino na Saúde e Ergonomia na Odontologia.

Marina Martins Pereira Padovani

Possui graduação em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de São Paulo (1997), especialista em Voz pelo CFFa, Mestrado e Doutorado em Ciências (Fonoaudiologia) pela Universidade Federal de São Paulo (2005 e 2011). Atualmente é professora do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP e do Mestrado em Saúde da Comunicação Humana da mesma Instituição. Foi docente por 8 anos do Curso de Fonoaudiologia da FMU/Rede Laureate. É professora e pesquisadora do CENTRO DE ESTUDOS DA VOZ, membro sócio e presidente da Comissão de Ensino da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, gestão 2017-19. Atua como fonoaudióloga clínica, principalmente nas áreas de

expressividade e comunicação e em transtornos neurológicos/motores da Fala, câncer de cabeça e pescoço, com enfoque em fala, voz, deglutição e cognição.

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.

Mônica de Rezende

Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Possui graduação em Fisioterapia pelo Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação (IBMR), especialização e mestrado em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Professora adjunta do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (MPS/ISC/UFF). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFF). Membro do grupo de pesquisa “Caminhos para Análise de Políticas de Saúde”. Experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: gestão do trabalho e da educação na saúde, formação de profissionais da saúde, análise e avaliação de políticas e programas sociais e Atenção Básica (Estratégia Saúde da Família e Apoio Matricial).

Patrícia Leme de Oliveira Borba

Possui graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos (2004), mestrado em Educação pela Universidade Federal de São Carlos (2008), doutorado em Educação pela Universidade Federal de São Carlos (2012) e pós-doutorado em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos (2020/PNPD/CAPES). Licença Maternidade de novembro-2014 a maio-2015 e maio-2019 a outubro-2019. Atualmente é Professora Associada I da Universidade Federal de São Paulo no Departamento Saúde, Educação e Sociedade no Curso de Terapia Ocupacional. Credenciada no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. Coordenadora do Projeto METUIA/UNIFESP e cocoordenadora do Projeto de Extensão ‘Juventudes & Funk na Baixada Santista: Territórios, Redes, Saúde e Educação’. Tem experiência na área de Terapia Ocupacional Social e Educação, com ênfase em Escolas Públicas e Educação Não-Formal, atuando principalmente nos seguintes temas: juventudes/adolescência tecnologias sociais e fundamentos históricos e epistemológicos da terapia ocupacional.

Rafael Garcia Barreiro

Doutor pelo Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (2019), Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (2014), possui graduação

em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Paulo (2011). Tem como foco sua pesquisa em Juventudes, Internet e Mídias Digitais, Espaços Públicos, Ações Culturais, Cotidiano e Terapia Ocupacional Social. Atualmente é Professor Adjunto I da Universidade de Brasília (UnB) e está na presidência da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional – RENETO.

Rosibeth del Carmen Muñoz Palm

Terapeuta Ocupacional graduada pela PUC-Campinas em 1980. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná em 2014. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 2001. Especialista em Planejamento e Gerenciamento em Saúde pela PUC-Campinas, em 1992. Tem desenvolvido inúmeras atividades ligadas a formação de Terapeutas Ocupacionais no Ensino Superior. Foi docente da Faculdade de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas no período de 1981 a 2008. Docente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná em regime de Dedicção Exclusiva a partir de 2008. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, a partir de 2015. Participou da gestão da Confederação Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionais no período de 2000 a 2011 e do Colegiado da Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais - ABRATO no período de 1999 a 2011. Membro da Diretoria Ampliada da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO) desde 2012. Vice Presidente da RENETO no período de 2016-2018. Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional da UFPR, (2018 -2020). Membro do Banco de Avaliadores (Basis) do INEP/MEC.

Ruben Araujo de Mattos (*in memorian*)

Possui graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1981), mestrado em Medicina Área de Concentração Medicina Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1988) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2000). Atualmente é professor associado da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Políticas Públicas, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas de saúde, práticas de saúde, integralidade do cuidado, planejamento de saúde e políticas públicas. (Texto informado pelo autor)
Nota: Transcrição literal da página do CV Lattes, última atualização em 18/08/2020. (<http://lattes.cnpq.br/5813862906022002>)

Ruth Ribeiro Bittencourt

Graduada em Serviço Social. Possui mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco(2000). Atualmente é Professor universitário da Universidade Estadual do Ceará. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social Aplicado.

Tatiana Vargas de Faria Baptista

Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. Integra o Grupo de Pesquisa - Estado, Proteção Social e Políticas de Saúde? da ENSP/

FIOCRUZ. Integra e coordena, juntamente com Ruben Mattos (IMS/Uerj), o grupo Caminhos para Análise de Políticas na Saúde. Desenvolve atividades de docência e pesquisa nos temas: história da saúde, saúde coletiva e reforma sanitária; análise de políticas públicas, sistema político e saúde, relações entre Poderes na saúde, com ênfase no Poder Legislativo. Na dissertação de mestrado analisou o processo decisório que envolveu a definição do conceito de seguridade social e o capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988. Na Tese de Doutorado analisou a legislação federal em saúde aprovada no período de 1990 a 2002 e as políticas definidas pelo Ministério da Saúde e sua relação com a legislação aprovada no mesmo período. As principais linhas de pesquisa em desenvolvimento são: História da Reforma Sanitária e Linhagens do Pensamento Sanitário Brasileiro; Relações entre Poderes, políticas e sistemas de saúde e Formulação e implementação de políticas públicas e saúde.

Sônia Maria Lemos

Graduada em Psicologia pela Universidade de Passo Fundo (1986), Especialização em Saúde Coletiva pela Universidade de Cruz Alta (1999), Especialização em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia (2002) mestrado em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (2009), doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social-IMS/UERJ - Dinter UERJ/UEA (2019). Professora Assistente da Universidade do Estado do Amazonas. Atualmente é membro da Câmara Técnica da CIRHRT/ CNS. Membro da Diretoria ampliada da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia, Membro da Comissão Própria

de Avaliação-CPA, da Universidade do Estado do Amazonas. Tem experiência na área da Psicologia e da Saúde Coletiva, com ênfase em Programas de Atendimento Comunitário, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde pública, saúde mental, vulnerabilidade, ambiente, formação e ethos socioambiental.

Stella Maris Nicolau

Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade de São Paulo-USP (1988), mestre em Psicologia Social pela USP (2003), doutora (2012) e pós doutora (2019) em Ciências pelo Programa de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Terapeuta ocupacional da Prefeitura do Município de São Paulo de 1990 a 2009. Foi docente do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) entre 2009 e 2014. Atualmente é professora associada do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Campus Baixada Santista. Tem experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, ensino em Saúde e Saúde Coletiva, com ênfase no ensino em ciências da saúde, saúde das pessoas com deficiência, reabilitação baseada na comunidade, deficiência, gênero e direitos humanos. Orientadora no mestrado profissional do Programa de Ensino em Ciências da Saúde na UNIFESP, É membro do LEPETS (Laboratório de Estudos e Pesquisas sobre Formação e Trabalho em Saúde) da UNIFESP, campus Baixada Santista, e do Laboratório de Estudos em Reabilitação com Ênfase no Território do curso de graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Vera Lúcia Garcia

Possui graduação em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de São Paulo (1986); mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana (Fonoaudiologia) pela Universidade Federal de São Paulo (1996) e doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana (Fonoaudiologia) pela Universidade Federal de São Paulo (2001). Presidente da comissão permanente de ensino da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia de 2012 a 2016. Editora assistente de Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Tem experiência na área de Fonoaudiologia e Ensino na Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: linguagem, processamento auditivo, avaliação, deficiência auditiva, audiologia e formação na área da saúde, formação interprofissional, metodologias ativas e qualidade de vida do estudante. É membro da secretaria executiva e colegiado do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS) representando a SBFa. É professor convidado do Programa FAIMER Brasil para Formação Docente na Área de Saúde da Universidade Federal do Ceará. Facilitadora e Gestora de Aprendizagem do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês desde 2013. Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Max Planck - Indaiatuba, desde 2019.

ÍNDICE REMISSIVO

- A**
- América Latina 15, 49, 71, 90, 112
 - Análise Documental 15, 49, 71, 90, 112
 - Aprendizagem Colaborativa 15, 49, 71, 90, 112
 - Associação de Classe 15, 49, 71, 90, 112
 - Associação de Ensino 15
 - Atenção Primária em Saúde 15, 49, 71, 90, 112
 - Atividades Práticas 15, 49, 71, 90, 112
 - Ato Regulatório 15
 - Autorização 15
 - Avaliação 15, 49, 71, 90, 112
- C**
- Carga Horária Mínima 15, 49, 71, 90, 112
 - Cenários de Aprendizagem 15, 49, 71, 90, 112
 - Cenários de Práticas 15, 49, 71, 90, 112
 - Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho 15, 49, 71, 90, 112
 - Comissão Nacional de Residência Médica 15, 49, 71, 90, 112
 - Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde 15, 49, 71, 90, 112
 - Comissões de Especialistas 15, 49, 71, 90, 112
 - Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde 15, 49, 71, 90, 112
 - Componentes Curriculares 15, 49, 71, 90, 112
 - Conferências de Saúde 15, 49, 71, 90, 112
 - Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde 15, 49, 71, 90, 112
 - Conselho dos Secretários Municipais de Saúde 15, 49, 71, 90, 112
 - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 15, 49, 71, 90, 112
 - Conselho Federal de Fonoaudiologia 15, 49, 71, 90, 112
 - Conselho Federal de Medicina 15, 49, 71, 90, 112
 - Conselho Municipal de Saúde 15, 49, 71, 90, 112
 - Conselho Nacional de Saúde 15, 49, 71, 90, 112
 - Conselhos Federais 15, 49, 71, 90, 112
 - Contexto Social 15, 49, 71, 90, 112
 - Controle Social 15, 49, 71, 90, 112
 - COVID-19 15, 49, 71, 90, 112
 - Cursos de Graduação na área da Saúde 15, 49, 71, 90, 112
- D**
- Defesa da vida 15, 49, 71, 90, 112
 - Defesa do SUS 15, 49, 71, 90, 112
 - Departamento de Gestão da Educação na Saúde 15, 49, 71, 90, 112
 - Direitos das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida 15, 49, 71, 90, 112
 - Direitos humanos 15, 49, 71, 90, 112
 - Direitos Humanos 15, 49, 71, 90, 112
 - Direitos Sociais 15, 49, 71, 90, 112
 - Diretrizes 15, 49, 71, 90, 112
 - Diretrizes Curriculares Nacionais 15, 49, 71, 90, 112
- E**
- Educação Ambiental 15, 49, 71, 90, 112
 - Educação das Relações Étnico-Raciais 15, 49, 71, 90, 112
 - Educação e Comunicação em Saúde 15, 49, 71, 90, 112
 - Educação na Saúde 15, 49, 71, 90, 112
 - Educação Permanente 15, 49, 71, 90, 112
 - Eixos de avaliação 15, 49, 71, 90, 112
 - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares 15, 49, 71, 90, 112
 - Enfermagem 15, 49, 71, 90, 112
 - Ensino Remoto Emergencial 15, 49, 71, 90, 112
 - Ensino-Serviço 15, 49, 71, 90, 112
 - Equipamentos Sociais 15, 49, 71, 90, 112
 - Estágios Curriculares 15, 49, 71, 90, 112

F

Fonoaudiologia 15, 49, 71, 90, 112

Formação em Saúde 15, 49, 71, 90, 112

Formação Profissional 15, 49, 71, 90, 112

G

Gestão do Trabalho 15, 49, 71, 90, 112

Gestores de Saúde 15, 49, 71, 90, 112

H

História da cultura afro-brasileira, africana, dos povos tradicionais e indígena 15, 49, 71, 90, 112

I

Inclusão Social 15, 49, 71, 90, 112

Indicadores de avaliação 15, 49, 71, 90, 112

Indicadores de qualidade 15, 49, 71, 90, 112

Instituições de Ensino Superior 15, 49, 71, 90, 112

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira 15, 49, 71, 90, 112

Instrumentos de Avaliação 15, 49, 71, 90, 112

Integração ensino-serviço 15, 49, 71, 90, 112

Integralidade da atenção 15, 49, 71, 90, 112

Interprofissionalidade 15, 49, 71, 90, 112

Intersetorialidade 15, 49, 71, 90, 112

L

Lei de Diretrizes e Bases da Educação 15, 49, 71, 90, 112

LDB 15, 49, 71, 90, 112

Língua Brasileira de Sinais 15, 49, 71, 90, 112

Libras 15, 49, 71, 90, 112

M

Matriz Curricular 15, 49, 71, 90, 112

Medicina 15, 49, 71, 90, 112

Metodologias de Ensino 15, 49, 71, 90, 112

Ministério da Educação 15, 49, 71, 90, 112

Ministério da Saúde 15, 49, 71, 90, 112

Movimento da Reforma Sanitária 15, 49, 71, 90, 112

Movimentos Sociais 15, 49, 71, 90, 112

O

Odontologia 15, 49, 71, 90, 112

Organização Pan Americana de Saúde 15, 49, 71, 90, 112

P

Pandemia 15, 49, 71, 90, 112

Participação e Organização Estudantil 15, 49, 71, 90, 112

Participação Social 15, 49, 71, 90, 112

Plano Nacional da Educação 15, 49, 71, 90, 112

Política de Educação e Desenvolvimento 15, 49, 71, 90, 112

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde 15, 49, 71, 90, 112

Políticas Educacionais 15, 49, 71, 90, 112

Políticas Públicas 15, 49, 71, 90, 112

Práticas Interdisciplinares 15, 49, 71, 90, 112

Princípios 15, 49, 71, 90, 112

Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde 15, 49, 71, 90, 112

Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde 15, 49, 71, 90, 112

Programa Mais Médicos 15, 49, 71, 90, 112

Programa Nacional de Desenvolvimento Docente em Saúde 15, 49, 71, 90, 112

Programas Telessaúde Brasil 15, 49, 71, 90, 112

Projeto Pedagógico de Curso 15, 49, 71, 90, 112

Pró Residência 15, 49, 71, 90, 112

Psicologia 15, 49, 71, 90, 112

Q

Qualidade de Ensino 15, 49, 71, 90, 112

R

Recomendação CNS no 024/2008 15, 49, 71, 90, 112

Reconhecimento de Curso 15, 49, 71, 90, 112

Recursos Humanos em Saúde 15, 49, 71, 90, 112

Rede de Atenção à Saúde 15, 49, 71, 90, 112

Rede de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional - RENETO 15

Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde 15, 49, 71, 90, 112

Rede de Serviços 15, 49, 71, 90, 112

Rede Unida 15, 49, 71, 90, 112

Renovação de Reconhecimento de Cursos de Graduação 15, 49, 71, 90, 112

Reorientação da Formação 15, 49, 71, 90, 112

Requisitos Legais 15, 49, 71, 90, 112

Residência em Área Profissional da Saúde 15, 49, 71, 90, 112

Residência Integrada Multiprofissional 15, 49, 71, 90, 112

Residência Médica 15, 49, 71, 90, 112

Residência Multiprofissional 15, 49, 71, 90, 112

Resolução CNS no 350/2005 15, 49, 71, 90, 112

Resolução CNS no 515/2016 15, 49, 71, 90, 112

Resolução CNS no 569/2017 15, 49, 71, 90, 112

Responsabilidade Social 15, 49, 71, 90, 112

Revalida 15, 49, 71, 90, 112

S

Saúde 15, 49, 71, 90, 112

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde 15, 49, 71, 90, 112

Serviços de Saúde 15, 49, 71, 90, 112

Sistema de Avaliação 15, 49, 71, 90, 112

Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior 15, 49, 71, 90, 112

Sistema Único de Saúde 15, 49, 71, 90, 112

T

Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) 15, 49, 71, 90, 112

Tecnologias Leves 15, 49, 71, 90, 112

Terapia Ocupacional 15, 49, 71, 90, 112

Trabalhadores 15, 49, 71, 90, 112

Trabalho colaborativo 15, 49, 71, 90, 112

Trabalho em Equipe 15, 49, 71, 90, 112

Trabalho interprofissional 15, 49, 71, 90, 112

Transtorno do Espectro Autista (TEA) 15, 49, 71, 90, 112

U

UNESCO 15, 49, 71, 90, 112

Universidade Aberta do SUS 15, 49, 71, 90, 112

Usuários 15, 49, 71, 90, 112

W

World Health Organization 15, 49, 71, 90, 112

Qualidade e relevância social da formação
profissional em saúde: para o controle so-
cial, duas faces da mesma questão.



*Todos os autores tiveram contribuições
por igual na construção dos textos.*

ISBN 978-65-5462-101-4



9 786554 621014 >



Edição em Inglês - Poço das Antas - RJ - BRAZIL