Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

"Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde I: um estudo sobre a percepção dos coordenadores dos projetos acerca da integração ensino-serviço-comunidade"

por

Thaís Campos Valadares Ribeiro

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Passos Nogueira

Brasília, julho de 2013.

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

"Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde I: um estudo sobre a percepção dos coordenadores dos projetos acerca da integração ensino-serviço-comunidade"

apresentada por

Thaís Campos Valadares Ribeiro

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.ª Dr.ª Ana Estela Haddad

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira

Prof. Dr. Roberto Passos Nogueira – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 10 de julho de 2013.

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

R484 Ribeiro, Thaís Campos Valadares
Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde I: um estudo sobre a percepção dos coordenadores dos projetos acerca da integração ensino-serviço-comunidade. / Thaís Campos Valadares Ribeiro. -- 2013.
123 f. : il. ; tab. ; graf.

Orientador: Nogueira, Roberto Passos
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Educação em Saúde. 2. Política de Saúde. 3.Educação Superior. 4. Serviços de Integração Docente-Assistencial. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título.
CDD - 22.ed. – 362.1042

Dedico esta dissertação às minhas princesas Rafaela e Letícia, e ao Tólio, companheiro de todas as horas, que sempre me incentivou e apoiou as minhas decisões

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela força interior para superar todas as dificuldades.

À minha querida família, pelo carinho e compreensão nos momentos mais difíceis desta jornada. Agradeço especialmente à minha mãe Maria Haidée, pelo incentivo e apoio durante todos os anos da minha educação e formação profissional.

A todos os gestores e colaboradores da SGTES, especialmente à Ana Estela Haddad, Francisco Eduardo de Campos, Geraldo Cunha Cury, Márcia Hiromi Sakai, Rosana Fiorini Puccini, Sigisfredo Luís Brenelli, com os quais tive a honra de trabalhar e aprender muito. Muito obrigada pelo incentivo e apoio para execução desta pesquisa!

Aos membros da comissão assessora do Pró-Saúde, pela oportunidade de aprendizagem e luta pelo fortalecimento da integração entre as instituições formadoras e os serviços públicos de saúde.

Aos dirigentes da OPAS Brasil, especialmente ao Félix Rigoli e José Paranaguá de Santana, pelo acolhimento e oportunidade de trabalho conjunto na área de recursos humanos em saúde.

A todos os meus queridos amigos e colegas de trabalho do Ministério da Saúde, especialmente à Teresa Passarella, com quem tive a oportunidade de dividir os desafios, as angústias e as alegrias do Mestrado.

Aos meus professores da ENSP, pelos ensinamentos e incentivo durante o período do Mestrado.

Ao meu orientador, Prof. Roberto Passos Nogueira, pela paciência e apoio para o desenvolvimento deste trabalho.

À Profa. Eliana Cyrino que me acolheu com carinho nesta fase turbulenta. Obrigada pelo seu apoio e contribuições.

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho,
na ação-reflexão.”
Paulo Freire (1987)

RESUMO

O presente estudo procura analisar em que medida o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde tem contribuído para a integração ensino-serviço-comunidade, considerando as diretrizes do eixo Cenários de Práticas. Trata-se de um estudo descritivo e analítico, com abordagem quantitativa e qualitativa. Buscou-se caracterizar a implantação e evolução do Pró-Saúde, bem como sistematizar a percepção dos coordenadores dos projetos dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem, participantes do Pró-Saúde I. No desenvolvimento da investigação foram buscadas referências importantes dos aspectos relacionados à integração ensino-serviço-comunidade, considerando as diretrizes propostas paro o eixo Cenários de Práticas, como a necessidade da integração entre a orientação teórica e a prática nos serviços públicos de saúde, a importância da interdisciplinariedade e da multiprofissionalidade para a formação e para as práticas de saúde, a importância da diversificação dos cenários do processo de ensino-aprendizagem e da integração dos serviços próprios das Instituições de Educação Superior - IES com o Sistema Único de Saúde - SUS, com central de marcação única e mecanismos de referência e contra-referência com a rede SUS. Os resultados demostram que, existem dificuldades e desafios a serem superados, mas também há avanços, como o aumento da carga horária prática nos currículos, incluindo a inserção dos estudantes nos serviços públicos de saúde desde o início da formação, e a qualificação dos serviços e dos processos de trabalho em saúde. Contudo, infere-se que o Pró-Saúde tem contribuído para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade e para o incentivo de uma formação profissional que considere as necessidades de saúde da população brasileira e do SUS.

Palavras-chaves: Educação na Saúde. Política de Saúde. Educação Superior. Integração Ensino-Serviço-Comunidade. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The present study aims to analyze of which measure the Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (National Program of Health Formation Reorientation) – Pró-Saúde has contributed to the integration of teaching-service-community, taking on account the guidelines of Practice Scenarios axis. It is a descriptive and analytic study, with quantitative and qualitative approach. It has sought to characterize the implantation and evolution of Pró-Saúde, as well as systematize the perception of the medicine, dentistry and nursing course's project coordinators partakers of Pró-Saúde I. In the investigation development it has sought important references to the related features of the integration teaching-service-community, considering the guidelines proposed to the Practice Scenarios axis, as well the need of integration between the theory and practice orientation in the public health services, the importance of interdisciplinary and multi-professionalism to the formation and to the health practices, the importance of diversification of the teaching-learning process scenarios and the integration of the services due to the Instituições de Educação Superior (Superior Educational Institutes) – IES with the Sistema Único de Saúde (Unified Health System) – SUS , joined to the Central de Marcação Única (appointment booking central) and reference mechanisms and against-reference with the SUS network. The results demonstrate that exist difficulties and challenges to be overcame, but there are also steps forwards as the increase of curricula practical hours charge, including the insert of students in the public health system since the beginning of their formation, and the qualification of the services and the process of working with health. However, infers that the Pró-Saúde has contributed to the incentive of a professional formation which considers the health necessity of the Brazilian Population and SUS.

Key Words: Health Education. Health Policies. Higher Education. Teaching-Service-Community Integration. Sistema Único de Saúde (Unified Health System).

LISTA DE QUADROS

Pág.

Quadro 1: Eixos e Vetores – Pró-Saúde.....46

Quadro 2: IES e Secretarias de Saúde Participantes do Pró-Saúde I.....53

Quadro 3: Principais Atividades Realizadas Pelos Projetos Participantes do Pró-Saúde I...58

Quadro 4: Principais serviços de saúde e outros equipamentos sociais de atuação dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem participantes do Pró-Saúde I.....69

Quadro 5: Principais Pontos Positivos/Avanços/Aspectos Facilitadores Apresentados.....90

Quadro 6: Principais mecanismos de sustentabilidade apresentados pelos coordenadores de projetos dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem do Pró-Saúde I.....85

LISTA DE TABELAS

Pág.

Tabela 1: Quantitativo dos Relatórios Técnicos Analisados por Cursos de Graduação.....42

Tabela 2: Valores Investidos nas 3 Fases do Programa.....57

Tabela 3: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem – estágios – vetor 4 - eixo Cenários de Práticas.....61

Tabela 4: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre a contribuição do Pró-Saúde para implantação das DCN – aspectos relacionados à integração ensino- serviço.....62

Tabela 5: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre articulação do Pró-Saúde com módulos/disciplinas dos programas curriculares dos cursos.....64

Tabela 6: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre o desenvolvimento das atividades de forma multiprofissional.....64

Tabela 7: Respostas dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia – estágios – vetor 5 - eixo Cenários Práticas.....68

Tabela 8: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem – estágios – vetor 6 - eixo Cenários de Práticas.....75

Tabela 9: Respostas dos Cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem – Aspectos Dificultadores para Implementação dos Projetos.....78

Tabela 10: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre o apoio do Pró-Saúde para a qualificação dos serviços e dos processos de trabalho.....82

Tabela 11: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre o envolvimento e benefícios da comunidade com as atividades do projeto.....82

Tabela 12: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre a existência de mecanismos para sustentabilidade dos resultados do Programa.....85

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1: Evolução do número de Equipes de Saúde da Família implantadas durante os anos de 1994 a agosto de 2011.....25

Figura 2: Cursos participantes do Pró-Saúde I – valores absolutos e percentuais.....39

Figura 3: Categoria administrativa das IES participantes da pesquisa – valores absolutos e percentuais.....41

Figura 4: Cursos de graduação participantes da pesquisa – valores absolutos e percentuais.....42

Figura 5: Cursos envolvidos no Pró-Saúde I, II e Norte/Nordeste 49

Figura 6: Cursos por região do Brasil - Pró-Saúde I, II e Norte/Nordeste.....49

Figura 7: Distribuição das propostas Pró-Saúde/PET-Saúde segundo a região do País.....50

Figura 8: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre o apoio da Comissão de Gestão e Acompanhamento Local – valores absolutos e percentuais.....51

Figura 9: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre o funcionamento da Comissão de Gestão e Acompanhamento Local – valores absolutos e percentuais.....52

Figura 10: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre a participação do controle social nas atividades da Comissão – valores absolutos e percentuais.....52

Figura 11: Respostas dos cursos de Medicina por categoria administrativa – estágios – vetor 4 - eixo Cenários de Práticas.....60

Figura 12: Respostas dos cursos de Odontologia por categoria administrativa – estágios – vetor 4 - eixo Cenários de Práticas.....60

Figura 13: Respostas dos cursos de Enfermagem por categoria administrativa – estágios – vetor 4 - eixo Cenários de Práticas.....61

Figura 14: Respostas dos cursos de Medicina por categoria administrativa – estágios – vetor 5 - eixo Cenários de Práticas.....66

Figura 15: Respostas dos cursos de Odontologia por categoria administrativa – estágios – vetor 5 - eixo Cenários de Práticas.....66

Figura 16: Respostas dos cursos de Enfermagem por categoria administrativa – estágios – vetor 5 – eixo Cenários de Práticas.....67

Figura 17: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem referente à contribuição do Pró-Saúde para diversificação dos cenários de ensino aprendizagem, considerando a Atenção Básica a porta de entrada do sistema de saúde.....68

Figura 18: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre o incentivo do Pró-Saúde para ampliação da carga horária curricular nos serviços públicos de saúde e outros equipamentos sociais, desde o início da formação.....72

Figura 19: Respostas dos cursos de Medicina por categoria administrativa – estágios – vetor 6 - eixo Cenários de Práticas.....73

Figura 20: Respostas dos cursos de Odontologia por categoria administrativa – estágios – vetor 6 - eixo Cenários de Práticas.....74

Figura 21: Respostas dos cursos de Enfermagem por categoria administrativa – estágios – vetor 6 - eixo Cenários de Práticas.....74

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

CINAEM - Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DEGERTS - Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

HU – Hospital Universitário

IDA – Programa de Integração Docente Assistencial

IES - Instituição de Educação Superior

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

LOA – Lei Orgânica da Saúde

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

NOBs – Normas Operacionais Básicas

OPAS/OMS - Organização Pan Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PROMED - Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

SAS – Secretaria de Atenção a Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SESU - Secretaria de Educação Superior

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 15

CAPÍTULO 1 - A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE - PERSPECTIVAS DE MUDANÇAS PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE E PARA O FORTALECIMENTO DO SUS 20

1.1 DA CRIAÇÃO DO SUS AO DESAFIO DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE 21

1.2 OS DESAFIOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA ATENDER AS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E DO SUS 26

CAPÍTULO 2 - AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS 32

2.1 PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS COM CARÁTER INTERSETORIAL 32

2.2 A IMPORTÂNCIA DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS 34

CAPÍTULO 3 - ASPECTOS METODOLÓGICOS 38

3.1 DO OBJETO E OBJETIVOS 38

3.2 A ESCOLHA DO MÉTODO 38

3.3 A FASE DE LEVANTAMENTO DOS DADOS 39

3.4 AS FASES DE SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS 41

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 43

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES 44

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DA EVOLUÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE 44

4.1.1 O INCENTIVO FINANCEIRO E AS ATIVIDADES IMPLEMENTADAS PELOS PROJETOS PARTICIPANTES DO PRÓ-SAÚDE I 56

4.2 INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO 59

4.2.1 A INTERDISCIPLINARIEDADE E A MULTIPROFISSIONALIDADE NA FORMAÇÃO E NAS PRÁTICAS DE SAÚDE 62

4.3 DIVERSIFICAÇÃO DOS CENÁRIOS DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM 65

4.3.1 A IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO 70

4.4 ARTICULAÇÃO DOS SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS COM O SUS 72

4.5 ASPECTOS DIFICULTADORES, FACILITADORES E MECANISMOS DE SUSTENTABILIDADE PARA A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE 78

4.5.1 OS ASPECTOS DIFICULTADORES PARA IMPLEMENTAÇÃO DOS PROJETOS ... 78

4.5.2 OS PRINCIPAIS PONTOS POSITIVOS, AVANÇOS E ASPECTOS FACILITADORES PARA IMPLEMENTAÇÃO DOS PROJETOS 80

4.5.3 OS MECANISMOS DE SUSTENTABILIDADE PARA A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE 84

CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS 87

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 90

ANEXOS 100

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 e a Lei nº. 8.080/1990 estabelecem a Saúde como direito do cidadão e dever do Estado e definem o papel do Sistema Único de Saúde – SUS como ordenador da formação dos profissionais da área. Em 2006, o Pacto pela Saúde, em suas três dimensões (Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão) apresenta mudanças significativas para a execução do SUS e possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes. Uma das responsabilidades da União para com a Educação na Saúde, apontada no documento das diretrizes do Pacto pela Saúde, é articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde, o que reafirma o preceito constitucional.

Uma reflexão sobre as práticas de atenção à saúde desenvolvidas no País demonstra um distanciamento da formação profissional às reais necessidades do SUS e da população, prevalecendo o ensino hospitalocêntrico, focado em especialidades e com usos de altas tecnologias.

Nos últimos anos, o processo de formação dos trabalhadores em saúde aparece como destaque na agenda do governo brasileiro, como tentativa de aproximar o processo formativo com as necessidades de saúde da população brasileira.

As Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN para os cursos de graduação da área da saúde, instituídas pelo Conselho Nacional de Educação a partir do ano de 2001, apresentam as competências e habilidades gerais para formação dos profissionais da saúde e apontam o perfil ideal do egresso com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, e capacitado para atuar nos diferentes níveis de atenção.

No intuito de qualificar a intervenção do SUS nesse cenário, o Ministério da Saúde criou, no ano de 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/SGTES, com dois departamentos – Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES e Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde - DEGERTS. Posteriormente, foi incluída a Diretoria de Programas. Conforme Decreto 7.797, de 30 de agosto de 2012, a SGTES possui a seguintes atribuições: promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área de saúde e acompanhar sua execução, e promover o desenvolvimento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde; planejar,

coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área de saúde, bem como a organização da gestão da educação e do trabalho em saúde, a formulação de critérios para as negociações e o estabelecimento de parcerias entre os gestores do SUS e o ordenamento de responsabilidades entre as três esferas de governo; promover a articulação com os órgãos educacionais, as entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais, e com entidades representativas de educação dos profissionais, tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor de saúde; promover a integração dos setores de saúde e educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área; planejar e coordenar ações, visando à integração e ao aperfeiçoamento da relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS, no que se refere aos planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área de saúde; planejar e coordenar ações destinadas à promoção da participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços e na regulação das profissões de saúde; planejar e coordenar ações, visando à promoção da educação em saúde, ao fortalecimento das iniciativas próprias do movimento popular no campo da educação em saúde e da gestão das políticas públicas de saúde, bem como à promoção de informações e conhecimentos relativos ao direito à saúde e ao acesso às ações e aos serviços de saúde; e fomentar a cooperação internacional, inclusive mediante a instituição e a coordenação de fóruns de discussão, visando à solução dos problemas relacionados 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.

No ano de 2005, o Ministério da Saúde, por meio da SGTES, em parceria com o Ministério da Educação – MEC e a Organização Pan Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde – OPAS/OMS criaram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Os projetos são desenvolvidos pelas Instituições de Educação Superior - IES juntamente com as respectivas Secretarias de Saúde onde os estudantes estão inseridos na rede de serviços.

O Pró-Saúde visa promover transformações nos processos de geração de conhecimento, ensino e aprendizado e de prestação de serviços à população para reorientar a formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na Atenção Básica. O Programa propõe 3 eixos: *Orientação Teórica, Cenários*

de Práticas e *Orientação Pedagógica*, os quais envolvem vetores específicos. Em relação ao eixo B, ***Cenários de Práticas***, os vetores são**: interação ensino-serviço**; **diversificação dos cenários do processo de aprendizagem**; **e articulação dos Serviços Universitários com o SUS.** Cada um desses vetores pode ser hierarquizados para cada escola em outros três estágios, que partem de uma situação mais tradicional ou conservadora no estágio 1 até alcançar, no estágio 3, a situação e os objetivos desejados.

A proposta do Programa considera as diretrizes curriculares aprovadas pelo MEC e busca incentivar a implantação dessas. Além disso, é orientado que a formação em saúde leve em conta as dimensões sociais e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para abordagem dos determinantes de ambos os componentes do binômio saúde-doença da população e em todos os níveis do sistema.

Inicialmente, o Pró-Saúde contemplou um total de 89 (oitenta e nove) cursos de graduação de Medicina, Odontologia e Enfermagem, selecionados por meio de edital público. Em 2007 o Pró-Saúde foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde, por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019/2007, conforme recomendação do Conselho Nacional de Saúde - CNS e da Comissão Intergestores Tripartite - CIT. Considerando as especificidades das regiões Norte e Nordeste, no segundo semestre de 2010, a SGTES trabalhou para apoiar os projetos de mudança em cursos de graduação para essas regiões e foram aprovados 9 (nove) projetos.

Como uma das estratégias do Pró-Saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-SAÚDE é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família e tem como pressuposto a educação pelo trabalho, disponibilizando bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. Objetiva-se a qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como a iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes, de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino.

No final de 2011, a SGTES lançou um edital conjunto Pró-Saúde e PET-Saúde, considerando o planejamento da saúde segundo as regiões de saúde e as redes de atenção à saúde. Foram selecionadas 119 (cento e dezenove propostas) propostas, com abrangência de 709 (setecentos e nove) cursos de graduação da área da saúde.

O meu interesse em desenvolver o projeto sobre esse tema surgiu a partir de minha inserção profissional na SGTES/MS e OPAS/OMS, bem como integrante da comissão assessora para o acompanhamento e monitoramento do Pró-Saúde. Pressupõe-se que a formação em saúde não responde às reais necessidades do SUS, sendo que o modelo de atenção hegemônico ainda é prevalente. Pode-se considerar o Pró-Saúde como uma expressão da possibilidade de transformação da prática formativa e de fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade.

O desafio proposto por este estudo é analisar o eixo *Cenários de Práticas* dos projetos participantes do 1º (primeiro) edital do Pró-Saúde que estão na 3ª (terceira) e última fase de implementação.

Apresentamos como **questão norteadora do estudo**: em que medida o Pró-Saúde tem contribuído para a integração ensino-serviço-comunidade, considerando as diretrizes do eixo *Cenários de Práticas*.

Diante do exposto, apresentamos os **seguintes raciocínios hipotéticos** para a realização desta pesquisa: I) O Pró-Saúde foi implantado no ano de 2005, com apoio técnico e financeiro para 89 (oitenta e nove) projetos de instituições de educação superior e secretarias de saúde de diversas regiões do Brasil e está em sua 3ª (terceira) e última fase. O Programa pode estar contribuindo para o incentivo da integração ensino-serviço-comunidade, considerando os vetores propostos pelo eixo *Cenários de Práticas* - a IES integra a teoria com a prática nos serviços públicos, com participação de todas as disciplinas e de diferentes níveis de atenção; há um aumento da carga horária prática das atividades curriculares em todos os níveis de atenção; os serviços Universitários são articulados com a rede SUS, incluindo mecanismos institucionais de referência e contra-referência; II) os mecanismos de monitoramento e avaliação do Pró-Saúde ainda não estão consolidados, embora a SGTES tenha envidado esforços nesse sentido III) a análise de artigos, de documentos pertinentes a essa temática e de documentos/relatórios técnico-institucionais do Programa, bem como de informações dos coordenadores de projetos participantes, obtidas por meio de questionário semi-estruturado, permitiria uma maior aproximação aos resultados do Pró-Saúde, em relação à sua contribuição para a integração ensino-serviço-comunidade.

Ressalta-se que o monitoramento e avaliação de uma Política, Programa e/ou Projeto é imprescindível para alcançar efetivamente os resultados. No entanto, sabe-se que há grande deficiência desse processo no ciclo das políticas públicas. A avaliação de

impacto se torna ainda mais distante da realidade. A inexistência de mecanismos mais eficientes para o monitoramento e avaliação do Pró-Saúde tem dificultado a análise dos resultados do Programa.

Entendo que esta pesquisa será relevante para avaliação dos avanços e dificuldades na implementação do Programa, na medida em que o mesmo encontra-se em execução e poderá apoiar os gestores para tomada de decisões futuras, além de corrigir possíveis distorções na implementação.

A pesquisa também trará benefícios para a sociedade, sendo que poderá qualificar o Programa que tem como foco reorientar a formação dos profissionais de saúde às reais necessidades de saúde da população brasileira.

No capítulo 1, buscamos resgatar os processos de formação em saúde no Brasil, as transformações ocorridas nas últimas décadas, e as relações com os serviços de saúde, enquanto espaços de ensino-aprendizagem. No capítulo 2, após levantamento bibliográfico, procuramos discorrer sobre avaliação de programas e políticas públicas e alguns aspectos referentes à intersetorialidade dessas políticas. O capítulo seguinte apresentará os aspectos metodológicos da pesquisa, desde o objeto e objetivos propostos, bem como foram realizados o levantamento, sistematização e análise dos dados. Em seguida, o 4º capítulo apresentará os resultados e as discussões, considerando os objetivos e aspectos metodológicos propostos para esta pesquisa. Finalmente, no 5º e último capítulo, faremos as considerações finais sobre o processo de implementação do Pró-Saúde, considerando alguns aspectos da integração ensino-serviço-comunidade.

CAPÍTULO 1 – A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE – PERSPECTIVAS DE MUDANÇAS PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE E PARA O FORTALECIMENTO DO SUS

A integração ensino-serviço-comunidade pode ser entendida como o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva e considerando as reais necessidades de saúde da população (ALBUQUERQUE et al, 2008).

Paim (2002) remete à universidade o papel de integração com os serviços de saúde. Trata a articulação ensino-serviço, ou integração docente-assistencial, enquanto possibilidade de romper com esta segmentação, atribuindo à universidade o papel de participar no planejamento da atenção, na capacitação de recursos humanos dos serviços, de forma a romper com o distanciamento instituído entre as universidades e os serviços.

Para dar conta das diversidades e adversidades do cotidiano, tanto dos serviços de saúde, como das instituições de ensino, é necessário uma simbiose do conhecimento tácito, decorrente da prática, com o conhecimento científico, agregando criatividade, flexibilidade, dinamismo e improvisação aos processos (OJEDA et al, 2004).

Portanto, para tornar o aprendizado significativo não basta proporcionar ao estudante a mera observação do cotidiano de trabalho na assistência. É necessário o desenvolvimento de mediações entre a estrutura dos serviços, a equipe, o docente, o grupo de alunos, as situações criadas, os momentos de síntese, a correlação de conhecimentos práticos e teóricos, bem como a problematização da prática (GARCIA, 2001).

Freire (1975), em seus estudos sobre problematização, enfatiza que os problemas a serem estudados precisam valer-se de um cenário real. Corroborando com esse pensamento, Cyrino e Toralles-Pereira (2004) apontam que os problemas obtidos pela observação da realidade manifestam-se para alunos e professores com todas as suas contradições, aí o caráter fortemente político do trabalho pedagógico na problematização, marcado por uma postura crítica de educação.

Nesse sentido, a educação não pode ser um ato de transmitir, e sim uma relação dialógica entre o educador e o educando, cabendo ao docente a problematização do cotidiano, buscando seu sentido ético-social.

Entre os autores que integram a produção em educação permanente em saúde, destaca-se o pensamento de Davini que problematiza a formação e a capacitação nos serviços de saúde. A autora, referindo-se a processos de formação baseados na problematização, situa o educador como estimulador da aprendizagem, e também considera os problemas da prática como ponto de partida, enfatizando que "*la teoria llega aqui, para iluminar los problemas de la práctica detectados por el grupo*" (DAVINI, 1989, p. 14).

Portanto, é necessário considerar a Educação Permanente em Saúde como uma das estratégias de reorientação da formação profissional em saúde e reorganização do SUS, sendo que a incorporação da Educação Permanente na cultura institucional, com contribuição efetiva para a mudança do modelo assistencial, pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos.

Embora ainda haja conflitos referentes à integração ensino-serviço-comunidade, os espaços de ensino aprendizagem são de enorme relevância para a formação em saúde e para consolidação do SUS, onde os diversos atores estabelecem os seus papéis sociais, constroem e consolidam saberes.

1.1 DA CRIAÇÃO DO SUS AO DESAFIO DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, embora as suas origens remontam a muito mais tempo, a partir da crise do modelo médico assistencial privatista que se hegemonizou na segunda metade do século XX, induzido pelo processo da industrialização brasileira (BRASIL, 2006a).

As mudanças políticas e econômicas ocorridas nos anos 1970 e 1980 determinaram o esgotamento desse modelo sanitário. Com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde. A Reforma Sanitária Brasileira teve como um de seus princípios a universalização da saúde (BRASIL, 2007a).

Tanto o temário quanto o espectro social contemplados na convocação da referida Conferência demonstraram a intenção de ampliar o debate setorial e realizar um maior acúmulo de forças para viabilizar a Reforma Sanitária que vinha sendo formulada e

propagada pelo movimento sanitário, entre cujos técnicos e líderes figurava Sergio Arouca, presidente da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ e, não casualmente, presidente da 8ª Conferência. Esta se configurou, pois, como uma "Constituinte da Saúde", demarcando um novo período na história da saúde no País (BRASIL, 2006b).

A instituição do SUS rompeu com a concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho. O sistema passa a ser universal e todos os cidadãos têm direito à assistência à saúde (BRASIL, 2009).

A implementação do SUS se iniciou nos anos 90, após a criação da Lei Orgânica da Saúde – LOA e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas – NOBs, como instrumentos de regulamentação do sistema. A participação popular na formulação e acompanhamento das políticas de saúde também foi considerada de fundamental importância. A Lei 8.142/90 formaliza a participação da comunidade na gestão do SUS e estabelece a Conferência e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas (BRASIL, 1990, a, b).

Em seguida, em 1991, inicia-se a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e em 1994, o Ministério da Saúde lança o Programa de Saúde da Família - PSF como modelo organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. A partir daí, começou-se a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão somente) o indivíduo, sendo introduzida a noção de área de cobertura (VIANA, 1998).

Sabe-se que a Atenção Primária à Saúde vem sendo discutida há vários anos. Os princípios foram enunciados em uma conferência realizada em Alma Ata e o consenso lá alcançado foi confirmado pela Assembléia Mundial de Saúde em sua reunião subseqüente, em maio de 1979. Starfield (2004, p. 31) aponta que, "a conferência de Alma Ata especificou ainda mais que os componentes fundamentais da Atenção Primária em Saúde eram educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional."

A mesma autora traz que a Atenção Primária deve ser a porta de entrada para todas as novas necessidades, e compartilha características com os outros níveis dos sistemas de saúde.

> *"A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece entrada nos sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada à enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (...). A Atenção Primária também compartilha com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe"* (STARFIELD, 2004, p. 28).

Em 2011 foi publicada uma nova Portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica[1], estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, PSF e PACS. A Política ressalta que "*a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades*" e tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2011a).

Há estudos e pesquisas que demonstram que uma Atenção Básica organizada e resolutiva pode evitar custos desnecessários com hospitais e medicamentos, favorecendo a saúde da população. Entende-se que a Atenção Básica deve ser a porta de entrada preferencial do SUS e deve integrar-se com os demais níveis de atenção. Dessa forma, caracterizam como Redes de Atenção à Saúde, que são organizadas em uma rede integrada poliárquica de pontos de atenção à saúde que presta assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde (MENDES, 2010).

[1] No Brasil a expressão "Atenção Básica" foi oficializada pelo governo federal, embora ainda exista a utilização da expressão "Atenção Primária à Saúde" em alguns documentos oficiais.

A Portaria nº 2.488/2011 define a organização de Redes de Atenção à Saúde – RAS como:

> *"Estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde"* (BRASIL, 2011a).

Dados do Ministério da Saúde demonstram que em 1994, 328 equipes de saúde da família – ESF e 29.000 agentes comunitários de saúde – ACS atuavam no Brasil e em 2001, 2.248 equipes de saúde bucal – ESB passam a integrar a Estratégia de Saúde da Família. Em agosto de 2011, já existiam 32.000 ESF, 248.500 ACS e 21.038 ESB implantadas, o que aponta uma rápida evolução da estratégia durante esses anos.

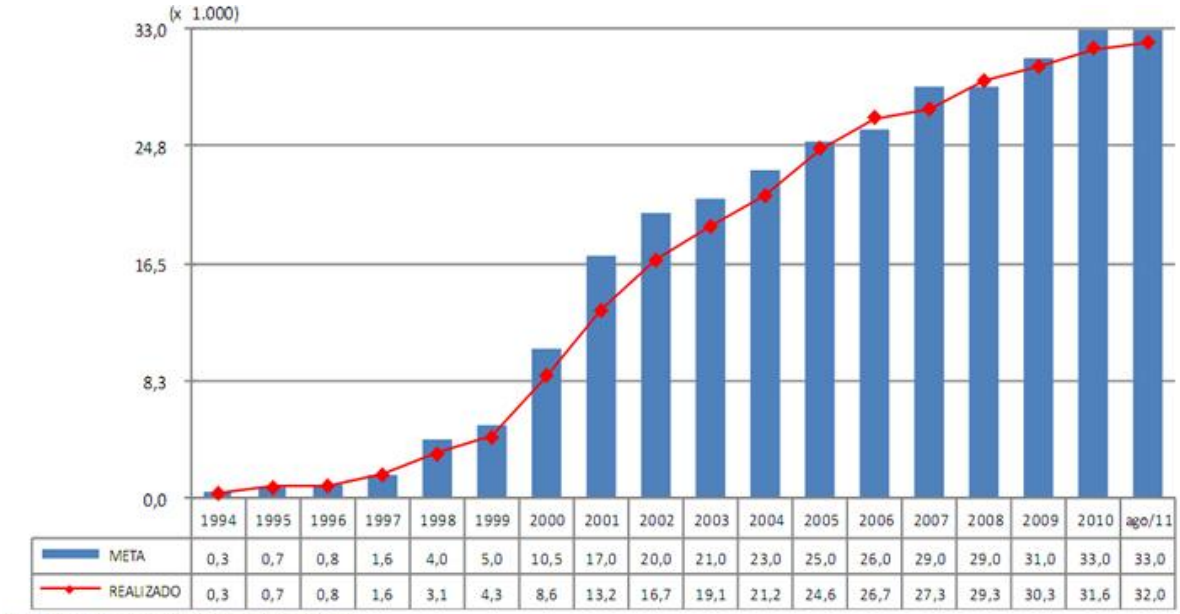
Entretanto, cabe ressaltar que alguns estados e municípios já atuam com uma equipe ampliada para o desenvolvimento de ações básicas de saúde. Há unidades básicas de saúde que atuam com clínicos, pediatras e gineco-obstetras, sobretudo em regiões metropolitanas, que assumem a responsabilidade sanitária por um determinado território, incluindo agentes comunitários na equipe de saúde.

Nesse sentido, dentro do escopo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (BRASIL, 2008a).

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes no qual o NASF está cadastrado.

A Figura 1 demonstra a meta e evolução do número de equipes de saúde da família implantadas durante os anos de 1994 a agosto de 2011.

Figura 1: Evolução do número de equipes de Saúde da Família implantadas durante os anos de 1994 a agosto de 2011, Brasil, 2011.



	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	ago/11
META	0,3	0,7	0,8	1,6	4,0	5,0	10,5	17,0	20,0	21,0	23,0	25,0	26,0	29,0	29,0	31,0	33,0	33,0
REALIZADO	0,3	0,7	0,8	1,6	3,1	4,3	8,6	13,2	16,7	19,1	21,2	24,6	26,7	27,3	29,3	30,3	31,6	32,0

FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Os benefícios práticos desse modelo de assistência, como a humanização do cuidado, a redução dos índices de medicamentos e internação desnecessária, são facilmente percebidos. O trabalho multiprofissional em saúde deve ser guiado pelas tecnologias leves. Essas, segundo Merry (1997), referem-se às relações e são essenciais para a produção de cuidados, vínculos, acolhimentos e responsabilizações. Merhy (2006) afirma que, no processo de trabalho as tecnologias leves devem superar as tecnologias leve-duras[2] e duras[3]; caso contrário, o trabalho torna-se morto, uma vez que o profissional de saúde fica aprisionado e limitado pelo uso das máquinas.

O desafio de rompimento do modelo hospitalocêntrico e do fortalecimento da Atenção Básica está relacionado também com a formação dos trabalhadores com perfil para o trabalho no SUS. A Portaria nº 2.488/2011 aponta que "*o redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e*

[2] São aquelas que se inscrevem no conhecimento técnico estruturado (Merhy,1997).
[3] São as que estão representadas pelas máquinas e instrumentos (Merhy, 1997).

autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre a concepção e execução do trabalho" (BRASIL, 2011a).

Com a expansão das equipes de saúde da família esperava-se uma mudança do modelo de saúde hegemônico, cujo foco de atuação é com base nas práticas curativistas e especializadas. No entanto, a falta de profissionais adequadamente preparados para lidar com as novas atribuições exigidas por esse modelo que enfatiza a Atenção Primária em Saúde, é um dos fatores propulsores da persistência do modelo hegemônico (LEÃO & CALDEIRA, 2011).

1.2 OS DESAFIOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA ATENDER AS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E DO SUS

Há tempo o ensino médico e de outras profissões da área da saúde é desenvolvido desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para especialização e para sofisticação tecnológica.

O paradigma da medicina científica, que orientou o desenvolvimento das ciências médicas, do ensino e das práticas profissionais em saúde ao longo do século XX, em todo o mundo, foi consolidado após a publicação do relatório Flexner, em 1910, nos Estados Unidos da América. Esse relatório contemplou um grande número de temas, incluindo aspectos específicos da educação, como integração entre ensino básico e clinico, a importância da pesquisa para o ensino, a organização departamental e de hospitais de ensino (SANTANA *et al*, 1999)

Os currículos das escolas médicas e de outras profissões da área da saúde foram influenciados diretamente pelas diretrizes do relatório Flexner, considerando a formação centrada na doença e em especialidades. Conforme Merry (2009, p. 112):

> "*A educação médica reformada, segundo diretrizes do relatório Flexner, interferiu imediatamente na formatação do trabalho médico, constituidor do principal meio produtivo do campo da saúde nas sociedades ocidentais, que passou a se basear no olhar sumário sobre o corpo doente e a prescrição para soluções que se encontravam sempre no seu curto perímetro. Esse processo de reforma do ensino e reorganização do*

> *processo de trabalho na clínica do médico desenvolve-se ao longo da primeira metade do século XX como uma novidade importante*."

A introdução do estado de bem-estar social nos países europeus, no pós-guerra, colocou em discussão, nos Estados Unidos, a questão da assistência médica. É neste contexto que surge a proposta da reforma preventivista e da medicina integral. Na década de 50, esse movimento, é estendido à América Latina, com o patrocínio de organismos internacionais e de fundações filantrópicas. Os movimentos da medicina comunitária e da integração docente-assistencial também afetaram a educação em saúde na época. No Brasil, a partir de meados dos anos 70, observa-se grande expansão das atividades de integração docente-assistencial, que passam a desenvolver-se inclusive em centros de saúde urbanos pertencentes às instituições sanitárias, embora ainda quase sempre sob a guarda da Academia. (SANTANA *et al*, 1999).

Embora não haja uma superação do paradigma flexneriano, as experiências de medicina comunitária e integração docente-assistencial influenciaram e foram influenciadas pela reformulação do setor saúde no Brasil. Com a criação do SUS e, posteriormente, com a implantação do Programa de Saúde da Família, há um crescimento do mercado de trabalho de saúde, reforçando a necessidade de um redirecionamento da formação profissional em saúde.

As DCN para os cursos de graduação da área da saúde, instituídas pelo Conselho Nacional de Educação a partir do ano de 2001, apresentam as competências e habilidades gerais para formação dos profissionais da saúde e apontam o perfil ideal do egresso com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, e capacitado para atuar nos diferentes níveis de atenção. No entanto, conforme aponta Stella and Puccini (2008, p. 53-54):

> **"...** *as diretrizes encontram ainda dificuldades e resistência para sua implementação. As dificuldades são inerentes à introdução de novos paradigmas. As resistências, na sua maioria, situam-se intramuros, advindas de uma parte do corpo docente que sente a proposta de integração como uma ameaça à importância de sua disciplina e considera o hospital universitário e seus ambulatórios de especialidades como único ou principal locus do ensino*."

Ferreira (1994) traz uma reflexão sobre as práticas em saúde e a formação médica, nas quais prevalece o modelo hegemônico médico-centrado, baseado na especialidade e com uso de alta tecnologia.

> "*Com a pletora de conhecimentos e informação e o hospital docente transformado num centro de distribuição de alta tecnologia, com a idéia de excelência técnica associada à superespecialização e os professores necessariamente incorporando este critério de valorização; e finalmente com os alunos aspirando igualmente uma prática autônoma e altamente tecnificada, é fácil compreender o porquê da procura das especialidades, relegando a aprendizagem básica geral a um plano secundário e desaproveitando a etapa de formação em que mais se poderia destacar a relevância da educação médica*" (FERREIRA, 1994, p. ii).

Em relação ao curso de Enfermagem, mais especificamente referente à prática clínica, também é necessário discutir o processo de formação acadêmica. Pode-se considerar que o ensino superior em Enfermagem no Brasil tem demonstrado fortes vínculos com as transformações políticas e técnicas da área da educação e da saúde. Neste sentido, repensar a formação nesta área passou a ser uma exigência tendo em vista os desafios contemporâneos que estão inseridos no contexto das transformações econômicas, políticas, sociais e culturais (RENOVATO *et al*, 2009).

A formação em Odontologia desenvolve-se a partir de uma concepção voltada para o aperfeiçoamento da técnica e em um conflito entre prevenir e curar. A Odontologia se desenvolve como um apêndice da Medicina, crescendo sob a égide de uma profissão que pretende-se consolidar como resposta à necessidade de tratar doenças existentes (BRASIL, 2006c).

Há também que considerar a precoce inserção da Odontologia nos serviços públicos de saúde. Durante muitos anos, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Na última década, essa tendência vem sendo revertida, com o aumento dos investimentos em saúde bucal no SUS. Pode-se considerar que há uma busca pela participação dos dentistas nos programas públicos e pela adequação dos cursos de graduação a essa nova realidade (HADDAD e MORITA, 2011).

A lógica das especialidades e das tecnologias duras prevalece na formação profissional em saúde, embora o caráter estritamente técnico do trabalho em saúde tem sido questionado por vários autores, dentre eles, Donnangelo (1979, p. 15):

> "*A medicina, que em uma primeira aproximação pode ser encarada como uma prática técnica, isto é, como manipulação de um conjunto de instrumentos técnicos e científicos para produzir uma ação transformadora sobre determinados objetos – o corpo, o meio físico – responde, enquanto tal, a exigências que se definem à margem da própria técnica, no todo organizado das práticas sociais determinadas, econômicas, políticas e ideológicas, entre as quais se inclui.*"

Segundo Ferreira (1994) faz-se necessário um novo paradigma que considere alguns aspectos importantes, como o redirecionamento dos espaços de prática e o reconhecimento e integração dessa prática nos avanços da cidadania e dos processos de participação da sociedade civil dentro do novo contexto de democracia que vive a América Latina.

Vários estudos apontam uma expansão da força de trabalho em saúde, e de acordo com Girardi (1986, p. 431), "verificou-se que em 1982, os estabelecimentos públicos passaram a deter a maioria absoluta (51,01%) dos empregos". No entanto, conforme aponta Nogueira (1987, p. 334):

> "*A dúvida não paira sobre o crescimento da força de trabalho em saúde: paira, exatamente, sobre o como. A questão é saber se vamos crescer, obedecendo às forças imprevisíveis do mercado, estimuladas pela intervenção estatal, mas como resultado de uma medicalização indiscriminada dos grupos sociais privilegiados; ou se vamos crescer com um mínimo de racionalidade e em observância a critérios de justiça social; por outras palavras, se a expansão da força de trabalho em saúde dar-se-á, cumprindo os requisitos de universalidade e eqüidade explicitados na atual política de saúde*."

Nas últimas décadas, a expansão da estratégia de Saúde da Família, contribuiu para a ampliação do mercado de trabalho no setor público. Com as atividades profissionais baseadas em novos parâmetros, faz-se necessário uma reforma no ensino profissional em saúde. Há estudos e documentos que apresentam as competências e atribuições dos

profissionais que atuam na Atenção Básica em Saúde. A Portaria nº 2.488/2011 apresenta as atribuições comuns que os profissionais de saúde das equipes de atenção básica devem seguir, além de algumas atribuições específicas para o médico, enfermeiro e cirurgião-dentista. Também é ressaltado que, as atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar nas normatizações do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas. Dentre as atribuições comuns a todos os profissionais, constantes na Portaria 2.488/2011 estão:

> "*Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros); realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; e garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde...*" (BRASIL, 2011a).

A graduação em saúde deveria ser suficiente para garantir as competências profissionais adequadas para atuação na Atenção Básica em Saúde. Contudo, sabe-se que uma formação focada nas necessidades de saúde da população ainda pode ser considerada um modelo contra-hegemônico. Conforme Campos (1980, p. 103 e 104):

> "*Para que uma escola médica assuma este ou aquele caminho entram em jogo uma infinidade de variáveis. Essas variáveis compreendem desde o caráter do financiamento da escola médica, a composição interna de suas forças, a mercadológica dos grupos que detêm o poder dentro desta escola, a combatividade dos grupos estudantis e sua composição, até a rede de serviços de saúde existente na localidade e muitos outros*."

Um fato importante a ser considerado no planejamento curricular, é a inserção dos estudantes nas atividades práticas desde os primeiros anos do curso. Devem-se criar múltiplas oportunidades de interação na, com e para a comunidade, centrando a atenção de

cada estudante da graduação para uma área de abrangência dos serviços ao longo dos anos de graduação, permitindo a criação de um vínculo que legitime a atuação do estudante em um local de referência (REDE UNIDA, 1998).

O planejamento conjunto, entre IES e gestores dos serviços públicos de saúde, também é fundamental para atingir os objetivos propostos na integração ensino-serviço. De acordo com Campos (2007, p. 5) "o estágio na rede básica precisa ser ordenado, tanto por razões pedagógicas quanto de funcionamento dos serviços, em pequenos grupos de alunos, com supervisão e acompanhamento de professores e de tutores ou colaboradores escolhidos entre equipes da ABS."

Atualmente, embora a rede do SUS seja o principal empregador do Brasil, os profissionais ainda não estão com perfil adequado para o sistema. O setor privado promove uma ideologia individualista em que o serviço público é considerado como apenas um emprego mal remunerado, mas que oferece estabilidade (ALMEIDA, 2011).

Nesse contexto, verifica-se que mesmo após a instituição das DCN e de várias ações indutoras para a reorientação da formação profissional em saúde, ainda há muitas resistências. Conforme Almeida (2011, p. 7) o SUS tem provocado uma forte pressão política em favor da substituição do modelo formador com padrão reducionista, orientado para doença e especialização, por outro modelo que seja mais humanista, orientado para saúde, com foco nos cuidados de saúde primários e socialmente comprometido.

CAPÍTULO 2 - AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS

2.1 PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS COM CARÁTER INTERSETORIAL

A área de políticas públicas contou com quatro notórios fundadores: H. Laswel, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton. Laswell (1936) introduz a expressão policy analysis (análise de políticas públicas), ainda nos anos 30, como forma de conciliar conhecimento científico e acadêmico com a produção empírica dos governos e também como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo (SOUZA, 2007).

Para Rua (1996) política pública é definida como o conjunto de ações desencadeadas pelo Estado, no caso brasileiro, nas escalas federal, estadual e municipal, com vistas ao bem coletivo. A autora acredita que a política pública busca, ao mesmo tempo, "colocar o governo em ação" e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente).

O processo de formulação de políticas públicas, especialmente a formação da agenda governamental, é um processo complexo que envolve vários grupos de interesse. O modelo de múltiplos fluxos, desenvolvido por John Kingdon, é um dos mais destacados na formulação de políticas públicas. Para entender o processo de seleção, o autor estabelece uma importante diferenciação entre problemas e questões, sendo esta uma situação social percebida, mas que não desperta necessariamente uma ação em contrapartida. Esse tipo de questão configura-se com problema apenas quando os formuladores de políticas acreditam que devem fazer algo a respeito (CAPELLA, 2007).

Em determinadas circunstâncias, os três fluxos – problemas, soluções e dinâmica política – são reunidos, gerando uma oportunidade de mudança na agenda. Dessa forma, um problema é reconhecido, uma solução está disponível e as condições políticas tornam o momento propício para a mudança, permitindo a convergência entre os fluxos e formação da agenda (CAPELLA, 2007).

É importante considerar que, ao serem elaboradas, as políticas públicas podem se basear em várias metodologias, dentre as quais se destacam o método racional-

compreensivo[4] que se relaciona com a macropolítica e suas grandes análises do cenário político-institucional; e o método incrementalista[5], que se liga à micropolítica e à busca de soluções para problemas mais imediatos e prementes.

Conforme aponta Souza (2007), Lindblom critica o modelo racional e o macroplanejamento político e econômico para as políticas públicas. O autor entende que, nesse método, as decisões, geralmente, são tomadas sem se considerar as preferências do conjunto dos atores.

Mais recentemente, o tema da intersetorialidade ganha espaço na agenda governamental brasileira, embora ainda seja um desafio implementar políticas públicas com caráter intersetorial.

Nesse sentido, faz-se necessário redefinir conceitos e buscar estratégias para executar essas políticas públicas. O aspecto transversal das políticas enseja operar com instrumentos de gestão estratégicos, com domínio dos instrumentos de análise e desenho, de gestão relacional, gestão política e avaliação (BRONZO, 2007).

Conforme destaca Bronzo apud Veiga e Bronzo (2005):

"*É importante, portanto, considerar que a construção de um arranjo de natureza intersetorial pode ocorrer em três dimensões: a) no âmbito da decisão política trata-se de construir e legitimar consensos e pactuações que enfrentem a excessiva setorialização e departamentalização da estrutura administrativa encarregada da produção de políticas públicas; b) no âmbito institucional situam-se as alterações nas estruturas e nos mecanismos e processos existentes, visando criar instrumentos necessários e suficientes para dar materialidade aos desdobramentos da decisão política. Dentre tais alterações, tem-se as reformas no aparato administrativo que reestrutura setores e competências. Nesse sentido ganha relevância a capacidade de coordenação políticas e tecnicamente*

[4] Simon (1957) introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (*policy makers*), argumentando, todavia, que essa limitação poderia ser minimizada pelo conhecimento racional. Para Simon, a racionalidade dos decisores públicos é sempre limitada por problemas tais como informação incompleta ou imperfeita, tempo para a tomada de decisão, auto-interesse dos decisores e outros, mas a racionalidade, segundo ele, pode ser maximizada até um ponto satisfatório pela criação de estruturas conjunto de regras e incentivos) que se enquadrem o comportamento dos atores e modelem esse comportamento na direção de resultados desejados, impedindo, inclusive, a busca de maximização de interesses próprios (SOUZA, 2007).

[5] A visão da política pública como um processo incremental foi defendida por vários autores, dentre esses, Lindblom (1979). Com base em pesquisas empíricas, os autores argumentavam que os recursos governamentais para um programa, órgão ou uma dada política pública não partem do zero, e sim de decisões marginais e incrementais que desconsideram mudanças políticas ou mudanças substantivas nos programas governamentais. Assim, as decisões dos governos seriam apenas incrementais e pouco substantivas (SOUZA, 2007).

legitimada, capaz de estabelecer marcos e pautas comuns de ação, negociar interesses e neutralizar resistências às mudanças; c) no âmbito operativo das políticas as mudanças ocorrem nos processos de trabalho, o que exige a adoção de posturas mais cooperativas, disposição para compartilhar informações e restabelecer fluxos, reorientar a forma de provisão dos serviços públicos de modo a ajustá-los às demandas e necessidades identificadas." (BRONZO, 2007, p. 15).

Um programa ou política de caráter intersetorial necessita, dentre outros aspectos, da legitimidade de pactuações e consensos, rearranjos institucionais, cooperação entre as partes e agilidade no fluxo das informações. Nesse sentido, há desafios para efetividade dessas políticas, como mudança de cultura organizacional, a busca de mecanismos diferenciados para destinação e compartilhamento de recursos financeiros e de um sistema de informação eficiente e ágil. A elaboração de diagnósticos comuns ou pactuados dos problemas pode ser um meio que possibilite a intersetorialidade (BRONZO, 2007).

Sem desconsiderar a complexidade do tema e os desafios a serem enfrentados, é importante também salientar que a estratégia da intersetorialidade pode permitir maior eficiência e resultados mais significativos quanto ao impacto e sustentabilidade das políticas, evitando sobreposições de ações e garantindo maior organicidade às mesmas (BRONZO, 2007).

2.2 A IMPORTÂNCIA DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS

Os programas e políticas públicas precisam considerar mecanismos eficientes de monitoramento e de avaliação, visando corrigir possíveis distorções para melhoria da qualidade do processo de implementação e desempenho das políticas.

Para Vaitsman e Souza (2009) a instituição de sistemas de avaliação integrados às estruturas governamentais é uma das iniciativas gerenciais que têm sido promovidas no Brasil, a partir das últimas décadas, no âmbito da administração pública.

Conforme aponta Draibe (2001) as avaliações de políticas e programas respondem a distintos objetivos, incluindo os objetivos de conhecimento da relação entre condições, meios, resultados e impactos de intervenção e de verificação de eficácia, de eficiência e de *accountabillity* das ações. A autora aponta que os dois grupos de objetivos não são

excludentes e que, ao contrário, é muito frequente que apareçam de forma combinada, em cada pesquisa de avaliação.

As avaliações podem ser classificadas, quanto à natureza, em avaliação de resultados e avaliação de processo. As avaliações de processo se referem à estudos sobre os pontos que favorecem ou dificultam os processos de implementação da política ou programa, aí incluídos seus desenho, dimensões organizacionais e institucionais e as avaliações de resultados englobam desempenho, impacto e efeitos (DRAIBE, 2001).

Segundo Vaitsman et al (2006, p. 23) "a avaliação costuma ser realizada por meio de estudos específicos que procuram analisar aspectos como relevância, eficiência, efetividade, resultados, impactos ou a sustentabilidade de programas e políticas, segundo aquilo que foi definido em seus objetivos. Seu objetivo é melhorar as atividades em andamento e dar subsídios para o planejamento, a programação e a tomada de decisões futuras."

Em relação ao conceito de monitoramento, a autora aponta que:

> "*O monitoramento consiste no acompanhamento contínuo, cotidiano, por parte de gestores e gerentes, do desenvolvimento dos programas e políticas em relação a seus objetivos e metas. É uma função inerente à gestão dos programas, devendo ser capaz de prover informações sobre o programa para seus gestores, permitindo a adoção de medidas corretivas para melhorar sua operacionalização. É realizado por meio de indicadores, produzidos regularmente com base em diferentes fontes de dados, que dão aos gestores informações sobre o desempenho de programas, permitindo medir se objetivos e metas estão sendo alcançados.*" (VAITSMAN et al, 2006, p. 21)

Embora o foco das atividades de avaliação e monitoramento seja a qualidade da gestão, as avaliações geralmente são realizadas por instituições externas, diferentemente do monitoramento, que é uma função inerente à gestão dos programas e políticas.

Conforme aponta Vaitsman e Souza, para que o processo avaliativo seja relevante, é necessário um conjunto de condições, incluindo a mudança de paradigma da instituição e a decisão política de implantar um sistema de avaliação.

> "*Do ponto de vista da melhoria da capacidade de gestão do Estado, a execução de estudos de avaliação só adquire relevância se esses e seus*

> *resultados fizerem parte de sistemas de avaliação, o que remete à discussão sobre a institucionalização dos sistemas de avaliação no interior de estruturas governamentais. No entanto, esse processo depende de um conjunto de condições, entre as quais a decisão política de implantar um sistema de avaliação e a consequente alocação de recursos financeiros, físicos e humanos*." (VAITSMAN e SOUZA, 2009, p. 15 e 16)

Nesse contexto, também é necessário considerar indicadores eficientes para tomada de decisão e acompanhamento das políticas públicas. Segundo Ferreira et al (2009, p. 24):

> "*O indicador é uma medida, de ordem quantitativa ou qualitativa, dotada de significado particular e utilizada para organizar e captar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação. É um recurso metodológico que informa empiricamente sobre a evolução do aspecto observado*".

Para Rua (2004, s/ p.), os indicadores são medidas que expressam ou quantificam um insumo, um resultado, uma característica ou o desempenho de um processo, serviço, produto ou organização.

Conforme aponta Jannuzzi (2002), um indicador social é uma medida em geral quantitativa, dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para a formulação de políticas).

Carley (1985) classifica os indicadores quanto à natureza do ente indicado: se recurso (indicador-insumo)[6], realidade empírica (indicador-produto)[7] ou processo (indicador-processo)[8].

Um sistema de indicadores sociais eficiente é de fundamental importância para formulação e implementação de políticas públicas. Segundo Jannuzi (2008, p. 8):

---

[6] Indicadores-insumo (input indicators) correspondem às medidas associadas à disponibilidade de recursos humanos, financeiros ou equipamentos alocados para um processo ou programa que afeta uma das dimensões da realidade social.

[7] Indicadores-produto (outcome ou output indicators) são aqueles mais propriamente vinculados às dimensões empíricas da realidade social, referidos às variáveis resultantes de processos sociais complexos, como a esperança de vida ao nascer, proporção de crianças fora da escola ou nível de pobreza.

[8] Indicadores-processo ou fluxo (throughput indicators) são indicadores intermediários, que traduzem em medidas quantitativas o esforço operacional de alocação de recursos humanos, físicos ou financeiros (indicadores-insumo) para obtenção de melhorias efetivas de bem-estar (indicadores-produto).

> *"A disponibilidade de um sistema amplo de indicadores sociais relevantes, válidos e confiáveis certamente potencializa as chances de sucesso do processo de formulação e implementação de políticas públicas, na medida em que permite, em tese, diagnósticos sociais, monitoramento de ações e avaliações de resultados mais abrangentes e tecnicamente mais bem respaldados."*

Portanto, a incorporação desses instrumentos à estrutura governamental permite uma inovação aplicada à gestão, à tomada de decisão, agregando qualidade ao gerenciamento de programas, planejamento de atividades, correção de distorções, aumento da eficiência da administração e da transparência governamental.

CAPÍTULO 3 - ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 DO OBJETO E OBJETIVOS

O presente estudo teve como **objeto** a análise da contribuição do Pró-Saúde para a integração ensino-serviço-comunidade, considerando as diretrizes do eixo *Cenários de Práticas*. O **objetivo geral** foi analisar como o Pró-Saúde tem contribuído para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem, considerando as diretrizes do eixo *Cenários de Práticas*.

Como objetivos específicos foram considerados:

Oe1) Caracterizar a implantação e evolução do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.
Oe2) Sistematizar a percepção dos coordenadores dos projetos participantes do Pró-Saúde I a partir de dados fornecidos pela SGTES/DEGES.
Oe3) Analisar as contribuições do Programa para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade a partir da sistematização produzida em Oe2 e de levantamento bibliográficos.

3.2 A ESCOLHA DO MÉTODO

Para compreender a contribuição do Pró-Saúde para a integração ensino-serviço-comunidade a opção metodológica adotada é um estudo descritivo e analítico, com abordagem quantitativa e qualitativa. Entende-se por abordagem qualitativa, o método "capaz de incorporar a questão do significado e de intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (...)" (MINAYO, 2004, p. 10).

Esta pesquisa buscou contextualizar a fase de implantação e evolução do Programa, bem como sistematizar e analisar dados a partir das contribuições dos coordenadores dos projetos participantes do Pró-Saúde I.

Para Minayo (2004, p. 23) a pesquisa é "uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados". A autora considera que, "é preciso aceitar que o sujeito das ciências sociais não é

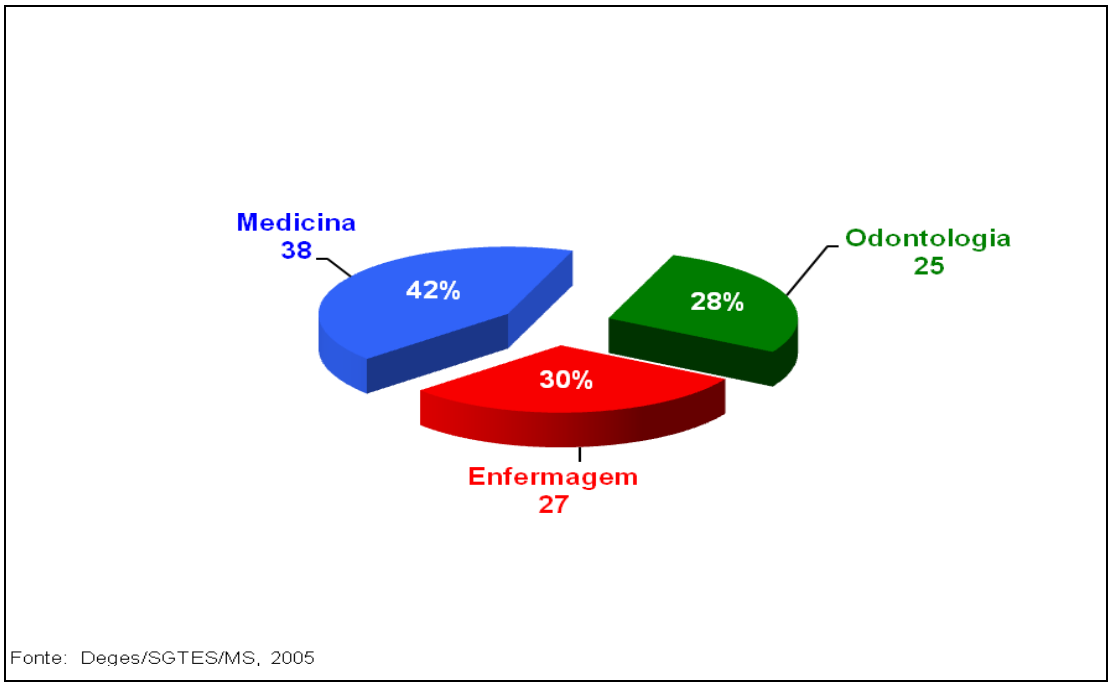
neutro ou então se elimina o sujeito no processo de conhecimento. Da mesma forma, o "objeto" dentro dessas ciências é também sujeito e interage permanentemente com o investigador" (MINAYO, 2004, p. 35).

Minayo (2002, p. 16) conceitua metodologia como o "caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade". Quando atribui ao real as inquietações que levam o investigador a optar por determinada pesquisa, a autora afirma que: "embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática" (MINAYO, 2002, p. 17).

3.3 A FASE DE LEVANTAMENTO DOS DADOS

Conforme apontado anteriormente, o foco deste estudo são os 89 (oitenta e nove) projetos (cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia) participantes do Pró-Saúde I (edital de 2005). O gráfico abaixo apresenta o quantitativo e percentual por curso do Pró-Saúde I.

Figura 2: Cursos participantes do Pró-Saúde I – valores absolutos e percentuais, Brasil, 2005



O presente estudo utilizou-se de técnicas de levantamento de dados em fontes secundárias, mas especificamente pesquisa documental e pesquisa bibliográfica. Na pesquisa com base documental, segundo Laville & Dione (1999, p. 166-168) se utilizam documentos dos mais variados tipos como fonte de dados, considerando que os documentos são "veículos vivos de informação".

Os esforços empreendidos compreenderam uma pesquisa bibliográfica crítica e ampla, que permitiu estabelecer um diálogo reflexivo entre a teoria e o objeto de investigação. Foram também utilizados documentos técnicos e planilhas disponibilizadas pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Em agosto de 2012, a SGTES realizou uma pesquisa direcionada aos 89 (oitenta e nove) coordenadores de projetos participantes do Pró-Saúde I. O objetivo da investigação a distância foi verificar como o Programa tem contribuído para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem, considerando as diretrizes do eixo *Cenários de Práticas*. Foram utilizados os recursos do FORMSUS para envio do questionário semi-estruturado (ANEXO A) aos coordenadores de projetos. O FORMSUS é um serviço de uso público, com normas de utilização definidas, compatíveis com a legislação e com a Política de Informação e Informática do SUS. Permite a criação de formulários, com possibilidade de gerar os resultados por meio de planilhas e/ou gráficos.

Os dados dessa investigação também serão analisados e interpretados neste estudo. Ressalta-se que participei ativamente do planejamento da investigação e elaboração do questionário semi-estruturado enviado aos coordenados dos projetos do Pró-Saúde I. Esse questionário incluiu 27 (vinte e sete) questões que abordam aspectos referentes ao resultado do Programa, considerando a imagem objetivo dos vetores do eixo *Cenários de Práticas*, além de outros aspectos referentes à estrutura do Programa e pontos positivos e desafios para integração ensino-serviço-comunidade.

Para esta pesquisa também foram considerados os relatórios técnicos apresentados pelas instituições no período de implementação do Programa. Optou-se pela seleção dos 64 (sessenta e quatro) relatórios da 2ª fase do Programa, disponíveis em meio eletrônico e disponibilizados pela SGTES.

Além disso, foram consultados os bancos de dados Scielo, BVS, Bireme, dentre outros, e selecionou-se os artigos e documentos que contemplam a imagem objetivo do

Programa, em cada Vetor do eixo *Cenários de Práticas*, para embasar a análise dos dados da investigação a distância e dos relatórios.

3.4 AS FASES DE SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Primeiramente, foi realizada uma descrição do Programa e procurou-se identificar como se deu a evolução durante os 7 (sete) anos de implementação do mesmo. Utilizou-se de pesquisa bibliográfica e documentos técnicos disponibilizados pela SGTES.

Em seguida, partimos para a consecução do **Oe2 -** *Sistematizar a percepção dos coordenadores dos projetos participantes do Pró-Saúde I a partir de dados fornecidos pela SGTES/DEGES* e **Oe3** - *Analisar as contribuições do Programa para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade a partir da sistematização produzida em Oe2 e de levantamento bibliográficos.*

Para atingir os objetivos **Oe2** e **Oe3**, foram utilizados dados da investigação a distância disponibilizados pela SGTES. Dos 89 (oitenta e nove) coordenadores de projetos participantes do Pró-Saúde I, 50 (cinquenta) responderam a essa pesquisa, o que equivale a 56% (cinquenta e seis por cento) do total de projetos de cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem.

A partir dos dados disponibilizados pela SGTES, foram consideradas, inicialmente, as variáveis curso (Medicina, Odontologia e Enfermagem) e categoria administrativa da instituição (pública e privada) para a sistematização e análise dos dados.

Conforme Figura a seguir, 76% (setenta e seis por cento) dos projetos respondentes são de IES públicas e 24% (vinte e quatro por cento) de IES privadas.

Figura 3: Categoria administrativa das IES participantes da pesquisa – valores absolutos e percentuais. Brasil, 2012.

Pública	38	76 %
Privada Sem Fins Lucrativos	12	24 %
Total	50	100 %

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Em relação aos cursos envolvidos, a representação na investigação a distância foi a seguinte: 36% (trinta e seis por cento) são cursos de Medicina, 34% (trinta e quatro por cento) de Enfermagem e 30% (trinta por cento) de Odontologia.

Figura 4: Cursos de graduação participantes da pesquisa – valores absolutos e percentuais. Brasil, 2012

Enfermagem	17	34 %
Medicina	18	36 %
Odontologia	15	30 %
Total	50	100 %

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Também foram analisados os documentos oficiais e os relatórios apresentados pelas instituições no período de implementação da 2ª fase do Programa. Para essa análise foram considerados os 64 (sessenta e quatro) relatórios técnicos disponíveis em meio eletrônico no DEGES/SGTES. Dos relatórios analisados, 42% são de Medicina, 28% de Odontologia e 30% de Enfermagem, conforme Tabela 1.

Tabela 1: Quantitativo dos Relatórios Técnicos Analisados por Cursos de Graduação. Brasil, 2012

Relatórios	**Quantitativo**	
	N	**%**
Medicina	27	42
Odontologia	18	28
Enfermagem	19	30
Total	64	100

Fonte: DEGES/SGTES/MS. Relatórios Técnicos. Brasília, 2012

Após um trabalho de leitura e de um primeiro tratamento das informações obtidas, foi possível adotar agregações por semelhança temática em consonância com os objetivos do estudo. Inicialmente, foram identificadas as temáticas relacionadas com os vetores do eixo *Cenários de Práticas* do Pró-Saúde: interação ensino-serviço (subcategoria: interdisciplinariedade e multiprofissionalidade na formação e nas práticas de saúde); diversificação dos cenários do processo de aprendizagem (subcategoria: importância dos estágios curriculares supervisionados); e articulação dos serviços universitários com o SUS. Além dessas, elegemos como categorias para análise dos dados: mecanismos

dificultadores, facilitadores e de sustentabilidade para a integração ensino-serviço-comunidade.

O capítulo 4 apresenta os resultados e discussões deste estudo. Com base na revisão de literatura e de documentos do DEGES/SGTES foi possível caracterizar a implantação e evolução do Pró-Saúde. Em seguida, foram consideradas as categorias e subcategorias eleitas para análise dos dados.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este trabalho contemplou plenamente aos preceitos e diretrizes – autonomia, beneficiência, não maleficiência, justiça e equidade constantes na Resolução CNS nº 196/1996. Conforme Resolução, a autonomia diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo, e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes; a beneficiência é referente à ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos; a não maleficiência é a garantia de que danos previsíveis serão evitados e a justiça e equidade consideram a relevância social com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

Como foram utilizadas somente fontes secundárias de acesso público não houve necessidade de envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Osvaldo Cruz, por meio de cadastro na Plataforma Brasil Importante ressaltar que, embora não tenha implicação direta com esta dissertação, o levantamento feito pelo Ministério da Saúde para identificar a percepção dos sujeitos atendeu aos preceitos de ética em pesquisa normatizados pela Resolução CNS nº 196/1996.

Tal dispensa não exime esta pesquisadora de manter o esmero ético em todas as suas atividades. Neste sentido, reitera-se que ao se trabalhar com o banco de dados produzido pela SGTES/MS, não foi analisado nenhum item que pudesse gerar identificação pessoal e/ou profissional, trabalhando-se a partir de agregações que não objetivaram revelar posições de indivíduos, mas sim, tendências gerais de respostas.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E DA EVOLUÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

A expressão integração ensino-assistência foi introduzida no Brasil por volta de 1973, quando o Ministério do trabalho e da Previdência Social recomendou a articulação da coordenação de assistência médica do Instituto Nacional de Previdência Social com o sistema de formação de pessoal. Nessa mesma década, desenvolveram-se projetos de articulação entre os serviços e as instituições de ensino na área de Saúde Comunitária, subsidiados pela Fundação Kellog[9] (OJEDA et al, 2004).

Na década de 1980, o governo federal também incentivou a articulação entre instituições de educação e serviços de saúde, com destaque para o Programa de Integração Docente Assistencial – IDA, que foi proposto pela Coordenação de Ciências da Saúde, da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e Cultura.

Os objetivos do Programa IDA incluíam situar a formação dos profissionais da saúde na realidade regional e nacional, estimular a criação de distritos docente-assistenciais, a implementação de mudanças curriculares e o desenvolvimento de atividades de pesquisa voltadas para o interesse das comunidades (BRASIL, 1981).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, instituídas no ano de 2001, em substituição ao currículo mínimo, apresentam um marco para indução na transformação do ensino no Brasil. As Diretrizes para os cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem (ANEXOS B, C e D) apresentam importantes aspectos referentes ao perfil do formando egresso, bem como às competências e habilidades gerais e específicas desses profissionais, considerando que a formação deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2001a, b e 2002).

Posteriormente, surgiram outras iniciativas como a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM, o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças

[9] Fundação privada, fundada em 1930, nos Estados Unidos. Entre suas diretrizes, apoia o financiamento de projetos de pesquisa e de estudos em instituições nos Estados Unidos, América Latina, Caribe e Sul da África (OJEDA et al, 2004).

Curriculares para as Escolas Médicas – PROMED (criado em 2002) e a Política Nacional de Mudança na Graduação, denominada AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área na saúde (lançada em 2004), após a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em 2003.

No entanto, mesmo após a instituição das DCN e de outras iniciativas indutoras, verificou-se pouco avanço na reorientação da formação profissional em saúde por parte das IES. Conforme aponta Ferreira et al (2007, p. 56):

> "*A reorientação pretendida, ainda que aceita em tese, por boa parte das autoridades acadêmicas, não era, em absoluto, algo simples que pudesse ser implantado de um momento para outro, sem afetar toda uma tradição baseada na forma de geração do conhecimento, em sua disseminação e processos de transferência, e na própria prática profissional, predominantemente especializada*."

Nesse contexto, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde foi instituído em 2005, pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES e o Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Superior - SESU e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP, com o apoio da Organização Pan Americana da Saúde – OPAS.

Cabe ressaltar a importância da articulação entre o Ministério da Saúde e Educação para o desenvolvimento de políticas e programas de educação em saúde, considerando a competência desses órgãos. Em consonância com os preceitos legais, compete ao Ministério da Educação, dentre outras ações, definir as políticas de formação de educação superior, regular as condições de sua oferta e avaliar a qualidade dessa formação; e ao Ministério da Saúde, dentre outras ações, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Essa articulação vem sendo fortalecida nos últimos anos, principalmente após a criação da Portaria Interministerial n^{o} 2.118, de 03 de novembro de 2005, que instituiu a cooperação técnica entre os Ministérios da Educação e da Saúde, para a formação e desenvolvimento de profissionais nessa área, e do Decreto de 20 de junho, de 2007, que instituiu a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2005a e 2007b).

A missão da OPAS/OMS é orientar os esforços estratégicos de colaboração entre os Estados Membros e outros parceiros no sentido de promover a eqüidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade de vida e elevar a expectativa de vida dos povos das Américas. A OPAS Brasil também tem desempenhado um papel fundamental na formação e desenvolvimento dos profissionais da área da saúde, oferecendo cooperação técnica para o DEGES/SGTES, por meio da Unidade Técnica de Políticas de Recursos Humanos em Saúde/Gerência de Sistemas de Saúde, desde a criação do Programa. O bloco programático Pró-Saúde integrou o 8º Termo de Cooperação e Assistência Técnica, celebrado entre a União Federal por meio do Ministério da Saúde e a OPAS/OMS, e mais recentemente, o 57 º Termo de Cooperação Técnica.

As parcerias e diálogos com outras áreas do Ministério da Saúde, com destaque para a Secretaria de Atenção à Saúde, também tem sido fundamental para implementação do Pró-Saúde. A educação na saúde deve decorrer, portanto, de um movimento interinstitucional, intra e intersetorial.

O objetivo principal do Programa é a reorientação da formação profissional, assegurando uma compreensão global do processo saúde-doença, promovendo transformações na geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e na assistência à saúde da população.

Trabalha-se com a ótica de reorientação de 3 (três) eixos: o conteúdo teórico, a diversificação dos cenários de prática e a orientação pedagógica. O ponto considerado prioritário, conforme diretrizes estabelecidas pelo Programa, é a inserção das escolas junto aos serviços públicos de saúde.

O Quadro 1 apresenta esses 3 (três) eixos com os principais vetores considerados em cada um deles:

Quadro 1: Eixos e Vetores – Pró-Saúde

ORIENTAÇÃO TEÓRICA	
A. 1	Determinantes de saúde e doença
A. 2	Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS
A. 3	Pós-graduação e Educação Permanente
CENÁRIOS DE PRÁTICAS	
B. 1	Interação ensino-serviço
B. 2	Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem
B. 3	Articulação dos Serviços Universitários com o SUS

ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA	
C. 1	Integração básico-clínica
C. 2	Análise crítica da Atenção Básica
C. 3	Mudança metodológica

Fonte: Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

A concepção do Pró-Saúde vai ao encontro das DCN, uma vez que estimula a reorganização das práticas educacionais e a incorporação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, contribuindo para a formação integral e adequada do estudante. Ferreira et al (2007, p. 55), enfatiza que a estrutura proposta nas Diretrizes Curriculares foi considerada no Pró-Saúde, sendo que inclui, dentre outros aspectos, ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor Saúde; utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência; promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais; inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional; utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional; propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

O Pró-Saúde é um programa de caráter intersetorial, tanto a nível nacional como local, envolvendo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, que incentiva a implementação de projetos visando a integração ensino-serviço-comunidade. Os projetos são desenvolvidos por Instituições de Educação Superior em conjunto com Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde.

Em 2005 foram selecionados, por meio de edital público, 90 cursos (sendo que 89 aderiram ao Programa), com impacto sobre aproximadamente 46 mil estudantes de

graduação da área da saúde. Posteriormente, o Pró-Saúde foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde, por meio da Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007 (ANEXO E)**,** conforme recomendação da Comissão Intergestores Tripartite - CIT e Conselho Nacional de Saúde - CNS. Em 2008 foram selecionados, por meio de edital público, 68 projetos, incluindo 265 cursos das diversas áreas da saúde.

Considerando as especificidades das regiões Norte e Nordeste, no segundo semestre de 2010, a SGTES trabalhou para apoiar os projetos de mudança em cursos de graduação para essas regiões. Foram aprovados 9 (nove) projetos para região.

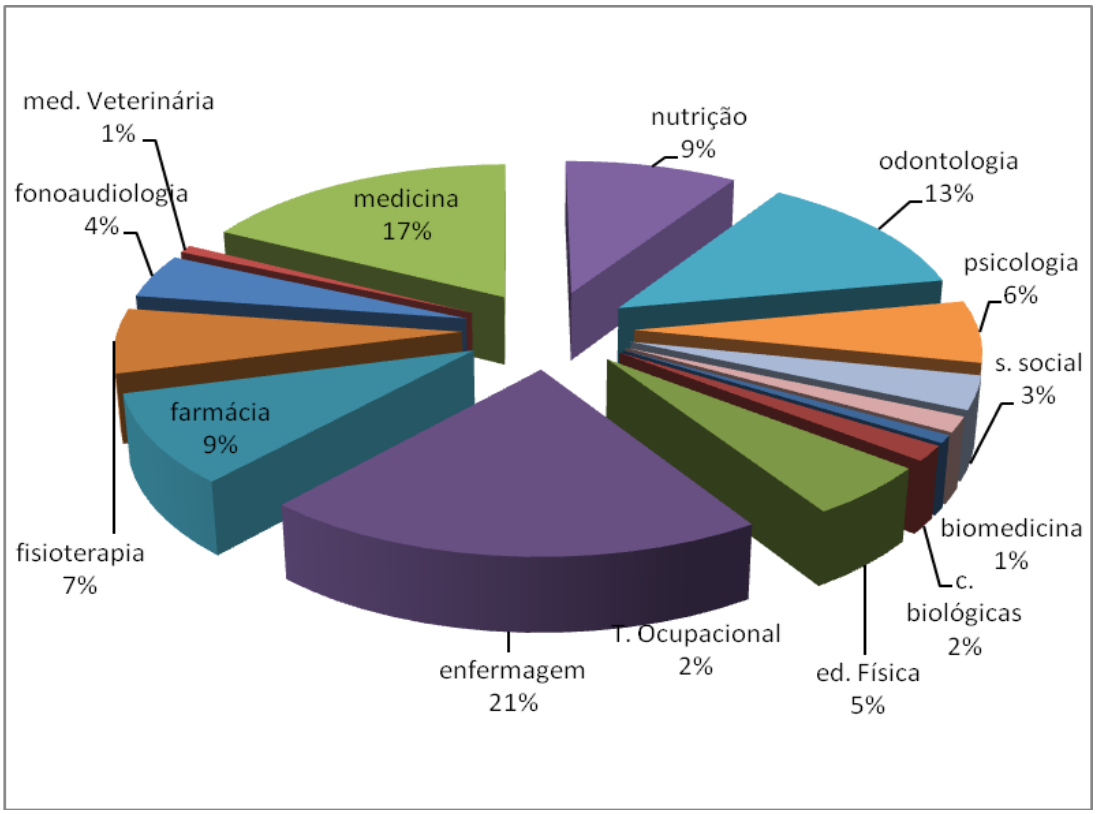
No final de 2011, a SGTES decidiu-se por um edital conjunto Pró-Saúde e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde, considerando o planejamento da saúde segundo as regiões de saúde e as redes de atenção à saúde. As diretrizes do novo Edital Pró-Saúde e PET-Saúde foram apresentadas e debatidas no Seminário Nacional, sendo bem aceita a idéia de edital conjunto. A minuta do edital também foi discutida com SESU/MEC, demais secretarias do MS e no grupo de Trabalho da CIT - Educação e Trabalho em outubro e, pactuada e aprovada na CIT de 24 de novembro. O Edital n.º 24 foi publicado no DOU em 16/12/2011.

O edital também incentivou outras políticas e prioridades do Ministério da Saúde como: Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama; Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis; considerando, sempre, as necessidades loco-regionais definidas de forma articulada entre instituições de ensino e secretarias municipais/estaduais de saúde.

A oficina de seleção das propostas para o Edital nº 24/2011 ocorreu no período de 26 a 30 de março, com a participação dos assessores e técnicos dos Programas, além de representantes do MEC, CONASEMS, OPAS e de outras Secretarias do Ministério da Saúde. Foram aprovadas 119 (cento e dezenove) propostas e o resultado da seleção foi homologado pela Portaria nº 6, de 3 de abril de 2012.

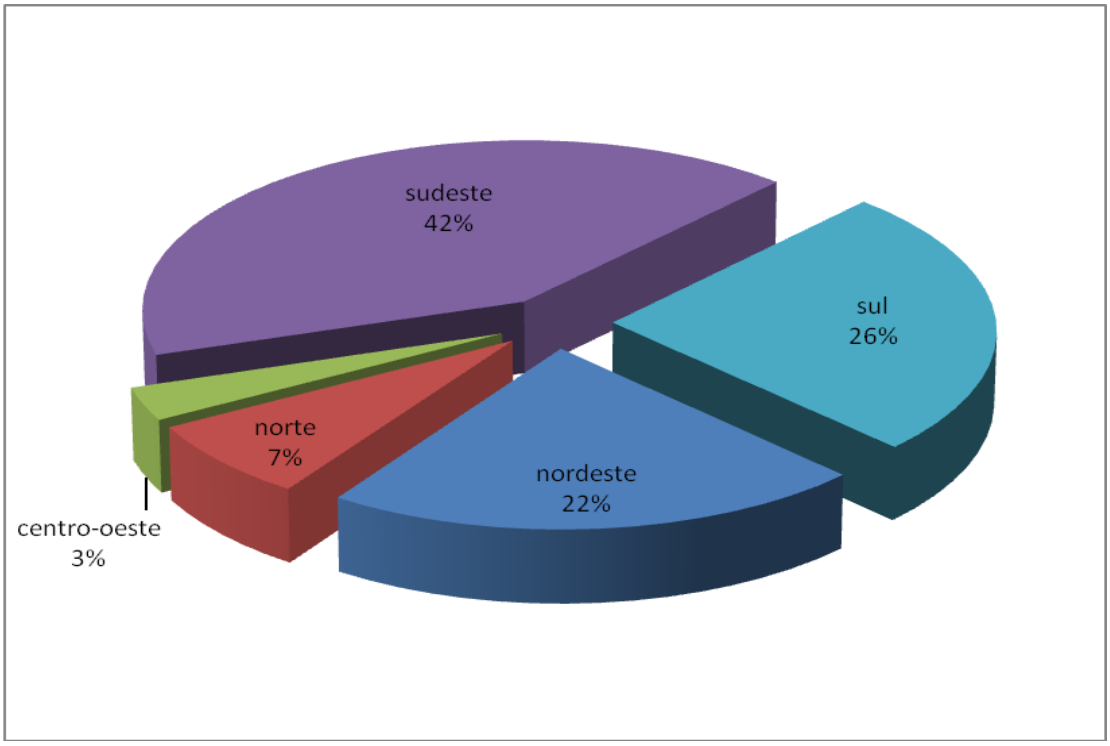
Conforme Figuras 5 e 6 a seguir, 379 (trezentos e setenta e nove) cursos são apoiados técnica e financeiramente no Pró-Saúde I, II e Amazônia, com impacto sobre mais de 100 mil estudantes. A Figura 5 apresenta as propostas selecionadas pelo Edital nº 24/2011 por região do Brasil.

Figura 5: Cursos envolvidos no Pró-Saúde I, II e Norte/Nordeste (n=379), Brasil, 2011



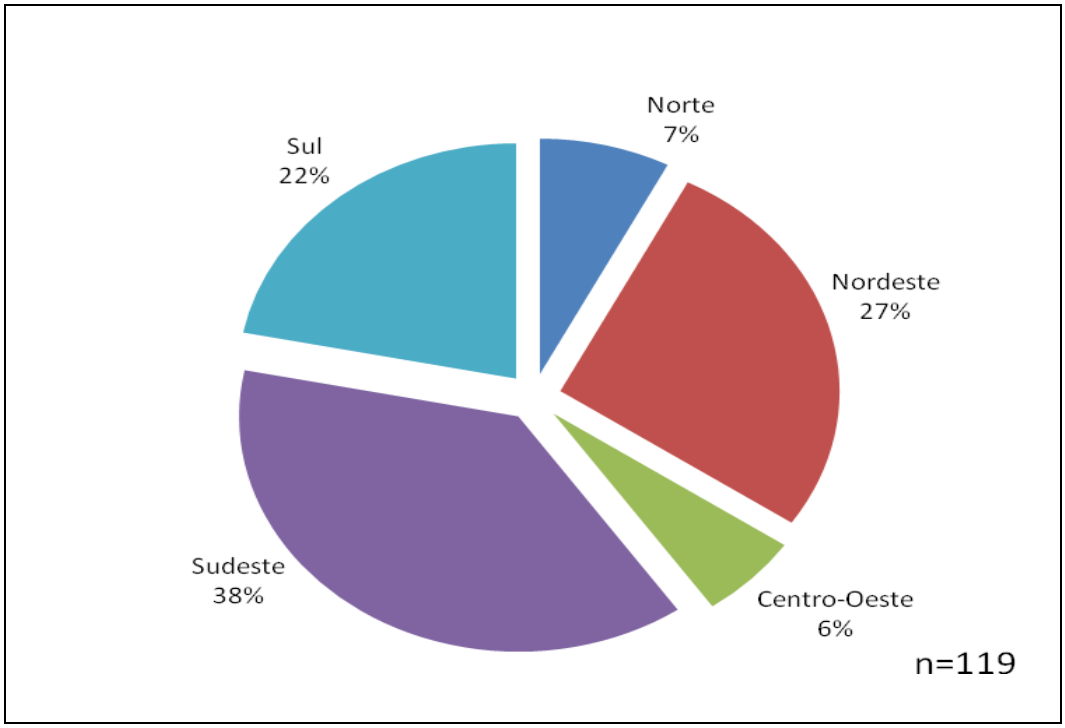
Fonte: DEGES/SGTES/MS, 2011

Figura 6: Cursos por região do Brasil - Pró-Saúde I, II e Norte/Nordeste (n=379), Brasil, 2011



Fonte: DEGES/SGTES/MS, 2011

Figura 7: Distribuição das propostas Pró-Saúde/PET-Saúde segundo a região do País, Brasil, 2012



Fonte: DEGES/SGTES/MS, 2012

O Pró-Saúde considera o controle e participação social na elaboração, implementação e acompanhamento do Programa, sendo que foi pactuado e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS e pela Comissão Intergestores Tripartite - CIT, em que participam Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS.

Destaca-se também que, a estrutura do Programa contempla uma Comissão Executiva, uma Comissão Assessora e um Conselho Consultivo. Cabe à Comissão Executiva administrar o Programa e criar mecanismos para garantir o adequado apoio técnico e avaliação do desenvolvimento dos projetos aprovados. A Comissão Assessora tem como atribuição selecionar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento desses projetos e o Conselho Consultivo atua como instância consultiva.

Desde a Constituição Federal de 1.988 a participação social tem sido reafirmada no Brasil como um fundamento dos mecanismos institucionais que visam garantir a efetiva proteção social contra riscos e vulnerabilidades, assim como a vigência dos direitos sociais (SILVA *et al*, 2005). Os conselhos apresentam um papel fundamental para legitimação e efetividade das políticas públicas. Conforme Silva *et al*, 2005 (p. 380):

> "*De forma sintética, os conselhos são instâncias públicas, localizadas junto à administração federal, com competências definidas e podendo influenciar ou deliberar sobre a agenda setorial, sendo também capazes, em muitos casos, de estabelecer a normatividade pública e a alocação de recursos dos seus programas e ações. Podem ainda mobilizar atores, defender direitos, ou estabelecer concertações e consensos sobre as políticas públicas. Em qualquer dos casos, ou seja, em acordo com as linhas de ação do Estado ou em conflito com elas, contribuem para a legitimação das decisões públicas*."

As atividades de monitoramento e avaliação do Pró-Saúde incluem visitas in loco aos projetos (IES e Serviços Públicos de Saúde) pela Comissão Assessora. Esta é parceira no processo, facilitando o diálogo entre as diversas instituições e é composta por diversos representantes da academia e serviço, incluindo CONASS e CONASEMS. A SGTES e a OPAS também acompanha o Programa por meio dos relatórios técnicos apresentados pelos coordenadores dos projetos e por meio dos Seminários Regionais e Nacionais.

No nível local, o Programa prevê a constituição de uma Comissão de Gestão e Acompanhamento Local, com participação de do(s) coordenador(es) do(s) projetos e de representantes do gestor municipal de saúde, do Conselho Municipal de Saúde, dos profissionais do sistema público de saúde, dos docentes e dos discentes do(s) curso(s) participantes. Há também previsão de uma Comissão Estadual de Acompanhamento.

Após análise dos dados disponibilizados pela SGTES, verifica-se que 48% dos coordenadores de projetos que responderam ao questionário da investigação a distância realizada em 2012, afirmaram que a Comissão de Gestão e Acompanhamento Local tem apoiado no planejamento e acompanhamento das ações de integração ensino-serviço-comunidade; 6% responderam que não tem apoiado, 44% responderam que tem apoiado parcialmente e 2% que não existiam evidências para responder.

Figura 8: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre o apoio da Comissão de Gestão e Acompanhamento Local – valores absolutos e Percentuais. Brasil, 2012

Sim	24	48 %
Não	3	6 %
Parcialmente	22	44 %
Não existem evidências para eu responder	1	2 %
Total	50	100 %

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Embora 48% dos coordenadores dos projetos tenham respondido positivamente sobre o apoio da Comissão de Gestão e Acompanhamento Local, verifica-se que ainda há uma fragilidade em relação à periodicidade das reuniões da Comissão, sendo que 50% dos coordenadores informaram que as reuniões são realizadas eventualmente, quando demandadas pelo(s) coordenadore(s) do projeto(s) ou do serviço.

Figura 9: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre o funcionamento da Comissão de Gestão e Acompanhamento Local – valores absolutos e percentuais. Brasil, 2012

Reuniões eventuais quando demandada(s) pelo(s) coordenadore(s) do projeto(s) ou do serviço.	25	50 %
Reuniões regulares.	12	24 %
Reuniões regulares (agendadas e planejadas) seguindo plano de ação aprovado.	11	22%
Não existem evidências para eu responder	2	4 %
Total	50	100%

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012

Em relação à representação e participação do controle social nas atividades da Comissão, 62% dos coordenadores responderam sim, 10% responderam não, 26% responderam parcialmente e 2% afirmaram que não existem evidências para responder.

Figura 10: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre a participação do controle social nas atividades da Comissão – valores absolutos e percentuais. Brasil, 2012.

Sim	31	62 %
Não	5	10 %
Parcialmente	13	26 %
Não existem evidências para eu responder	1	2 %
Total	50	100 %

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012

No relatório do Seminário realizado pela SGTES em 2008 é apontada a diversidade das atribuições que as Comissões vêm assumindo e que ao construir, monitorar e avaliar de forma integrada as estratégias para cumprimento do Programa, as Comissões buscam fortalecer os processos de reorientação da formação de profissionais de Saúde para a consolidação do SUS. É apresentado que as comissões têm funcionado com alguma heterogeneidade, principalmente com referência à participação dos alunos e dos

representantes do controle social, como também foi verificado na Pesquisa realizada em 2012. Por outro lado, têm tido avanços na ampliação das tomadas de decisões, mediante o conhecimento dos cenários de práticas e verificando os requisitos para execução das práticas de estágio nos serviços. Ainda nesse âmbito, muitas escolas vêm discutindo os processos de educação permanente para os profissionais da rede de serviços, identificando as necessidades de aprimoramento desses profissionais, acolhendo as demais demandas de cada um dos setores representados e pautando-as nas reuniões para processamento.

As IES e Secretarias de Saúde participantes do Pró-Saúde I, foco deste estudo estão listadas no Quadro 2. A Universidade Federal do Rio de Janeiro (curso Odontologia) selecionada para o Pró-Saúde I não aderiu ao processo.

Quadro 2: IES e Secretarias de Saúde Participantes do Pró-Saúde I

	UF	IES e Secretarias de Saúde	Cursos
NORTE (02)			
1	**PA**	**Universidade Federal do Pará e SMS de Belém**	**Enfermagem**
2	**PA**	**Universidade do Estado do Pará e SMS de Belém**	**Medicina**
NORDESTE (12)			
3	**AL**	**Universidade Federal de Alagoas e SMS de Maceió**	**Medicina - Enfermagem**
4	**BA**	**Universidade Federal da Bahia e SMS de Salvador**	**Medicina**
5	**CE**	**Universidade Federal do Ceará e SMS de Fortaleza**	**Medicina – Enfermagem**
6	**CE**	**Universidade Estadual do Vale do Acaraú e SMS de Sobral**	**Enfermagem**
7	**MA**	**Universidade Federal do Maranhão e SMS de São Luís**	**Medicina**
8	**PB**	**Universidade Federal da Paraíba e SMS de João Pessoa**	**Medicina - Enfermagem - Odontologia**
9	**PE**	**Faculdade de Odontologia de Caruaru e SMS Caruaru**	**Odontologia**
10	**PE**	**Universidade Federal de Pernambuco e SMS de Recife**	**Medicina**
11	**PE**	**Universidade de Pernambuco e SMS de Recife**	**Medicina - Enfermagem**
12	**PI**	**Universidade Federal do Piauí e SMS de Teresina**	**Odontologia**

13	RN	Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e SMS de Mossoró	Enfermagem
14	RN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte e SMS de Natal	Medicina - Enfermagem

CENTRO-OESTE (2)			
15	GO	Universidade Federal de Goiás e SMS de Goiânia	Medicina - Enfermagem - Odontologia
16	MS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e SMS de Campo Grande	Enfermagem

SUDESTE (29)			
17	ES	Universidade Federal do Espírito Santo e SMS de Vitória	Enfermagem – Odontologia
18	MG	Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri e SMS de Diamantina	Enfermagem
19	MG	Universidade Federal de Uberlândia e SMS de Uberlândia	Medicina – Odontologia
20	MG	Universidade Federal do Triângulo Mineiro e SMS de Uberaba	Medicina
21	MG	Universidade Estadual de Montes Claros e SMS de Montes Claros	Medicina – Odontologia
22	MG	Universidade Federal de Minas Gerais e SMS de Belo Horizonte	Medicina - Enfermagem - Odontologia
23	MG	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/Campus Betim e SMS de Betim	Enfermagem
24	MG	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e SMS de Belo Horizonte	Odontologia
25	MG	Universidade Federal de Juiz de Fora e SMS de Juiz de Fora	Medicina - Enfermagem - Odontologia
26	MG	Universidade José do Rosário Vellano e SMS de Alfenas	Medicina
27	RJ	Centro Universitário de Barra Mansa e SMS de Barra Mansa	Enfermagem
28	RJ	Universidade Severino Sombra e SMS de Vassouras	Enfermagem – Odontologia
29	RJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro e SMS de Rio de Janeiro	Medicina - Enfermagem - Odontologia
30	RJ	Universidade do Grande Rio "Professor José de Souza Herdy" e SMS de Duque de Caxias	Odontologia

31	**RJ**	**Faculdade de Medicina de Petrópolis e SMS de Petrópolis**	**Medicina**
32	**RJ**	**Faculdades Unificadas Serra dos Órgãos e SMS de Teresópolis**	**Medicina - Enfermagem - Odontologia**
33	**SP**	**Universidade Estadual de Campinas e SMS de Campinas**	**Medicina - Enfermagem**
34	**SP**	**Universidade Estadual de Campinas/Campus Piracicaba e SMS de Piracicaba**	**Odontologia**
35	**SP**	**Universidade de São Paulo e SMS de São Paulo**	**Medicina - Enfermagem - Odontologia**
36	**SP**	**Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e SMS de São Paulo**	**Medicina**
37	**SP**	**Faculdade de Medicina de Marília e SMS de Marília**	**Medicina - Enfermagem**
38	**SP**	**Faculdade de Medicina do ABC e SMS de Santo André**	**Medicina**
39	**SP**	**Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho/Campus Botucatu e SMS de Botucatu**	**Medicina**
40	**SP**	**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e SMS de São José do Rio Preto**	**Medicina**
41	**SP**	**Universidade de São Paulo/Campus Ribeirão Preto e SMS de Ribeirão Preto**	**Enfermagem – Odontologia**
42	**SP**	**Universidade Federal de São Paulo e SMS de São Paulo**	**Medicina - Enfermagem**
43	**SP**	**Pontifícia Universidade Católica de Campinas e SMS de Campinas**	**Medicina**
44	**SP**	**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/Campus Sorocaba e SMS de Sorocaba**	**Medicina**

SUL (13)			
45	**PR**	**Universidade Estadual de Maringá e SMS de Maringá**	**Medicina – Odontologia**
46	**PR**	**Pontifícia Universidade Católica do Paraná e SMS de Curitiba**	**Odontologia**
47	**PR**	**Faculdade Evangélica do Paraná e SMS de Curitiba**	**Medicina**
48	**PR**	**Universidade Estadual de Londrina e SMS de Londrina**	**Medicina – Odontologia**
49	**RS**	**Universidade de Caxias do Sul e SMS de Caxias do Sul**	**Medicina**

50	**RS**	**Universidade de Santa Cruz do Sul e SMS de Santa Cruz do Sul**	**Odontologia**
51	**RS**	**Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e SMS de Porto Alegre**	**Enfermagem**
52	**RS**	**Fundação Universidade Federal do Rio Grande e SMS de Rio Grande**	**Medicina**
53	**RS**	**Universidade Federal do Rio Grande do Sul e SMS do Rio Grande do Sul**	**Medicina – Odontologia**
54	**RS**	**Universidade de Passo Fundo e SMS de Passo Fundo**	**Medicina**
55	**SC**	**Universidade Comunitária Regional de Chapecó e SMS de Chapecó**	**Enfermagem**
56	**SC**	**Universidade do Vale do Itajaí e SMS de Itajaí**	**Medicina – Odontologia**
57	**SC**	**Universidade Federal de Santa Catarina e SMS de Florianópolis**	**Medicina - Enfermagem - Odontologia**

Fonte: Portaria nº 2.530, de 22 de dezembro de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005

4.1.1 O INCENTIVO FINANCEIRO E AS ATIVIDADES IMPLEMENTADAS PELOS PROJETOS PARTICIPANTES DO PRÓ-SAÚDE I

No ano de 2005 as instituições, selecionadas por meio de edital público, enviaram seus projetos com previsão das atividades e recursos necessários, visando atingir os objetivos propostos, considerando as diretrizes do Programa. Inicialmente, cada curso, em conjunto com a(s) secretaria(s) de saúde realizaram um planejamento para 3 (três) anos consecutivos.

O apoio financeiro se deu mediante carta acordo assinada pelas Instituições de Ensino ou suas respectivas Fundações de Apoio com a OPAS/OMS. A SGTES e a OPAS aprovaram aproximadamente R$400.000,00 (quatrocentos mil reais) para cada projeto, considerando os critérios de seleção previstos no edital. As cartas acordo foram regidas por meio do Termo de Cooperação Técnica nº 08, finalizado no ano de 2010, e por meio do Termo de Cooperação Técnica nº 57.

Diferentemente do PROMED, no Pró-Saúde parte dos recursos autorizados para cada projeto também pôde ser utilizado nas unidades assistenciais, especialmente os recursos destinados à aquisição de material permanente que foram incorporados, na maioria, na rede SUS.

Em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde, também foram disponibilizados R$100.000,00 (cem mil reais) por curso de graduação para cada município indicado como cenário de práticas dos estudantes envolvidos, conforme Portaria nº 649, de 28 de março de 2006 e Portaria Conjunta nº 48, de 30 de junho de 2006.

Os valores disponibilizados pela SGTES nas 3(três) fases do Pró-Saúde I estão elencados na Tabela 2.

Tabela 2: Valores Investidos nas 3 Fases do Programa

FASES	VALOR INVESTIDO
1ª fase	R$40.283.627,00
2ª fase	R$30.782.213,13
3ª fase	R$8.010.000,00
Total (3 fases)	R$79.075.840,13

Fonte: DEGES/SGTES/MS, 2012

Durante o processo de implementação dos projetos, ocorreram alguns imprevistos e mudanças referentes aos recursos investidos e prazos previstos, tanto por parte das IES e secretarias de saúde, tanto por parte da SGTES e OPAS. No primeiro ano de execução dos projetos, praticamente todas as instituições solicitaram prorrogação de prazo dos contratos, com a justificativa de que não havia tempo hábil para realizarem as atividades previstas, principalmente em relação à aquisição de equipamentos e materiais permanentes que necessitavam de processo licitatório. Nesse período, conforme as regras da OPAS, a carta acordo podia ser prorrogada por 12(doze) meses, o que foi concedido para todas as instituições solicitantes pela SGTES e OPAS.

Após a prestação de contas do primeiro contrato, as instituições tiveram que rever as suas atividades e a previsão orçamentária para nova fase, devido ao longo tempo decorrido do processo de seleção. Além disso, em julho de 2010, com o fim da vigência do Termo de Cooperação nº 08 (MS/OPAS), algumas cartas acordo tiveram uma vigência inferior a 12 (doze) meses, o que refletiu na execução das atividades e na utilização de recursos por parte das instituições beneficiárias. Várias instituições devolveram parte do recurso e justificaram que não havia tempo hábil para realizarem as atividades previstas e atingir as metas propostas no projeto. Algumas instituições que firmaram carta acordo por

meio do novo Termo de Cooperação nº 57 conseguiram uma prorrogação de prazo por 120 (cento e vinte dias), conforme permitido pelas novas regra da OPAS.

Uma outra dificuldade enfrentada, tanto por parte das instituições beneficiárias como por parte dos gestores do Programa, foi a questão do TC nº 57 somente permitir financiamento de recurso para pagamento de despesas de custeio. A SGTES optou por realizar uma compra centralizada de equipamentos e materiais permanentes para doação às instituições que firmaram carta acordo por meio do TC nº 57 e não puderam realizar a compra direta. Embora a compra centralizada dos equipamentos e materiais permanentes pudesse solucionar o problema no momento e agilizar o processo, algumas instituições não foram contempladas especificamente com itens previstos no projeto original.

Após uma avaliação do Programa pela SGTES e considerando a restrição orçamentária da Secretaria, definiu-se que, para a terceira e última fase, cada instituição receberia um valor de R$90.000,00 (noventa mil reais). Algumas instituições ficaram insatisfeitas, pois tiveram que refazer o plano de trabalho de acordo com o recurso disponível.

Apesar das dificuldades encontradas para o financiamento dos projetos, avalio que as atividades realizadas com o orçamento disponível para cada IES e Secretaria de Saúde, consideraram as diretrizes do Programa para os 3 (três) eixos propostos, principalmente no que se refere ao fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade. Em todos os projetos foi demonstrado interesse para uma melhor integração ensino-serviço, muitas vezes com formalização de termo de convênio ou compromisso entre as instituições, com diversos gastos voltados a esse fim. Os projetos destacam a inserção dos estudantes em atividades práticas nos serviços de saúde desde os primeiros anos dos cursos. As outras principais atividades destacadas nos relatórios estão elencadas no Quadro a seguir.

Quadro 3: Principais Atividades Realizadas Pelos Projetos Participantes do Pró-Saúde I

Realização de seminários e oficinas com temas relacionados ao SUS e à Atenção Básica, com participação dos estudantes, docentes e profissionais dos serviços
Realização de projetos de iniciação científica na Atenção Básica
Realização e participação em cursos com temáticas referentes ao SUS
Participação em eventos científicos

Capacitação docente
Incentivo à participação em atividades extra-muros nas UBS, ESF e outros equipamentos sociais
Desenvolvimento de ações educativas, com elaboração de material didático (folhetos, cartazes, cartilhas)
Instituição de novas disciplinas e/ou adequação do projeto pedagógico do curso
Aquisição de equipamentos e material consumo para os serviços de saúde

Fonte: DEGES/SGTES/MS. Relatórios Técnicos. Brasília, 2012

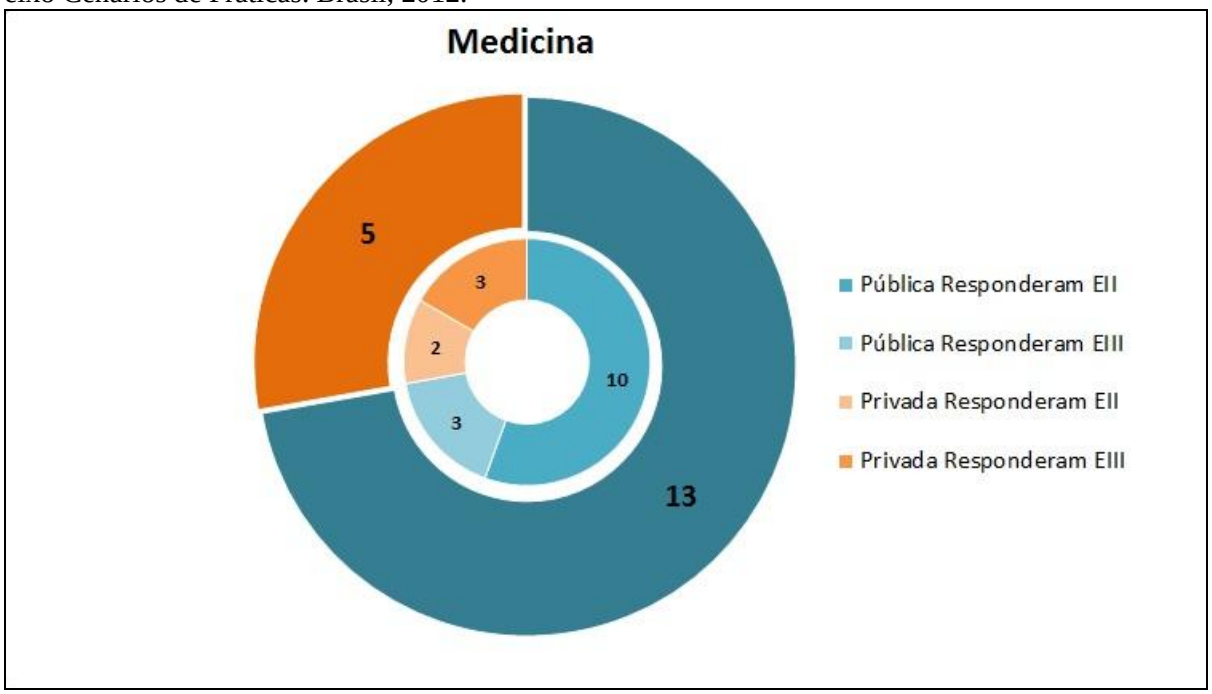
4.2 INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

O primeiro vetor do eixo *Cenários de Práticas* do Pró-Saúde (vetor 4 – Interação Ensino-Serviço), considerado neste estudo, como uma categoria de análise, apresenta como imagem objetivo (estágio III): "*a escola integra, durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com a prática nos serviços públicos, em nível individual e coletivo, com participação de todas as áreas disciplinares*". Os estágios I e II correspondem, respectivamente a: "*os cursos mantêm rígida separação entre a programação teórica e a prática dos serviços de saúde*"; e "*os cursos contam com alguma articulação da programação teórica com a prática dos serviços de saúde, em poucas áreas disciplinares, predominantemente na atenção de caráter curativo*" (BRASIL, 2007c).

Uma das questões investigadas durante o questionário enviado aos coordenadores dos cursos participantes do Pró-Saúde, foi o estágio em que o curso se encontra, considerando o incentivo do Programa para atingir a imagem objetivo proposta. Nesse aspecto, consideramos as variáveis curso (Medicina, Odontologia e Enfermagem) e categoria administrativa da instituição (pública e privada) para análise do resultado dessa questão, bem como das outras questões referentes à imagem objetivo do eixo *Cenários de Práticas.*

Conforme Figura 11, dos 18 cursos de Medicina que responderam ao questionário, 13 pertencem à rede pública. Destes, 10 (77%) encontram-se no estágio II e 3 (23%) no estágio III. Em relação às IES privadas dos cursos de Medicina, do total de 5 respondentes, 2 (60%) encontram-se no estágio II e 3 (40%) no estágio III.

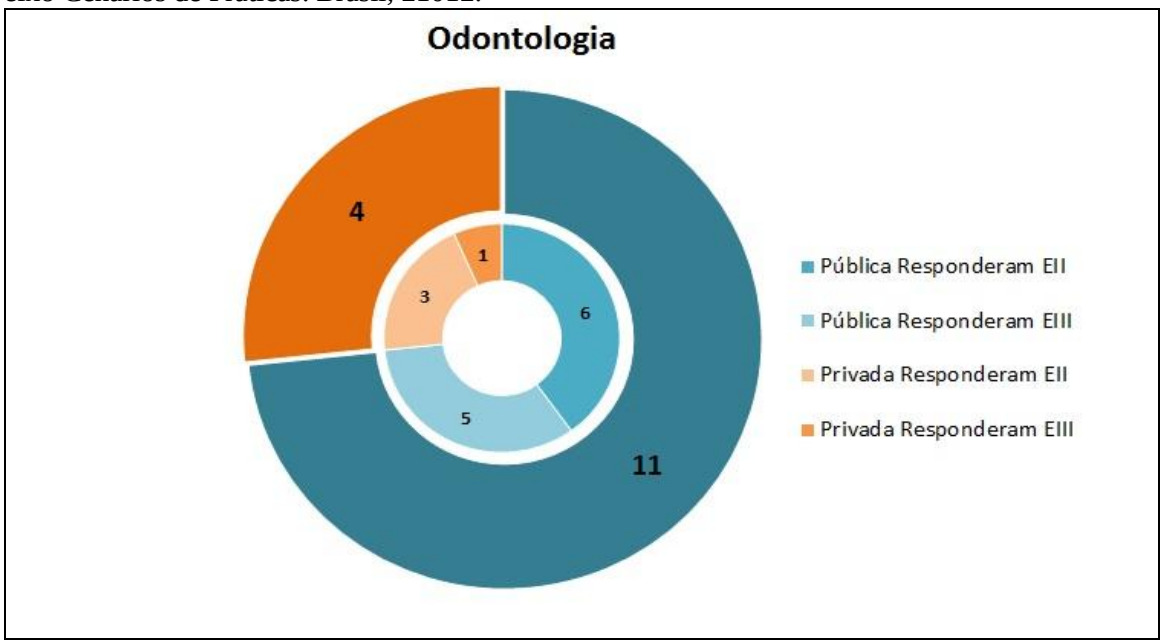
Figura 11: Respostas dos cursos de Medicina por categoria administrativa – estágios – vetor 4 – eixo Cenários de Práticas. Brasil, 2012.



Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Em relação aos cursos de Odontologia verificou-se que, 15 instituições responderam ao questionário. Das IES federais, 6 (55%) encontram-se no estágio II e 5 (45%) no estágio III. Das IES privadas, do total de 4 respondentes, 3 (75%) encontram-se no estágio II e 1 (25%) no estágio III.

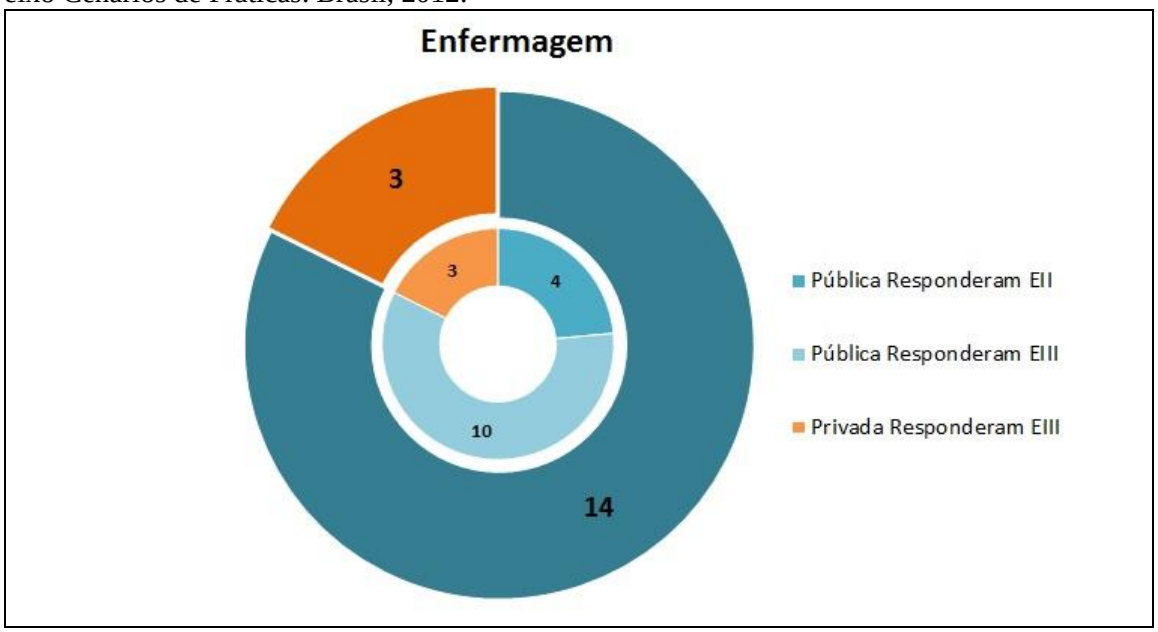
Figura 12: Respostas dos cursos de Odontologia por categoria administrativa – estágios – vetor 4 - eixo Cenários de Práticas. Brasil, 21012.



Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012

Considerando os 17 cursos de Enfermagem que responderam à investigação a distância realizada em 2012, dos 14 cursos pertencentes às IES públicas, 4 (29%) estão no estágio II e 10 (71%) no estágio III. Das 3 IES privadas respondentes, todas (100%) informaram que estão no estágio III.

Figura 13: Respostas dos cursos de Enfermagem por categoria administrativa – estágios – vetor 4 - eixo Cenários de Práticas. Brasil, 2012.



Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012

Na análise dos 3 cursos envolvidos, 50% responderam que estão no estágio II e 50% responderam que estão no estágio III. Observa-se que não houve nenhuma resposta que considerasse o estágio I (os cursos mantêm rígida separação entre a programação teórica e a prática dos serviços de saúde), o que infere-se que o Pró-Saúde pode estar contribuindo para que os cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem atinjam a imagem objetivo proposta para o vetor. Podemos considerar um maior avanço do curso de Enfermagem, sendo que a maioria respondeu que se encontra no estágio III.

Tabela 3: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem – estágios – vetor 4 - eixo Cenários de Práticas. Brasil, 2012

Cursos	Estágios	%
Medicina	EI	0
	EII	67
	EIII	33
Odontologia	EI	0
	EII	60
	EIII	40
Enfermagem	EI	0

	EII	24
	EIII	76
Total 3 cursos	EI	0
	EII	50
	EIII	50

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

4.2.1 A INTERDISCIPLINARIEDADE E A MULTIPROFISSIONALIDADE NA FORMAÇÃO E NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

A integralidade como um dos princípios fundamentais do SUS, garante ao usuário uma atenção que abrange ações de promoção, proteção, recuperação da saúde, além de prevenção e tratamento de agravos, permitindo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. Pressupõe atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (Brasil, 1990a).

A orientação do trabalho em equipe consta tanto das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação das áreas da saúde, quanto das diretrizes para o exercício profissional no Sistema Único de Saúde. Dessa forma, espera-se formar profissionais de saúde com competência geral e capacidade de resolubilidade, características essenciais para a garantia da atenção integral e de qualidade à saúde da população. Busca-se formar profissionais críticos e reflexivos, com habilidades e competências que os tornem aptos a atuar em qualquer nível de atenção à saúde (HADDAD *et al*, 2008).

De acordo com 88% dos respondentes do questionário enviado aos coordenadores de projetos, o Pró-Saúde contribui para implantação das DCN nos seus aspectos relacionados à integração ensino-serviço, e apenas 12% responderam que contribui parcialmente.

Tabela 4: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre a contribuição do Pró-Saúde para implantação das DCN – aspectos relacionados à integração ensino- serviço. Brasil, 2012.

Opções	**Quantidade**	
	N	**%**
Sim	44	88
Não	6	12
Total	50	100

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Segundo Campos et al. (2001), os programas de graduação em saúde devem considerar uma formação mais contextualizada, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e

culturais da vida da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do processo saúde-doença dessa população. Implica, também, estimular uma atuação interdisciplinar e multiprofissional, que respeite os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo o controle social, e atue com a população de um determinado território (Rede Unida, 1998).

Para garantia da integralidade do cuidado na saúde deve-se levar em conta o desenvolvimento de capacidades gerais e as especificidades de cada profissão. Segundo Ceccim, 2004 (p. 259)

> *"O processo educacional que visa à formação desses profissionais de saúde deve ter em vista tanto o desenvolvimento de capacidades gerais (identificadas com a grande área da saúde), quanto aquelas que constituem as especificidades de cada profissão. Entretanto, todo o processo educacional deveria ser capaz de desenvolver as condições para o trabalho conjunto dos profissionais de saúde, valorizando a necessária multiprofissionalidade para a composição de uma atenção que se desloque do eixo – recortado e reduzido – corporativo – centrado, para o eixo – plural e complexo – usuário – centrado."*

Pode-se considerar que o Pró-Saúde incentiva atividades com caráter interdisciplinar e multiprofissional, embora ainda haja muitas dificuldades e resistências em algumas áreas das instituições formadoras, o que podemos verificar em um trecho subtraído de relatório de um projeto do curso de Enfermagem:

> "*Destacamos como um ponto muito positivo o esforço e a experiência de trabalhar de maneira interdisciplinar com diversos cursos da área da saúde, tanto no ensino, como na pesquisa e extensão, promovendo uma discussão e compreensão mais ampla da saúde. Destacamos que esta iniciativa nem sempre é fácil, pois a maneira como ainda são organizados os Projetos Políticos Pedagógicos, a grade curricular e as inúmeras atribuições dos professores, dificulta a construção de uma agenda de trabalho compatível para todos os envolvidos. Sendo esse um dos principais desafios no sentido da viabilização do trabalho interdisciplinar em saúde, que pretende-se conseqüente da formação por meio de currículos integrados."*

A investigação a distância, realizada em 2012, também apresenta resultado semelhante ao relato acima. Em pergunta direcionada aos coordenadores de projetos: "*na sua avaliação, o projeto Pró-Saúde ao qual coordena se desenvolve em articulação com a maioria dos módulos/disciplinas do programa curricular do curso*", 58% responderam parcialmente, 34% responderam que sim e 8% responderam que não, conforme Tabela 4.

Tabela 5: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre articulação do Pró-Saúde com módulos/disciplinas dos programas curriculares dos cursos. Brasil, 2012.

Opções	**Quantidade**	
	N	**%**
Sim	17	34
Não	4	8
Parcialmente	29	58
Total	50	100

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012

Em relação à pergunta: "*as atividades são desenvolvidas de forma multiprofissional, integrando diferentes cursos e profissões da saúde*", 62% dos coordenadores de projetos responderam que parcialmente, 24% que sim, 10% que não e 4% marcaram que não existem evidências para responder, conforme Tabela 6.

Tabela 6: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre o desenvolvimento das atividades de forma multiprofissional. Brasil, 2012.

Opções	**Quantidade**	
	N	**%**
Sim	12	24
Não	5	10
Parcialmente	31	62
Não existem evidências para eu responder	2	4
Total	50	100

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012

Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais e ações direcionadas para reorientação da formação profissional em saúde, como o Pró-Saúde, têm contribuído para o incentivo de

módulos ou disciplinas integradoras que contemplem o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde, ainda há muito a ser feito para atingirmos os objetivos propostos. Para Pinheiro, 2003 (p. 20), "*torna-se necessário assumir a integralidade como um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde e, por que não, de uma nova forma de gestão de cuidados nas instituições de saúde, permitindo o surgimento de experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais*."

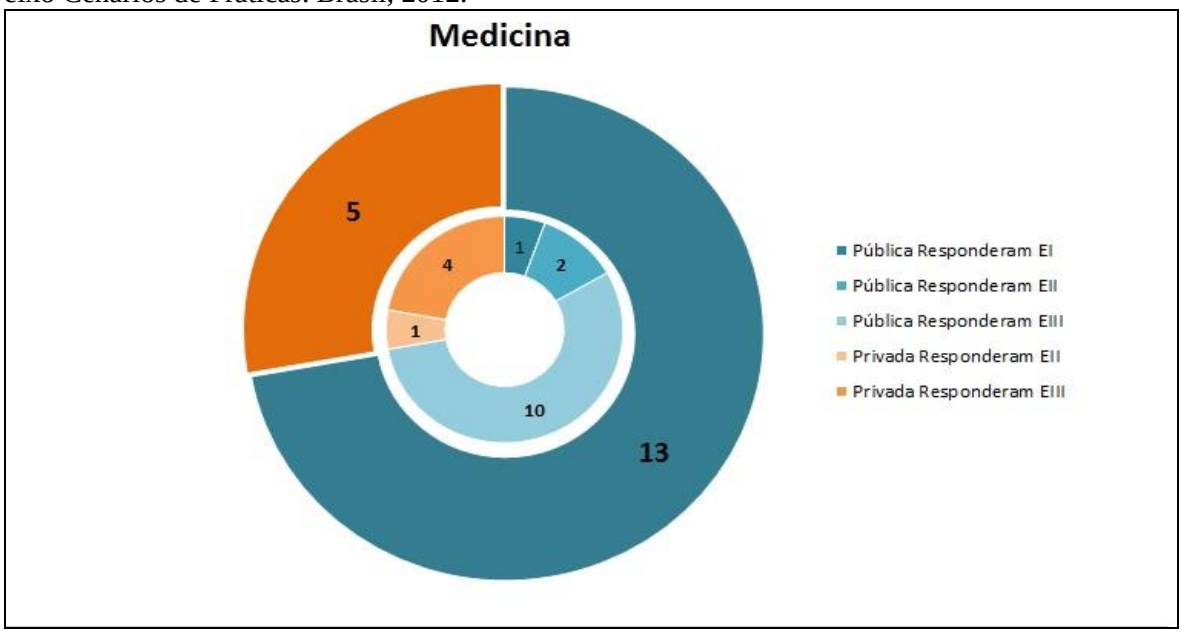
4.3 DIVERSIFICAÇÃO DOS CENÁRIOS DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM

O vetor do eixo *Cenários de Práticas – Diversificação dos Cenários do Processo de Aprendizagem* (vetor 5), outra categoria analisada, tem como imagem objetivo (estágio III): "*atividades clínicas em unidades de atenção básica da rede do SUS, unidades básicas de saúde, unidades do Programa Saúde da Família, com prioridade ambulatorial, ou em serviços próprios da IES que subordinam suas centrais de marcação de consulta às necessidade locais do SUS, internato ou equivalente, desenvolvido em sua totalidade na rede do SUS.*"

Os estágios I e II correspondem, respectivamente a: "*atividades práticas durante os dois primeiros anos do curso estão limitadas aos laboratórios da área básica; ciclo clínico com práticas realizadas majoritariamente em instalações assistenciais universitárias próprias da IES (hospitais e clínicas de ensino de odontologia)*"; e "*atividades extramurais isoladas de acadêmicos em unidades do SUS, durante os primeiros anos do curso, com participação exclusiva ou predominantemente de professores da área de saúde coletiva, correspondendo a um pequeno percentual da carga horária semanal do aluno. Ciclo clínico majoritariamente baseado em atividades assistenciais em instalações da universidade não funcionalmente vinculadas ao SUS*" (BRASIL, 2007c).

De acordo com a Figura abaixo, dos 13 cursos de Medicina da rede pública que responderam ao questionário, 1 encontra-se no estágio I, e 2 no estágio II e 10 (77%) no estágio III. Em relação às IES privadas dos cursos de Medicina, do total de 5 respondentes, 1 encontra-se no estágio II e 4 (80%) no estágio III.

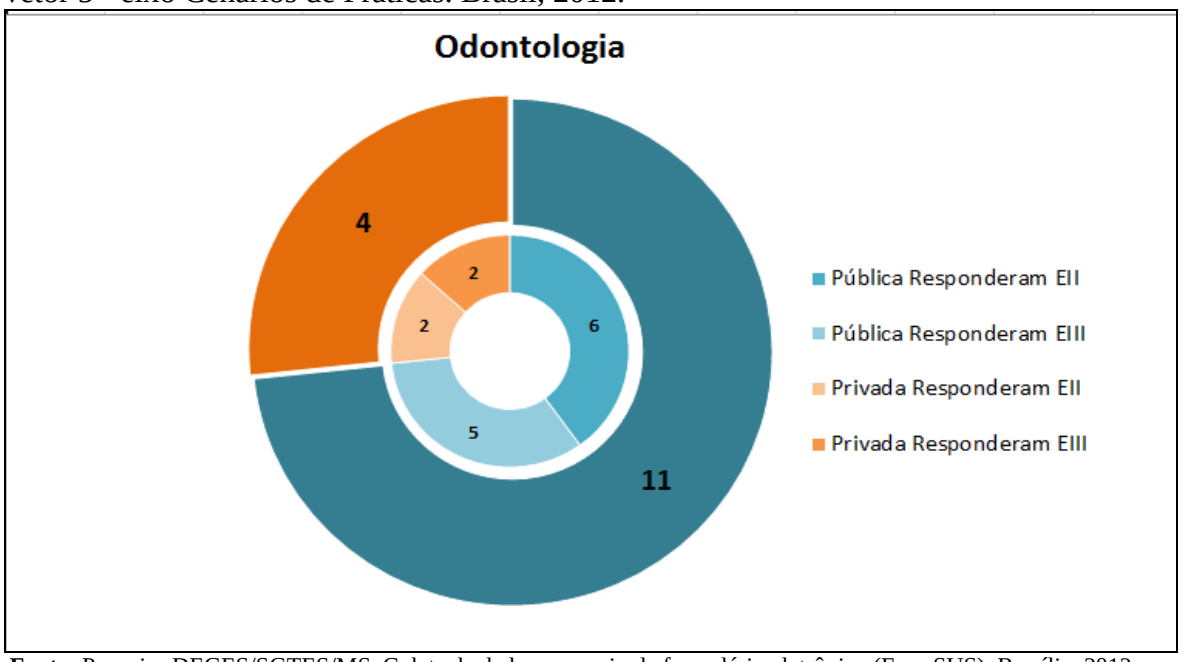
Figura 14: Respostas dos cursos de Medicina por categoria administrativa – estágios – vetor 5 - eixo Cenários de Práticas. Brasil, 2012.



Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Dos 11 cursos de Odontologia pertencentes à rede pública que responderam ao questionário, 6 (55%) encontram-se no estágio II e 5 (45%) no estágio III. Das IES privadas, do total de 4 respondentes, 50% encontra-se no estágio II e 50% no estágio III.

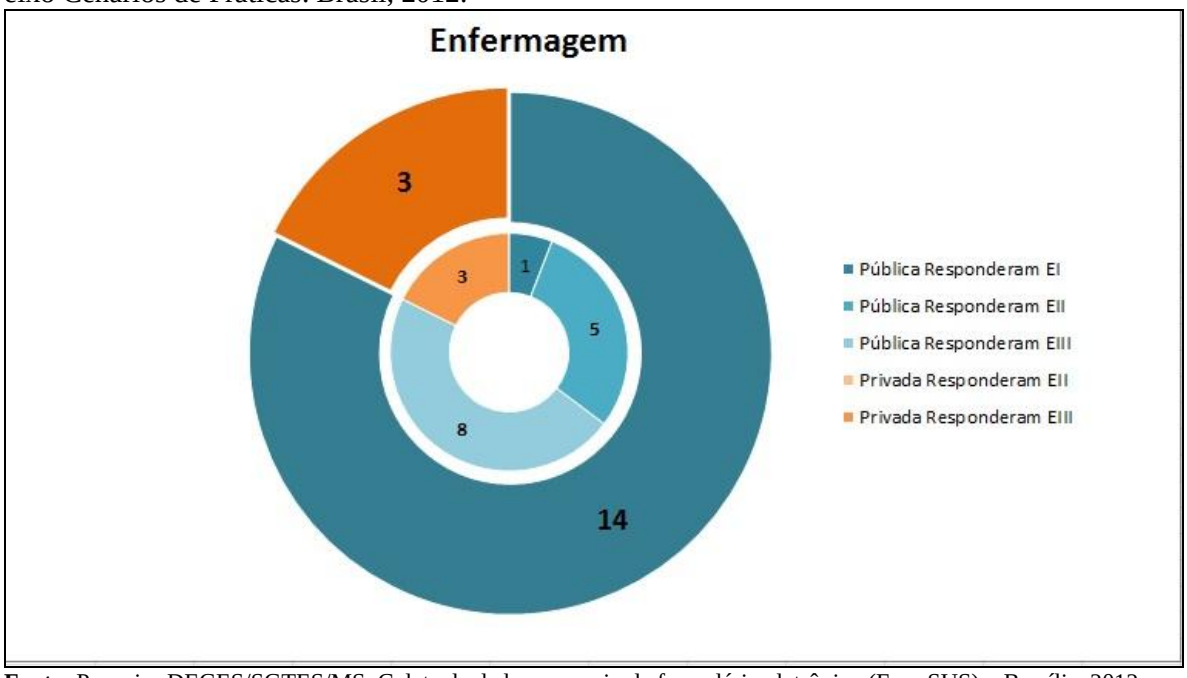
Fi**gura 15:** Respostas dos cursos de Odontologia por categoria administrativa – estágios – vetor 5 - eixo Cenários de Práticas. Brasil, 2012.



Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012

Considerando os 14 cursos de Enfermagem pertencentes às IES públicas que responderam à investigação a distância realizada em 2012, 1 está no estágio I, 5 (36%) estão no estágio II e 8 (57%) no estágio III. Das 3 IES privadas respondentes, todas (100%) informaram que estão no estágio III – "*atividades clínicas em unidades de atenção básica da rede do SUS, unidades básicas de saúde, unidades do Programa Saúde da Família, com prioridade ambulatorial, ou em serviços próprios da IES que subordinam suas centrais de marcação de consulta às necessidade locais do SUS, internato ou equivalente, desenvolvido em sua totalidade na rede do SUS".*

Figura 16: Respostas dos cursos de Enfermagem por categoria administrativa – estágios – vetor 5 - eixo Cenários de Práticas. Brasil, 2012.



Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Considerando os 3 cursos envolvidos, verifica-se que 4% responderam que ainda estão no estágio I, 32% que estão no estágio II e 64% que se encontram no estágio III (atividades clínicas em unidades de atenção básica do SUS, ou em serviços próprios da IES que subordinam suas centrais de marcação de consulta às necessidades locais do SUS). O curso de Medicina apresentou um maior avanço neste vetor e o curso de Odontologia um menor avanço, sendo que a 53% dos respondentes se encontram no estágio II.

Tabela 7: Respostas dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia – estágios – vetor 5 - eixo Cenários de Práticas. Brasil, 2012.

Cursos	Estágios	%
Medicina	EI	6
	EII	17
	EIII	78
Odontologia	EI	0
	EII	53
	EIII	47
Enfermagem	EI	6
	EII	29
	EIII	65
Total 3 cursos	EI	4
	EII	32
	EIII	64

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012

Uma outra questão abordada no questionário, diz respeito à "*contribuição do Pró-Saúde para a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem, considerando a Atenção Básica a porta de entrada do sistema de saúde*." Conforme respostas apresentadas, 80% responderam que sim, 18% que parcialmente e 2% que não, o que infere-se que o Pró-Saúde possa estar contribuindo nesse aspecto.

Figura 17: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem referente à contribuição do Pró-Saúde para diversificação dos cenários de ensino aprendizagem, considerando a Atenção Básica a porta de entrada do sistema de saúde – valores absolutos e percentuais. Brasil, 2012.

Sim	40	80 %
Não	1	2 %
Parcialmente	9	18 %
Total	50	100 %

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012

Embora os coordenadores tenham respondido positivamente à esta questão, devemos considerar que nem todos os municípios possuem uma Atenção Básica fortalecida e uma rede de serviços organizada, o que reflete na possibilidade de uma maior diversificação dos cenários de ensino aprendizagem e no fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade. Superar os efeitos da fragmentação que persistem na rede de serviços de saúde do SUS e potencializar a Atenção Básica como porta de entrada preferencial e centro ordenador e integrador das redes de serviços e das ações de

promoção, prevenção e recuperação da saúde ainda é um desafio para maioria dos gestores municipais de saúde.

No campo aberto, algumas instituições citaram os serviços de saúde e outros equipamentos sociais que os cursos atuam, com destaque para os relacionados no Quadro a seguir.

Quadro 4: Principais serviços de saúde e outros equipamentos sociais de atuação dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem participantes do Pró-Saúde I. Brasil, 2012.

Unidades Básicas de Saúde
Hospitais Universitários
Hospitais da Rede Pública
Maternidades
Ambulatórios de Especialidades
Unidade de Pronto Atendimento
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS
Centro de Especialidades Odontológicas – CEO
Santas Casas
Creches
Escolas
Associação de Moradores
Conselho Municipal de Saúde
Asilos
Albergues para população em situação de rua
Área de Vigilância Sanitária e Epidemiológica
Área de Saúde do Trabalhador

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Alguns trechos extraídos dos relatórios técnicos analisados corroboram com a importância do Pró-Saúde para incentivar a diversificação dos cenários de ensino aprendizagem. Conforme relato de um coordenador de projeto de curso de Enfermagem:

> "*O desenvolvimento do estágio curricular obrigatório em espaços diversificados tem provocado maior inserção dos estudantes nos espaços da atenção básica e em outros setores da comunidade que propiciam o desenvolvimento de atividades educativas e de cuidado em saúde, ampliando a compreensão do papel e do potencial da enfermagem como*

autor/ator coadjuvante na promoção, proteção e recuperação da saúde. As atividades do estágio curricular obrigatório vêm recebendo apoio significativo dos gestores e dos profissionais que atuam nos espaços escolhidos para implementar a prática assistencial."

Um trecho de um relatório de projeto de curso de Medicina diz que:

"*Além destas duas unidades de saúde mencionadas, a rede de serviços de saúde da região recebe estudantes do curso de medicina em mais seis Unidades de Saúde da Família no município de (...), seis Unidades de Saúde da Família no município de (...) e uma no município de (...), além de unidades básicas, de atenção secundária e terciária do município de (...),* ***sede da IES*** *(grifo nosso). Foi este, um grande salto dado pelo curso de Medicina da (...), uma vez que partimos de uma situação inicial de duas para quinze Unidades de Saúde da Família como campo e cenário de prática para nossos acadêmicos, e de práticas pontuais a uma prática sistemática em Atenção Primária do primeiro ao último ano de curso, em quatro municípios e, consequentemente, quatro contextos sócio-sanitários diferentes*."

Por outro lado, um coordenador de projeto de curso de Medicina relata fragilidade e dificuldade nessa questão, demonstrando que ainda há necessidade de superação do modelo hospitalocêntrico em sua instituição.

"*Durante o curso, o aprendizado no ciclo básico é realizado em laboratórios específicos das disciplinas, sem integração. No ciclo profissionalizante, o aprendizado é predominantemente no complexo hospitalar, em ambulatórios de especialidades, enfermarias e emergência. No 6º, 7º, 8º e 10º períodos, as disciplinas de Puericultura (7º) e Medicina Preventiva e Comunitária (6º, 8º e 10º) têm atividades em UBS's e UBSF's nos estágios de imunização, hanseníase, saúde escolar, saúde da mulher e saúde da família (internato)*."

4.3.1 A IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO

As Diretrizes Curriculares Nacionais apresentam a carga horária mínima necessária para a realização do estágio curricular supervisionado que deve possibilitar a consolidação

de conhecimentos adquiridos no transcorrer dos cursos de graduação em saúde. O artigo 7º das Diretrizes para o curso de Medicina diz que:

> "*A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento sem serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto(...)"*

As Diretrizes para os cursos de Odontologia e Enfermagem trazem que a carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do curso de graduação (BRASIL, 2001b e 2002).

Em setembro de 2008 é aprovada a nova Lei de Estágio (Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008) em que consta que, o estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho (BRASIL, 2008b).

O estágio supervisionado valoriza os processos de desenvolvimento pessoal e cognitivo das pessoas envolvidas na relação de ensino aprendizagem. Conforme aponta Colliselli *et al* (2009, p. 936):

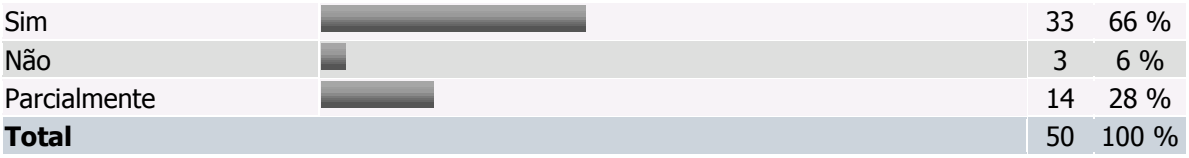
> "*O estágio apresenta-se como uma estratégia pedagógica que precisa ir além da relação professor-aluno. Sua efetivação requer a ampliação das relações humanas, envolvendo outros atores que participam do contexto da prática, ou seja, do mundo do trabalho. Esse momento tem um significado especial na formação profissional, pois o estudante exerce maior autonomia no contato direto com a realidade de saúde da população e do mundo do trabalho, possibilitando o desenvolvimento pessoal e profissional, e a intensificação da relação entre teoria e prática*."

Deve-se pensar o estágio como um movimento de ação-reflexão-ação, que considere as necessidades de saúde da população, bem como as fragilidades e potencialidades dos serviços de saúde (FREIRE, 2005).

Em relação à pergunta se "*o incentivo do Programa promoveu a ampliação da carga horária curricular nos serviços púbicos de saúde e outros equipamentos sociais*

desde o início da formação", 66% dos coordenadores de cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia responderam que sim, 28% responderam parcialmente e somente 6% responderam que Pró-Saúde não tem contribuído para promover a ampliação da carga horária prática nos currículos.

Figura 18: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre o incentivo do Pró-Saúde para ampliação da carga horária curricular nos serviços públicos de saúde e outros equipamentos sociais, desde o início da formação - valores absolutos e percentuais. Brasil, 2012.



Sim	33	66 %
Não	3	6 %
Parcialmente	14	28 %
Total	50	100 %

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Durante análise dos relatórios técnicos, também encontramos alguns trechos referentes à ampliação da carga horária prática curricular. Destacamos o relato de um coordenador de projeto de curso de Medicina: "(...) *foram incluídas no currículo as disciplinas de Atenção Primária em Saúde. O programa já está em andamento no primeiro e no terceiro ano de graduação em Medicina, perfazendo 216 horas curriculares e está em processo de implantação para o internato, no quinto ano da graduação, como início previsto para 2013* (...)."

Conforme respostas apresentadas, infere-se que o Pró-Saúde pode estar contribuindo para ampliação da carga horária curricular nos serviços públicos de saúde e outros equipamentos sociais. É importante considerar que o estágio curricular supervisionado deve estar vinculado ao projeto pedagógico do curso de graduação, transversalizando-o e ressignificando-o, conforme necessidades da população.

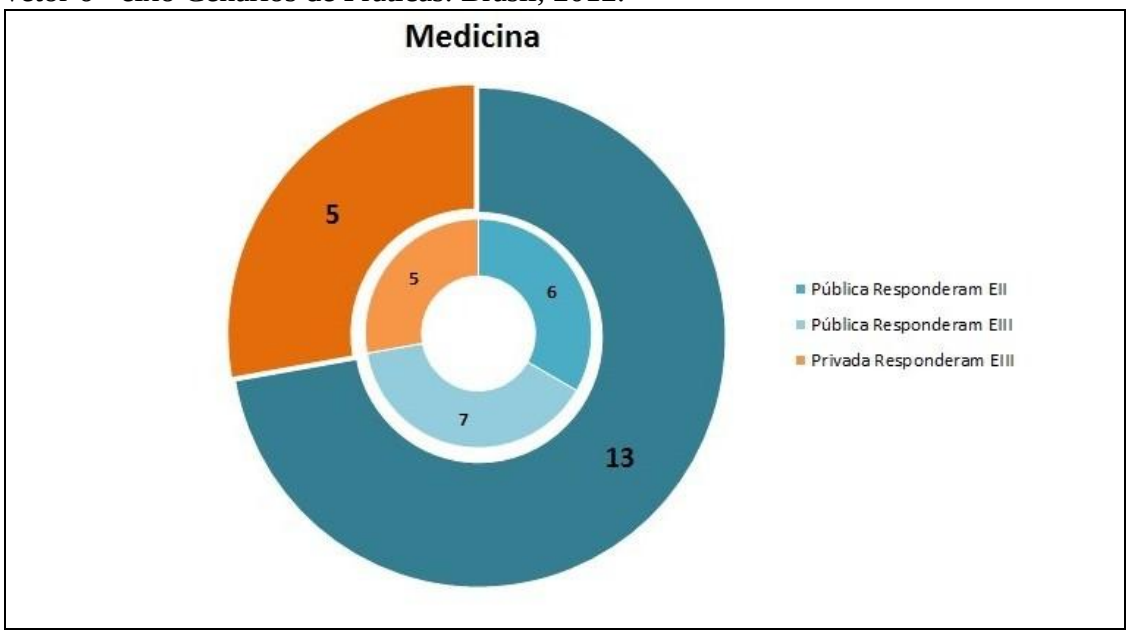
4.4 ARTICULAÇÃO DOS SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS COM O SUS

O vetor 6 do eixo *Cenários de Práticas – Articulação dos Serviços Universitários com o SUS*, tem como imagem objetivo (estágio III): "*serviços próprios completamente integrados ao SUS, sem central de marcação de consultas ou de internações próprias das instituições acadêmicas. Desenvolvimento de mecanismos institucionais de referência e contra-referência com a rede do SUS*."

Os estágios I e II correspondem, respectivamente a: "*serviços próprios, isolados da rede do SUS, com porta de entrada separada e com clientela cativa*"; e "*serviços parcialmente abertos ao SUS, preservando algum grau de autonomia na definição dos pacientes a serem atendidos*" (BRASIL, 2007c).

Conforme Figura abaixo, dos 13 cursos de Medicina da rede pública que responderam ao questionário, 6 (46%) encontram-se no estágio II e 7 (54%) no estágio III . Em relação aos cursos de Medicina da rede privada, 100% das respondentes encontram-se no estágio III.

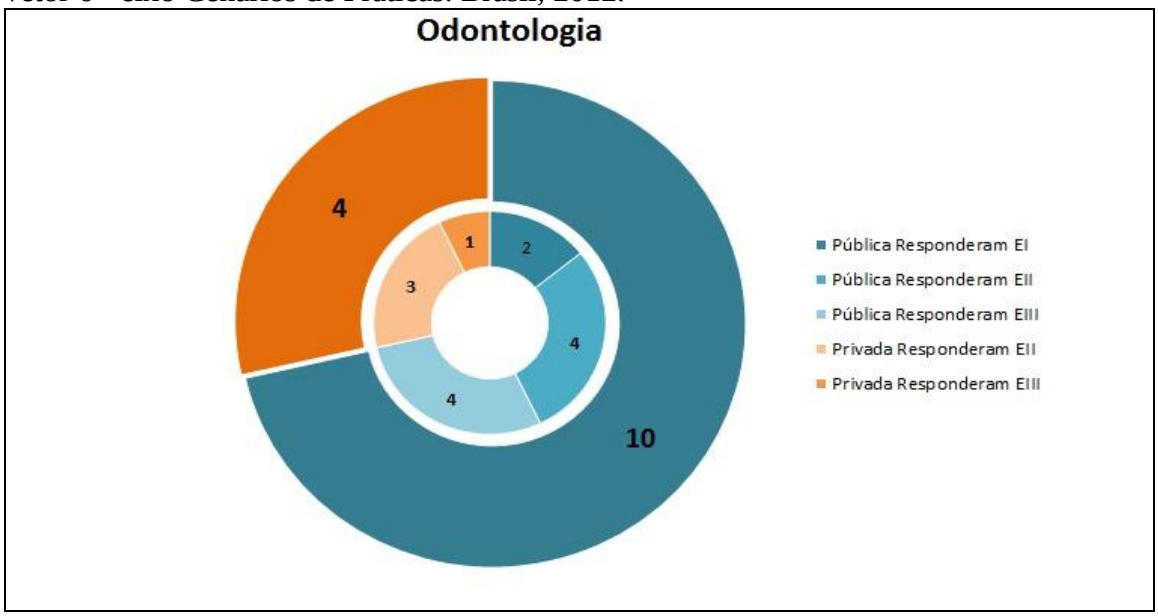
Figura 19: Respostas dos cursos de Medicina por categoria administrativa – estágios – vetor 6 - eixo Cenários de Práticas. Brasil, 2012.



Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Em relação aos cursos de Odontologia, de acordo com Figura 20, especificamente para esta questão, tiveram 14 respondentes, sendo 10 pertencentes à rede pública e 4 à rede privada. Das 10 escolas públicas, 2 (20%) encontram-se no estágio I, 4 (40%) no estágio II e 4 (40%) no estágio III e das escolas privadas, 3 (75%) encontram-se no estágio II e apenas 1 (25%) atingiu a imagem objetivo proposta para o vetor.

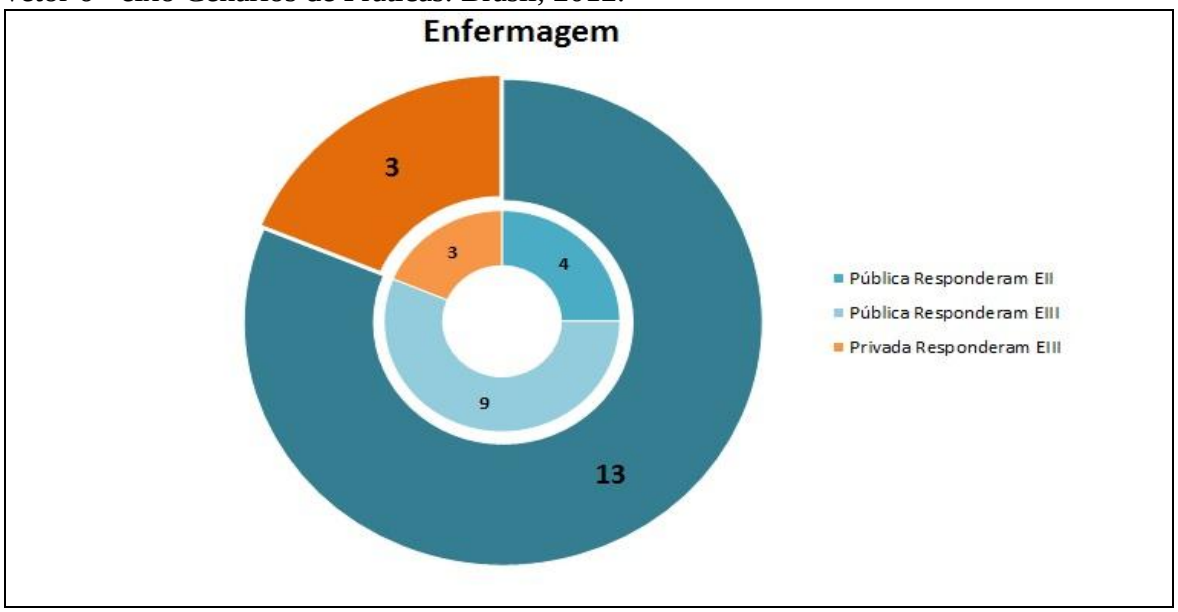
Figura 20: Respostas dos cursos de Odontologia por categoria administrativa – estágios – vetor 6 - eixo Cenários de Práticas. Brasil, 2012.



Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Para esta questão, 16 coordenadores de cursos de Enfermagem se manifestaram, sendo 13 pertencentes à rede pública e 3 à rede privada. Dos 13, 4 (31%) responderam que encontram-se no estágio II e 9 (69%) no estágio III. As 3 escolas privadas encontram-se no estágio III.

Figura 21: Respostas dos cursos de Enfermagem por categoria administrativa – estágios – vetor 6 - eixo Cenários de Práticas. Brasil, 2012.



Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Considerando a análise dos 3 cursos envolvidos, dos 48 respondentes, 4,17% informaram que ainda estão no estágio I (serviços próprios isolados da rede SUS), 35,42%

que estão no estágio II (serviços próprios parcialmente abertos ao SUS) e 60,42% que se encontram no estágio III (serviços próprios integrados ao SUS, sem central de marcação de consultas ou de internação própria das instituições acadêmicas, como desenvolvimento de mecanismos institucionais de referência e contra-referência com o SUS). Nesse vetor, podemos considerar um maior avanço do curso de Medicina, e uma maior deficiência do curso de Odontologia, sendo que a maioria dos respondentes (64%) encontra-se no estágio I e II.

Tabela 8: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem – estágios – vetor 6 - eixo Cenários de Práticas. Brasil, 2012.

Cursos	Estágios	%
Medicina	EI	0
	E II	33
	EIII	67
Odontologia	EI	14
	EII	50
	EIII	36
Enfermagem	EI	0
	EII	25
	EIII	75
Total 3 cursos	EI	4,17
	EII	35,42
	EIII	60,42

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Um sistema de referência e contra-referência eficiente fortalece a integralidade da assistência. Por *referência* compreende-se o trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Inversamente, a *contra-referência* compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade (WITT, 1992).

Em um trecho retirado de um relatório de projeto de curso de Medicina, verifica-se também a integração dos serviços próprios da IES com a rede SUS, sendo neste caso, o Hospital Universitário – HU referência para o município e região:

> "*O complexo hospitalar – Ambulatório Central de Especialidades e Hospital de Clínicas – com aproximadamente 500 leitos já faz parte da rede SUS, sendo o único hospital público da região integralmente do SUS, tendo este complexo, o papel de referência para os serviços que presta, ao município e região. A Central de Marcação de Consulta é única e*

administrada pelo Núcleo de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde."

Em outros relatórios de cursos de Medicina, os coordenadores dos projetos destacaram:

"*A implementação, no Município, do sistema de referência e contra-referência iniciou-se em 2008. A proposta apresentada pela "IES" em 2005, para concorrer ao edital do Pró-Saúde, contemplava a parceria com a Secretaria Municipal da Saúde para a implementação de um sistema de referência e contra-referência junto as UBS que fariam parte do Projeto. O Pró-Saúde em muito contribui para o fortalecimento da parceria HU/Escola/SMS no sentido de ofertar um número crescente de serviços a população do município. A implementação do sistema de referência e contra-referência qualifica o atendimento prestado a população e proporciona o crescimento dos profissionais e alunos. Hoje, com a estruturação do sistema houve um crescimento extraordinário no número de serviços (consultas/exames) ofertados a população o qual exigiu a criação de uma central de marcação de consultas gerenciada pela SMS de acordo com as necessidades de cada UBS* (...)."

"Existe uma troca de saberes entre os médicos da rede, docentes e estudantes na busca de soluções para os problemas vivenciados nas UBSFs. Um exemplo foi a parceria entre as UBSFs e o Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário para o atendimento de pacientes que necessitam de oxigenioterapia domiciliar. O Pró-Saúde viabilizou a compra dos concentradores de oxigênio (primeiro ano da Carta Acordo) e os docentes da Faculdade de Medicina, se comprometeram a avaliar, indicar quando necessário a oferta de oxigênio domiciliar e acompanhar os pacientes junto com os profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família, qualificando a assistência prestada a estes pacientes. O Pró-Saúde ajudou a implantar o sistema de referência e contra-referência. Hoje, quase a totalidade das consultas por especialidades do Hospital Universitário são disponibilizadas à Central de Marcação de Consultas da Secretaria Municipal de Saúde. É importante salientar que muito mais que preencher o relatório do sistema de referência e contra -

referência o Pró-Saúde proporciona a discussão de casos de pacientes que não conseguem a resolução de seus problemas junto a UBSF."

Há alguns anos o Ministério da Saúde incentiva a implantação de um complexo regulador nos estados e municípios e em 2008, foi publicada a Portaria 1.559, que trata da Política de Regulação do SUS. Essa Portaria apresenta, em seu artigo 8º e § 1º, as atribuições da regulação do acesso: garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; garantir os princípios da eqüidade e da integralidade; fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde; elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação; diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência; construir e viabilizar as grades de referência e contra-referência; capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde; subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde; subsidiar o processamento das informações de produção; e subsidiar a programação pactuada e integrada (Brasil, 2008c).

Para superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado deve-se considerar a implantação das Redes de Atenção à Saúde e a regionalização. As Redes de Atenção à Saúde caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica à Saúde, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2.011, regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Considera-se Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011b).

Verifica-se que existem avanços em relação à integração dos serviços próprios da IES ao SUS. Pelos dados da pesquisa realizada pela SGTES e dos relatórios técnicos disponibilizados, infere-se que a maioria dos hospitais universitários e clínicas de ensino

próprios das IES articulam, total ou parcialmente, os mecanismos de referência e contra-referência, embora ainda seja desafio para alguns estados e municípios.

4.5 ASPECTOS DIFICULTADORES, FACILITADORES E MECANISMOS DE SUSTENTABILIDADE PARA A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

4.5.1 OS ASPECTOS DIFICULTADORES PARA IMPLEMENTAÇÃO DOS PROJETOS

Sabe-se que as dificuldades são inerentes à implementação de programas e projetos, bem como aos processos de mudanças para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade.

Conforme dados disponibilizados pela SGTES, referentes à pesquisa realizada em 2012, os aspectos dificultadores para a integração ensino-serviço-comunidade, durante a implementação dos projetos, mais apontados por esses coordenadores foram a infra-estrutura limitada dos serviços e a mudança de gestores, conforme demonstrado no quadro a seguir. Nessa questão especificamente, cada coordenador pôde optar por uma ou mais opções.

Tabela 9: Respostas dos Cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem – Aspectos Dificultadores para Implementação dos Projetos. Brasil, 2012.

Aspectos Dificultadores (Opções)	%
Infra-estrutura limitada dos serviços (área física/equipamentos)	66
Mudanças de gestores	62
Rotatividade dos profissionais dos serviços	54
Baixo envolvimento dos docentes	54
Conflitos diante da indefinição quanto ao papel e/ou compromissos das instituições de ensino e dos serviços de saúde em relação à preceptoria e à responsabilidade sanitária	48
Pouco desenvolvimento de ações	54

relacionadas à referência e contra-referência	
Gestão financeira dos projetos a nível local	20
Outros	16
Total	100

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012

Os outros aspectos dificultadores apontados pelos coordenadores de cursos participantes da pesquisa desenvolvida pela SGTES foram: a baixa adesão por parte dos docentes e estudantes à nova proposta curricular; a suspensão de rubrica para equipamento nas fases 2 e 3 do Pró-Saúde I; dificuldade de integração entre as áreas, em função das diferentes agendas; descompasso de calendários entre IES e SMS; baixo interesse/compromisso do gestor municipal em participar do Pró-Saúde; concorrência desleal com instituições privadas de ensino, que gratificam financeiramente os preceptores dos serviços de saúde; deficiência de docentes com perfil de médico de família e comunidade; falta de institucionalização das ações; e não envolvimento dos profissionais de saúde no desenvolvimento das atividades propostas, tais como capacitações.

Alguns trechos retirados de relatórios de projetos dos cursos vão ao encontro do resultado apresentado na pesquisa, no que se refere à mudança de gestores e à subsequente influência para implementação das ações referentes à integração ensino-serviço-comunidade.

> "*Considerando as recentes mudanças na Gestão Municipal, e as conseqüentes alterações de alguns profissionais responsáveis por áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde, foi necessária a sensibilização e envolvimento desses novos profissionais para que as atividades propostas para o ano II do Pró-Saúde tivessem continuidade* (relato de coordenador de projeto curso de Medicina)."

> "*Nos últimos anos, as mudanças nas gestões municipais ocasionadas pela eleição dos novos prefeitos geraram a necessidade de rearticulação com as 23 secretarias de saúde da região para garantia de continuidade. Após reuniões locais e envio de relatório síntese circunstanciado para as secretarias de saúde envolvidas no projeto, conseguiu-se ampliar a*

chamada "Rede-Escola", com a inserção de Centros de Referência em Saúde da Família e Comunidade como campos de estágio (relato de coordenador de projeto curso Medicina)."

Um outro trecho, extraído de um relatório de projeto de Odontologia, demonstra a resistência dos docentes aos processos de mudanças: "(...) *observa-se ainda que o grande obstáculo a ser superado pelo "Pró-Saúde" se encontra dentro da própria universidade, mais especificamente, dentro do seu corpo docente, onde o modelo biomédico de prática, resistente à capacidade de abstração, discussão, crítica e aprendizado de novos conceitos úteis para a prática clínica dos graduandos ainda é muito enraizado*."

Em um relatório de projeto de Enfermagem, citam como dificuldades encontradas: "*o acúmulo de novas demandas para além das responsabilidades cotidianas (de ensino, assistência e gestão) a todos os atores envolvidos (tutoria, preceptoria, ...); a frequente troca de representantes com constante retomada do processo; e a instabilidade em relação ao repasse de recursos do Pró-Saúde, exigindo de todos grande esforço na manutenção da coesão e na motivação dos envolvidos para a continuidade das atividades*."

4.5.2 OS PRINCIPAIS PONTOS POSITIVOS, AVANÇOS E ASPECTOS FACILITADORES PARA IMPLEMENTAÇÃO DOS PROJETOS

A partir da análise dos relatórios técnicos disponibilizados pela SGTES, foi selecionado e agrupado os principais pontos positivos, avanços e aspectos facilitadores para implementação dos projetos no Quadro a seguir.

Quadro 5: Principais Pontos Positivos/Avanços/Aspectos Facilitadores Apresentados nos Relatórios Técnicos. Brasil, 2012.

Fortalecimento da relação e da comunicação entre IES e SMS
Fortalecimento das parcerias entre as Unidades Acadêmicas envolvidas no Programa, e dessas com a Secretaria Municipal de Saúde
Aumento da carga horária prática nos currículos, incluindo a inserção dos estudantes nos serviços públicos de saúde desde o início da formação
Planejamento conjunto, com inserção da IES em um território definido
Melhorias das condições de ensino-aprendizagem nos serviços de saúde, por meio de aquisição de equipamentos e melhoria de área física

Aumento da produção científica voltada para a Atenção Básica com a participação de profissionais da rede de serviços, alunos de Graduação e Pós-Graduação
Contribuição para a reforma e/ou desenvolvimento do projeto pedagógico do Curso, considerando as DCN e as diretrizes do Programa
Constituição e apoio da Comissão de Gestão e Acompanhamento Local do Programa
Aumento, ainda que insuficiente, da participação e envolvimento dos docentes
Sensibilização do estudante acerca da necessidade de um processo de formação comprometido com as necessidades de saúde da população e as necessidades de gestão do SUS
Maior acesso dos estudantes aos serviços de saúde
Consolidação dos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à formação do "profissional" generalista, por meio de práticas multidisciplinares, com ampliação e diversificação dos cenários de aprendizagem e com exposição dos alunos às reais situações dos serviços de saúde
Contribuição para qualificação do controle social e participação da comunidade na IES e serviços de saúde
Apoio para educação permanente dos docentes e funcionários dos serviços
Participação dos profissionais dos serviços em atividades de pesquisa e extensão
Reconhecimento e valorização do papel dos profissionais na formação dos estudantes
Qualificação da atenção básica em saúde por meio das atividades conjuntas serviço/universidade/comunidade
Valorização do estágio por parte dos estudantes
Maior envolvimento dos profissionais da rede no processo ensino-aprendizagem, com valorização e aceitação dos alunos por parte dos profissionais dos serviços

Fonte: DEGES/SGTES/MS. Relatórios Técnicos. Brasília, 2012

Em relação à pergunta se **"***existem avanços para a qualificação dos serviços e dos processos de trabalho como desdobramento das atividades desenvolvidas no Pró-Saúde*", verifica-se que 79,20% dos respondentes informaram que sim, 16,70% que parcialmente e apenas 2% informaram que não existem avanços nesse sentido.

Tabela 10: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre o apoio do Pró-Saúde para a qualificação dos serviços e dos processos de trabalho. Brasil, 2012.

Opções	Quantidade	
	N	%
Sim	38	79,20
Não	1	2,05
Parcialmente	8	16,70
Não existem evidências para eu responder	1	2,05
Total	48	100

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012

A pesquisa também abordou sobre o envolvimento e benefícios da comunidade com as atividades desenvolvidas pela IES e secretaria(s) de saúde. Nesse aspecto, 48% responderam que sim, 38% que parcialmente e 6% responderam que não há benefícios para a população.

Tabela 11: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre o envolvimento e benefícios da comunidade com as atividades do projeto. Brasil, 2012.

Opções	Quantidade	
	N	%
Sim	24	48
Não	3	6
Parcialmente	19	38
Não existem evidências para eu responder	4	8
Total	50	100

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012

Em um relatório de projeto de curso de Medicina, o coordenador apontou que os principais aspectos positivos e avanços para a IES e os serviços de saúde foram a "*qualificação do espaço físico para toda equipe, usuário e ensino; desmistificação do preconceito em relação à rede pública pela maior inserção dos alunos nos serviços de Atenção Básica; mudança na postura dos alunos em relação à realidade dos serviços por perceber a complexidade dos cuidados a serem prestados; menor resistência das equipes*

às mudanças necessárias nos serviços com a presença do ensino; aumento do número de alunos de residência em saúde comunitária; maior inserção dos alunos nos processos de trabalho e no trabalho em equipe; troca de saberes entre equipe e docentes/alunos; aproximação do PET-Saúde ao Pró-Saúde, ampliando a participação de outras profissões de saúde (...).”

Um trecho extraído de relatório de projeto de curso de Odontologia aponta o fortalecimento do desenvolvimento de atividades conjuntas entre os cursos e a instituição formadora e os serviços de saúde.

> “*Os avanços no campo da aproximação e interação com o serviço público de atenção à saúde são consistentes, e os canais abertos pelo programa têm se mostrado duradouros e com bom retorno para os objetivos da formação. Isto ficou evidente durante o processo de discussão da territorialização, iniciada durante a execução da 2ª fase do Pró-Saúde I. O que foi construído ao longo da 1ª fase preparou o terreno para um processo que se vivenciado em cenário anterior ao projeto poderia acontecer de forma mais atribulada. Também houve uma aproximação importante entre os cursos da área da saúde, no caso específico da “Instituição”, e o reconhecimento da necessidade dos cursos se articularem no sentido de oferecer oportunidades de formação conjunta para seus estudantes durante a graduação. Essa aproximação indicou a importância da constituição de um núcleo estruturante, com respaldo institucional, de acompanhamento da organização das ações dos cursos no que tange às ações na formação em serviço*.”

Em relatórios de projetos de cursos de Enfermagem os coordenadores apontam que:

> “*O processo tem nos mostrado as especificidades de cada cenário de prática, onde os estudantes têm feito reflexões importantes entre a dimensão teórica e prática. Para os trabalhadores têm possibilitado encontros onde a vivência das dificuldades do cotidiano tem sido explicitada, os conflitos podem ser trazidos à tona e em muitas situações o diálogo problematizador tem produzido mudanças na prática assistencial. Outro aspecto que se tem evidenciado são as possibilidades de exercer a gestão de processos de trabalho com caráter mais participativo*(...)”

"*O Pró-Saúde tem possibilitado a criação de estratégias de ensino integrando cursos e inserindo práticas pedagógicas problematizadoras no processo de cuidado em saúde como atividade curricular; o fomento e fortalecimento de iniciativas intersetoriais e parcerias com a comunidade visando a promoção da saúde e o empoderamento dos atores e organizações; maior comprometimento dos estudantes com o processo pessoal e coletivo de aprendizagem; maior aproximação dos estudantes com as necessidades dos usuários e dos profissionais do serviço, contribuindo para a aquisição de competências como iniciativa, liderança e tomada de decisão; maior interação entre os professores para o desenvolvimento de práticas pedagógicas articuladas.*"

"*O Pró-Saúde ganha destaque como importante formulação estratégica na articulação ensino-serviço, possibilitando o fortalecimento e a criação de espaços de interlocução entre docentes, estudantes, gestores e profissionais do serviço. Ademais, o Pró-Saúde se destaca na formação acadêmica do aluno, no conjunto das atividades docentes e no cotidiano dos profissionais dos serviços, possibilitando a intensificação da comunicação e das parcerias entre a academia e os serviços, com destaque para a inserção precoce de estudantes nos cenários de prática no contexto da Atenção Primária de Saúde*."

4.5.3 OS MECANISMOS DE SUSTENTABILIDADE PARA A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

Os mecanismos de sustentabilidade são fundamentais para continuidade das ações de integração ensino-serviço-comunidade. Em relação à pergunta se **"***existem mecanismos para sustentabilidade dos resultados do Programa*", verifica-se que embora existam avanços, a questão da sustentabilidade é um desafio para maioria dos projetos, sendo que 59,2% informaram que existem parcialmente e 2,0% informaram que não existem mecanismos de sustentabilidade. Ressalta-se também que 1 (um) coordenador não respondeu à essa questão.

Tabela 12: Respostas dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem sobre a existência de mecanismos para sustentabilidade dos resultados do Programa. Brasil, 2012.

Opções	Quantidade	
	N	%
Sim	19	38,8
Não	1	2,0
Parcialmente	29	59,2
Total	49	100,0

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012.

Os mecanismos de sustentabilidade apontados pelos coordenadores de projetos dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem estão elencados no Quadro 6.

Quadro 6: Principais mecanismos de sustentabilidade apresentados pelos coordenadores de projetos dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem do Pró-Saúde I. Brasil, 2012.

Nomeação pela administração superior da IES da comissão de acompanhamento da implantação do currículo em Enfermagem
Diálogo da comissão de acompanhamento com representantes do sistema de saúde
Incorporação dos componentes criados no âmbito do Pró-Saúde no Projeto Pedagógico do Curso
Criação do sistema municipal de Saúde Escola
A consolidação do projeto político pedagógico do curso na direção da integração ensino-serviço-comunidade e do atendimento integral do paciente
Amadurecimento da relação institucional entre a Universidade e a Fundação Municipal de Saúde
A criação do Fórum do Sistema Municipal Saúde Escola
Formalização de convênio entre a Universidade e a(s) Secretarias de Saúde
Proposta de um módulo integrador dos cursos
Criação do Fórum de Estágio na Universidade
Atividades propostas inseridas dentro de um currículo obrigatório a ser cumprido pelo aluno e gerenciado pela Universidade, em parceria com as propostas e demandas dos serviços de saúde
A incorporação da idéia de Rede de Cuidados na matriz curricular do Curso de Odontologia pelo corpo docente

Fonte: Pesquisa DEGES/SGTES/MS. Coleta de dados por meio de formulário eletrônico (FormSUS). Brasília, 2012

As respostas dos coordenadores sobre a implantação de mecanismos de sustentabilidade para integração ensino-serviço-comunidade demonstram que ainda há muito que se avançar nesse aspecto. Em um momento, os gestores da SGTES, pensaram em elaborar outras diretrizes para o fortalecimento do SUS como uma Rede Escola, incluindo a importância da definição conjunta – entre IES e Serviços de Saúde – do plano de atividades de ensino, extensão/assistência, educação permanente e pesquisa. Nas reuniões do grupo de trabalho e nos documentos técnicos elaborados ficou enfatizado a importância de haver um compromisso das instituições com o desenvolvimento das atividades que vão além do estágio e que incluem a responsabilidade sanitária a ser compartilhada com os serviços de saúde.

Um mecanismo de sustentabilidade eficiente para os resultados do Programa e fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade pode ser a formalização de termo de convênio ou a contratualização, com atribuições conjuntas e individuais bem definidas, para a IES e Serviços de Saúde envolvidos, conforme apontado por alguns coordenadores de projetos durante a pesquisa realizada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste estudo foi analisar como o Pró-Saúde tem contribuído para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem, considerando as diretrizes do eixo *Cenários de Práticas*.

Após sete anos de implementação do Programa, foi possível identificar que há efetivamente um processo de mudança para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade, promovendo a inserção de estudantes de graduação na realidade dos serviços de saúde, propiciando um espaço de troca de experiências e conhecimento com ressignificação de saberes, e consequentemente uma formação em consonância com as necessidades da população e do SUS.

As diretrizes do eixo *Cenários de Práticas* apresentam a necessidade da integração entre a orientação teórica e a prática nos serviços públicos de saúde, com participação de todas as áreas disciplinares; a importância da diversificação dos cenários do processo de ensino-aprendizagem, incluindo a Atenção Básica e outros equipamentos sociais e considerando a carga horária das atividades nos diferentes níveis de atenção coerente com as DCN; e a importância de integração dos serviços próprios da IES com o SUS, com central de marcação única e mecanismos de referência e contra-referência com a rede SUS.

A maioria dos coordenadores de projetos dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem apontaram que o Pró-Saúde tem contribuído para implantação das DCN nos aspectos relacionados à integração ensino- serviço. Em relação aos vetores e estágios do Programa, os resultados revelaram avanços maiores em alguns vetores do que em outro. Verificou-se um menor avanço no que se refere à articulação dos módulos e disciplinas e ao desenvolvimento de atividades de forma multiprofissional, integrando diferentes cursos e profissões da saúde.

Nesse aspecto, o PET-Saúde, implantado mais recentemente pelo DEGES/SGTES e considerado como uma das estratégias do Pró-Saúde pode estar trazendo maior incentivo, com a integração dos estudantes, docentes e preceptores dos serviços, com estímulo para inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa na Universidade.

Sem desconsiderar as diferenças existentes entre cursos e IES participantes do Pró-Saúde I e entre os serviços de saúde, cenários de práticas dos estudantes envolvidos, pode-

se verificar um avanço no que se refere à diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem e à ampliação da carga horária prática nos serviços públicos de saúde.

Os serviços de saúde e outros equipamentos sociais de atuação dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem participantes do Pró-Saúde I, apontados pelos coordenadores de projetos durante a pesquisa realizada em 2012 foram as unidades básicas de saúde, hospitais universitários e outros da rede pública, maternidades, ambulatórios de especialidades, unidade de pronto atendimento, CAPS, CEO, creches, escolas, dentre outros.

Os relatórios de projetos dos cursos envolvidos destacam a inserção dos estudantes em atividades práticas nos serviços de saúde desde os primeiros anos dos cursos, principalmente no âmbito da Atenção Básica em Saúde.

No que tange aos aspectos da integração dos serviços universitários com o SUS, considerados no Vetor 6, também ocorreram avanços, pois de acordo com os resultados apresentados, infere-se que há uma articulação da maioria dos hospitais universitários e clínicas de ensino próprios das IES com a rede SUS.

Há que ressaltar outros fatores e incentivos que podem estar contribuindo para a gestão qualificada e a integração dos serviços universitários com o SUS, como a certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino, de competência conjunta entre os Ministérios da Educação e da Saúde, entre os quais se sublinham a participação do hospitais nas áreas de atenção à saúde, ensino e pesquisa do SUS, incluindo as necessidades locorregionais.

Verifica-se, também, que o Pró-Saúde incentiva a qualificação dos serviços e dos processos de trabalho e que tem envolvido a comunidade, mesmo que parcialmente, em suas atividades.

A maioria dos fatores dificultadores encontrados refere-se à situações ou eventos que se interagem e se potencializam mutuamente, como infra-estrutura limitada dos serviços e mudança de gestores, conforme resultados da pesquisa.

Portanto, não se trata de um processo linear e isento ao retrocesso. As diferentes fases de desenvolvimento das IES e Serviços de Saúde, as variadas formas de organização curricular teórico-prática e das estratégias de sua implementação, exigem um sistema de acompanhamento e monitoramento eficiente das instituições envolvidas.

É necessário também criar mecanismos de sustentabilidade das ações de integração ensino-serviço-comunidade, como a formalização de termo de convênio ou contratualização, com atribuições conjuntas e individuais bem definidas, para a IES e Serviços de Saúde envolvidos.

Finalmente, os resultados apresentados, revelaram que o Pró-Saúde tem contribuído para a integração ensino-serviço-comunidade, considerando as diretrizes do eixo *Cenários de Práticas*. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação na Saúde tem incentivado importantes ações e programas que possibilitam uma formação mais humanizada e que considere as necessidades de saúde da população brasileira e do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al. **A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde:** Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 2008, p. 356-362.

ALMEIDA FILHO, N. **Ensino Superior e os serviços de saúde no Brasil**. The Lancet, maio 2011, p. 6-7, disponível em < http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilporcom4.pdf>Acesso em 08 de agosto de 2013.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. **Programa de Integração Docente-Assistencial: IDA**. Série Caderno de Ciências da Saúde, n.3. Brasília, 1981, 32p.

BRASIL. Senado. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. **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, 1990a.

BRASIL. **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, 1990b.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do

Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001b. Seção 1, p. 37.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005**. Estabelece cooperação técnica entre MEC e MS na formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.530, de 22 de dezembro de 2006**. Homologa o resultado dos cursos que se candidataram ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Brasília, 2005c.

BRASIL. **SUS: avanços e desafios**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006a.

BRASIL. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **A Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais.** Brasília, 2006c, p.119-152.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-geral de Apoio à Gestão Descentralizada**. Diretrizes**

Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. 1. ed. Brasília, 2006d.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **A Trajetória dos Cursos de Graduação na Área as Saúde: 1991 – 2004**. Brasília, 2006e.

BRASIL. **Legislação Estruturante do SUS/**Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007a.

BRASIL. **Decreto de 20 de junho de 2007.** Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria 3.019, de 26 de novembro de 2007.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília, 2007d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Brasília, 2008a.

BRASIL. **Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008**. Dispõe sobre o Estágio de Estudantes e dá outras providências. Brasília, 2008b.

BRASIL. **Portaria 1.559, de 01 de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasil, 2008c.

BRASIL. **SUS 20 anos/Conselho Nacional de Secretários de Saúde** – Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011a.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamente a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1.990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, 2011b.

BRASIL. **Decreto nº 7.797, de 30 de agosto de 2012**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **FORMSUS** <http://formsus.datasus.gov.br/site/default.php> Acesso em 03 agosto de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde**.** Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família. Números da Saúde da Família**<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php> Acesso em 25 de maio de 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório do II Seminário Nacional Pró-Saúde** <http://www.prosaude.org/publicacoes/SegundoSemNacProsaude1/RelatorioSeminarioNacionalProsaude-30Julho2008.pdf> Acesso em 10 de junho de 2013.

BRONZO, C. **Intersetorialidade como princípio e prática nas políticas públicas**: **reflexões a partir do tema do enfrentamento da probreza,** documento apresentado em el XX Concurso del CLAD sobre Reforma del Estado e Modernización de La Administración Pública " Como enfrentar los desafios de la transversalidad y de la intersectorialidad em la gestión pública?" Caracas, 2007.

CAMPOS, E. F., **A Integração Docente Assistencial como Prática da Educação Médica (o caso da FM UFMG)**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Centro Biomédico da UERJ. Rio de Janeiro, 1980.

CAMPOS, F.E., FERREIRA, J.R., FEUERWERKER, L., SENA, R.R., CAMPOS, J.J.B., CORDEIRO, H. & CORDONI, L. **Caminhos para Aproximar a Formação de profissionais de Saúde das necessidades da Atenção Básica**. Revista Brasileira de Educação Médica, 2001, 25(2):53-9.

CAMPOS, G. W. S, **Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica – Diretrizes.** Cad. ABEM, 2007;

CAPELLA, A. C. **Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas.** In Gilberto Hochman, Marta Arretche, Eduardo Marques (orgs) *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.

CARLEY, M. **Indicadores sociais: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

CECCIM, R. B. **Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos**. IN: Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (Org.). Cuidado: As Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro. HUCITEC: ABRASCO, 2004, p. 259 – 278.

COLLISELL, L., TOMBINI, L. H. T., LEBA, M. E., REIBNITZ, K. S. **Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço.** Revista Brasileira de Enfermagem**,** v.62, n.6, p. 932-7, 2009.

CYRINO, EG, TORALLES-PEREIRA, ML. **Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(3):780-788, mai-jun, 2004.

DAVINI, M. C. **Bases Metodológicas para la Educacion Permanente Del Personal de Salud.** -Organizacion Panamericana de la salud. Oficina Sanitária Panamericana, Oficina Regional dela Organización Mundial de la Salud, 1989.

DONNANGELO, M. C. F., PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. 2ª ed. São Paulo: Editora Duas Cidades; 1979.

DRAIBE, Sônia Miriam. **Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas,** in Barreira, Maria Cecília Roxo Nobre e Carvalho, Maria do Carmo Brant de (orgs.), Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE-PUC-SP, 2001.

FERREIRA, J. R., CURY, G. C., CAMPOS, F. E., HADDAD, A. E., GUSSO, G. D. F. A **Construção de Parcerias como Estratégias para o Sucesso do Pró-Saúde:** Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 2007, vol. 3, p. 53 a 61.

FERREIRA, J. R. Educação, Prática Médica e Necessidades Sociais. In: SANTANA, J. P.; ALMEIDA, M. J. (orgs). **Contribuições sobre a Gestão de Qualidade em Educação Médica.** Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n. 7, Brasília, OPAS, 1994, p.i-v.i, 67 p.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. **Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do programa segundo tempo.** Texto para discussão 1369. Brasília: IPEA, 2009.

FREIRE P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 31ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GARCIA, M. A. A. **Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde**. In: *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 5(8), 2001, p. 89-100. Disponível em: http://www.interface.org.br/revista8/artigo2.pdf. Acesso: 27.05.2013

GIRARDI, Sábado Nicolau. **O perfil do "emprego" em saúde no Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online], 1986, vol.2, n.4, pp. 423-439. ISSN 0102-311X.

HADDAD, A. E.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T. M.; RIBEIRO, T. C. V. **Política Nacional de Educação na Saúde**. Revista Baiana de Saúde Pública. Bahia, 2008. Vol. 32, supl. 1, p. 98-114.

HADDAD, A. E.; MORITA, M. C. **Formação acadêmica, produção de conhecimentos e exercício profissional com relevância social**. Revista ABENO, v. 11, p. 5-6, 2011.

JANNUZZI, P. M. **Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais.** *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 51-72, jan./fev. 2002.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores Sociais e as Políticas Públicas no Brasil.** *Revista Eletrônica de Jornalismo Científico*. Brasil, 2008. Disponível em <http://www.comciencia.br/comciencia/?section=8&edicao=33&id=386>Acesso em 10.05.2013.

LAVILLE, Christian; DIONE, Jean. **A Construção do Saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Tradução: Heloísa Monteiro e Francisco Serrineri. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LEÃO, C.D.A. & CALDEIRA, A. P. **Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção**. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 11, noviembre, 2011

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2010, v. 15, n. 15.

MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY E.E; ONOCKO, R. (orgs.). Agir em saúde**:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

MERHY, E.E. **Salud**: **cartografia do trabajo vivo**. Buenos Aires: Lugar editorial, 2006.

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. **Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: debate necessário para a compreensão do processo de "financeirização" do mercado na saúde.** IN: César Ricardo Siqueira Bolño; Luiz Marcos de Oliveira Silva (Org.). Economia Política, Trabalho e Conhecimento em Saúde. 1 ed. Aracaju: Editora – UFS, 2009, v.1, p. 108 – 139.

MINAYO, M. C. S. **Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social**. IN: MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. 21ª edição, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento*:* pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **A força de trabalho em saúde no contexto da reforma sanitária.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 1987, vol.3, n.3, pp. 332-342. ISSN 0102-311X.

OJEDA, B. J; SANTOS, B. R. L; EIDT, O.R. **A integração ensino e assistência na enfermagem: delineando possibilidades para uma prática contextualizada**. Acta Paul. Enf., São Paulo, v. 17, n. 4, p. 432-438, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **OPAS/OMS Brasil.** Disponível em <http://new.paho.org/bra/> Acesso em 15 de fevereiro de 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Universidade e a Reforma Sanitária.** IN: Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: CEPS-ISC, 2002, cap. 9, p. 121-137.

PINHEIRO, R.; MADEL, T. L. **Práticas Eficazes X Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade**. IN: Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (Org.). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.Rio de Janeiro. UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 7 – 34.

REDE UNIDA, 1998. **Contribuição para as novas diretrizes curriculares nos cursos de graduação da área da saúde**. Olho Mágico, (16). Disponível em <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N16/home.htm>Acesso em 14.05.2013.

RENOVATO, R. D. *et al***. As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares no ensino da enfermagem.** *Trabalho, Educação e Saúde,* Rio de Janeiro, 2009, v. 7 n. 2, p. 231-248.

RUA, M. G. **Acompanhamento e Avaliação de Políticas Públicas**. Cadernos da Asfico Câmara Legislativa do Distrito Federal, 1996, v. 01, n. 01, p. 15-16.

RUA, M. G. **Desmistificando o problema**: uma rápida introdução ao estudo dos indicadores. Brasília: ENAP, 2004. (mimeo)

SANTANA, J. P., CAMPOS F.E, SENA, R. R. **Formação profissional em saúde: desafios para a universidade**. In *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde*. MS/OPS/UFRN, Brasília, 1999, 450 p.

SOUZA, C. **Estado da arte da pesquisa em políticas públicas**. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M. & MARQUES, E. *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FOCRUZ, 2007.

SILVA, Barbosa Frederico; JACCOUD, Luciana; BEGHIN, Nathalie. **Políticas Sociais no Brasil: participação social, conselhos e parcerias**. In: "Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo". Brasília: Ipea, 2005. Capítulo 8.

STARFIELD**,** Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** – Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004, 726 p.

STELLA, R. C. R; PUCCINI, R. F. **A Formacão Profissional no Contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina**. IN: PUCCINI, R. F.; SAMPAIO, L. O.; BATISTA, N. A.; (orgs). **A formação médica na UNIFESP: excelência e compromisso social.** Sao Paulo: Editora Unifesp, 2008, p.53-69.

VAITSMAN, Jeni; RODRIGUES, Roberto W. S. & PAES-SOUSA, Rômulo**. O Sistema de Avaliação e Monitoramento das Políticas e Programas Sociais*:* a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília**: UNESCO, 2006.

VAITSMAN, Jeni; PAES-SOUSA, Rômulo. **Avaliação de programas e transparência da gestão pública.** IN: Reflexões para Ibero-América: Avaliação de Programas Sociais / Cibele Franzese ... [et al.]; Prefácio de Paulo Martino Jannuzzi. – Brasília: ENAP, 2009.

VEIGA, L; BRONZO, C. **Desafios, possibilidades e limites de programas locais de combate à pobreza e à exclusão: as iniciativas das cidades de São Paulo e de Belo Horizonte**, documento presentado em el X Congresso Internacional Del CLAD sobre La Reforma del Estado y de La Administración Pública, Santiago, 18 al 21 de octubre, 2005.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família.** Physis – Revista de Saúde Coletiva, 1998, v. 8, n. 2, p. 11-48.

WITT, R.R. **Sistema de referência e contra- referência num serviço de saúde comunitária**. Rev. Gaúcha Enf., 1992, v. 13, n.1, p. 19-23.

ANEXOS

ANEXO A

Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

Prezados(as) Coordenadores(as) do Pró-Saúde I,

Você está sendo convidado(a) a responder algumas perguntas sobre o *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde.* Suas respostas visam qualificar o Programa, uma vez que os resultados desta pesquisa serão amplamente divulgados e subsidiarão a gestão federal da educação na saúde na tomada de decisões.

A presente investigação tem como objetivo geral analisar como o Pró-Saúde tem contribuído para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem, considerando as diretrizes do eixo Cenários de Prática.

Sua participação consiste em responder às perguntas que seguem até o dia 14 de setembro de 2012. Ela é livre e voluntária, sendo que você participa da pesquisa sem precisar se identificar; assim, a segurança e o sigilo de suas respostas serão preservados. O preenchimento deste formulário, que não deve ocupar mais que 15 minutos de seu tempo, resulta em concordância para possível publicação dos resultados da pesquisa.

Ao concluir o preenchimento, clique no botão GRAVAR, no final do formulário.

Ressaltamos novamente a importância de suas respostas para a qualificação do Pró-Saúde!

Desde já agradecemos a sua colaboração!

1) **Instituição de Educação Superior:**

2) **Categoria Administrativa da IES:**

- ○ Pública
- ○ Privada Sem Fins Lucrativos

3) **Unidade Federativa:**

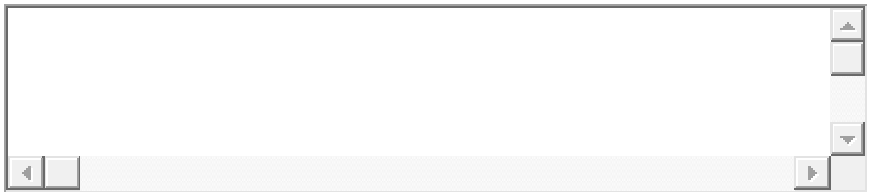
4) **Município sede da IES:**

5) **Curso de Graduação:**

- Enfermagem
- Medicina
- Odontologia

6) **Número de matrículas do Curso:**

7) **Secretaria(s) de Saúde/Município(s) Parceiros:**



8) **Você é coordenador do projeto Pró-Saúde desde 2005?**

- Sim
- Não

9) **Na sua opinião, em que estágio do Vetor 4 (Interação Ensino-Serviço) do Eixo Cenários de Práticas o curso se encontra?**

- Estágio I – Os cursos mantêm rígida separação entre a programação teórica e a prática dos serviços de saúde
- E II – Os cursos contam com alguma articulação da programação teórica com a prática dos serviços de saúde, em poucas áreas disciplinares, predominant. na atenção de caráter curativo
- E III - Imagem Objetivo – A escola integra, durante todo o processo, a orientação teórica com a prática nos serviços públicos de saúde, com participação de todas as áreas disciplinares

10) **Na sua opinião, em que estágio do Vetor 5 (Diversificação dos Cenários do Processo de Aprendizagem) do Eixo Cenários de Práticas o curso se encontra?**

- Estágio I – Atividades práticas durante os dois primeiros anos do curso estão limitadas aos laboratórios da área básica; ciclo clínico com práticas majoritariam. em

instalações assistenciais da IES

E II – Atividades extramurais isoladas de academ. no SUS, durante os 1os anos do curso, com particip. predomin. de docentes da saúde coletiva, com um peq. percentual de carga hor. semanal do aluno

E III - Atividades clínicas em unidades de atenção básica do SUS, ou em serviços próprios da IES que subordinam suas centrais de marcação de consulta às necessidades locais do SUS

11) **Na sua opinião, em que estágio do Vetor 6 (Articulação dos Serviços Universitários com o SUS) do Eixo Cenários de Práticas o curso se encontra?**

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

E II - Serviços parcialmente abertos ao SUS, preservando algum grau de autonomia na definição dos pacientes a serem atendidos

E III - Serviços próprios integrad. ao SUS, sem central de marcação de consultas ou de intern. próprias das instit. acadêmicas. Desenv. de mecan. instituc. de refer. e contra-referência com o SUS

12) **Você considera que o Pró-Saúde contribui para que o curso atinja a imagem objetivo dos Vetores propostos no Eixo Cenários de Práticas?**

Sim

Não

Parcialmente

Não existem evidências para eu responder

13) **Na sua opinião, o Pró-Saúde contribui para implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) nos seus aspectos relacionados à integração ensino-serviço?**

Sim

Não

Parcialmente

Não existem evidências para eu responder

14) **Na sua avaliação, o projeto Pró-Saúde ao qual coordena se desenvolve em articulação com a maioria dos módulos/disciplinas do programa curricular do curso?**

Sim

Não

- Parcialmente
- Não existem evidências para eu responder

15) **O incentivo do Programa promoveu a ampliação da carga horária curricular nos serviços públcos de saúde e outros equipamentos sociais desde o início da formação?**

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não existem evidências para eu responder

16) **Você considera que o Pró-Saude promove uma diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem, considerando a Atenção Básica a porta de entrada preferencial do sistema de saúde?**

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não existem evidências para eu responder

17) **Na sua opinião, as atividades são desenvolvidas de forma multiprofissional, integrando diferentes cursos e profissões da saúde?**

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não existem evidências para eu responder

18) **A IES e Secretaria de Saúde definem conjuntamente o território, a rede de atenção, e os serviços de saúde de atuação da IES?**

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não existem evidências para eu responder

19) **Você considera que existem avanços para a qualificação do serviço e dos processos de trabalho como desdobramento das atividades desenvolvidas no Pró-Saúde?**

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não existem evidências para eu responder

20) **Na sua opinião, o Programa incentiva a reorientação da formação para atender as necessidades do SUS e da população brasileira?**

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não existem evidências para eu responder

21) **Qual situação melhor descreve o funcionamento da Comissão de Gestão e Acompanhamento Local (CGL) do projeto?**

- Reuniões eventuais quando demandada(s) pelo(s) coordenadore(s) do projeto(s) ou do serviço.
- Reuniões regulares.
- Reuniões regulares (agendadas e planejadas) seguindo plano de ação aprovado.
- Não existem evidências para eu responder

22) **Na sua opinião, a CGL tem apoiado no planejamento e acompanhamento das ações de integração ensino-serviço-comunidade?**

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não existem evidências para eu responder

23) **O controle social está representado e participa das atividades da CGL?**

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não existem evidências para eu responder

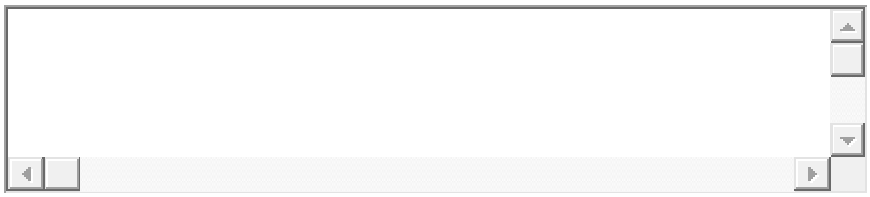
24) **A comunidade foi envolvida e se beneficia com as atividades do projeto?**

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não existem evidências para eu responder

25) **Qual(is) do)s aspecto(s) relacionados abaixo você aponta como dificultadores para integração ensino-serviço-comunidade durante a implementação do projeto? Marcar uma ou mais opções.**

- infra-estrutura limitada dos serviços (área física/equipamentos)
- mudança de gestores
- rotatividade dos profissionais dos serviços
- baixo envolvimento dos docentes
- conflitos diante da indefinição quanto ao papel e/ou compromissos das instituições de ensino e dos serviços de saúde em relação à preceptoria e à responsabilidade sanitária
- pouco desenvolvimento de ações relacionadas à referência e contra-referência
- gestão financeira dos projetos a nível local
- Outros. Descrever

26) **Na sua opinião, quais são os pontos positivos e avanços para a integração ensino-serviço-comunidade?**



27) **Existem mecanismos para sustentabilidade dos resultados do Programa?**

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não existem evidências para eu responder

ANEXO B

Resolução CNE/CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001
(BRASIL, 2001a)

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

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

RESOLVE:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.
Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior.
Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.
Art. 4º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:
I - **Atenção à saúde**: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
II - **Tomada de decisões**: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas.
Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - **Comunicação**: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
IV - **Liderança**: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
V - **Administração e gerenciamento**: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e
VI - **Educação permanente**: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.
Art. 5º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:
I – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
II - atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;
III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;
IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;
V - realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;
VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicossocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
VII- diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;
VIII- reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;
X - otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;
X - exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;
XI- utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;

XII- reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
XIII- atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;
XIV- realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;
XV- conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;
XVI- lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;
XVII- atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;
XVIII- cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;
XIX - considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;
XX - ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;
XXI- atuar em equipe multiprofissional; e
XXII- manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.
Parágrafo Único. Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.
Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:
I - conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;
II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;
IV - compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;
V - diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando- se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica; e
VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.
Art. 7º A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria

Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I - Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;

II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;

III - incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;

IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;
V - inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;
VI - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;
VII- propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e
VIII - vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.
Art. 13. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.
§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.
§ 2º O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.
Art. 14. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO
Presidente da Câmara de Educação Superior

ANEXO C

Resolução CNE/CES n.º 3, de 19 de fevereiro de 2002
(BRASIL, 2002)

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia.

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

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.
Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Cirurgiões Dentistas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Odontologia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.
Art. 3º O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.
Art. 4º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:
I - **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
III - **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais

de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
IV - **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
V - **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e
VI - **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/ estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.
Art. 5º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:
I - respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;
II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
III - atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;
IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
V - exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo- a como uma forma de participação e contribuição social;
VI - conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
VII - desenvolver assistência odontológica individual e coletiva;
VIII- identificar em pacientes e em grupos populacionais as doenças e distúrbios buço-maxilo-faciais e realizar procedimentos adequados para suas investigações, prevenção, tratamento e controle;
IX - cumprir investigações básicas e procedimentos operatórios;
X - promover a saúde bucal e prevenir doenças e distúrbios bucais;
XI - comunicar e trabalhar efetivamente com pacientes, trabalhadores da área da saúde e outros indivíduos relevantes, grupos e organizações;
XII- obter e eficientemente gravar informações confiáveis e avaliá-las objetivamente;
XIII- aplicar conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde na busca de soluções mais adequadas para os problemas clínicos no interesse de ambos, o indivíduo e a comunidade;

XIV- analisar e interpretar os resultados de relevantes pesquisas experimentais, epidemiológicas e clínicas;
XV - organizar, manusear e avaliar recursos de cuidados de saúde efetiva e eficientemente;
XVI- aplicar conhecimentos de saúde bucal, de doenças e tópicos relacionados no melhor interesse do indivíduo e da comunidade;
XVII- participar em educação continuada relativa a saúde bucal e doenças como um componente da obrigação profissional e manter espírito crítico, mas aberto a novas informações;
XVIII- participar de investigações científicas sobre doenças e saúde bucal e estar preparado para aplicar os resultados de pesquisas para os cuidados de saúde;
XIX - buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e necessidades globais da comunidade;
XX - manter reconhecido padrão de ética profissional e conduta, e aplicá-lo em todos os aspectos da vida profissional;
XXI - estar ciente das regras dos trabalhadores da área da saúde bucal na sociedade e ter responsabilidade pessoal para com tais regras;
XXII- reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais;
XXIII - colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico;
XXIV - identificar as afecções buco-maxilo-faciais prevalentes;
XXV - propor e executar planos de tratamento adequados;
XXVI - realizar a preservação da saúde bucal;
XXVII- comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral;
XXVIII- trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde;
XXIX - planejar e administrar serviços de saúde comunitária;
XXX - acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão.
Parágrafo único. A formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.
Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:
I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos,
aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Odontologia.
II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.
III - Ciências Odontológicas – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de:
a) propedêutica clínica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia bucal, semiologia e radiologia;
b) clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais; e

c) odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III - utilizar metodologias de ensino/aprendizagem, que permitam a participação ativa dos alunos neste processo e a integração dos conhecimentos das ciências básicas com os das

ciências clínicas e, instituir programas de iniciação científica como método de aprendizagem.

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

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

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

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

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

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO
Presidente da Câmara de Educação Superior

ANEXO D

Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001
(BRASIL, 2001b)

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

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

RESOLVE:

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

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

Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:
I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e
II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.
Art. 4º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:
I - **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
III- **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
IV- **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
V- **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e
VI- **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/ estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.
Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:
I – atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;
II – incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;
III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;
IV – desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;
V – compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;
VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
VII – atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;
VIII – ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar- se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;
IX – reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;
X – atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;

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

Parágrafo Único. A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e

práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

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

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

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

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

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

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

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

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

I - a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;

II - as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;

III - a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;

IV - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;

V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;

VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro;

VII - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;

VIII- a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; e

IX - a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem.

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

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

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

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

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO
Presidente da Câmara de Educação Superior

ANEXO E

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 3.019 DE 26 DE NOVEMBRO DE 2007.

Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde.

OS MINISTROS DE ESTADO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, no uso da atribuição prevista no inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e

Considerando a Portaria nº 2.101, de 3 de novembro de 2005, que institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia;

Considerando a experiência adquirida no âmbito do Pró-Saúde;

Considerando que o art. 200, inciso II, da Constituição Federal de 1988 que atribui ao Sistema Único de Saúde competência para ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde e incrementar o respectivo desenvolvimento científico e tecnológico;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que define a participação da União na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

Considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da saúde e o SUS, em especial as políticas de fortalecimento da atenção básica e da promoção da saúde;

Considerando as deliberações a respeito do Pró-Saúde oriundas da 168ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde;

Considerando a Nota Técnica pactuada na Comissão Intergestores Tripartite - CIT de 9 de novembro de 2006; e

Considerando os princípios e diretrizes propostos no Pacto pela Saúde, regulamentado pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla o compromisso firmado entre as esferas de governo nas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de Gestão,

R E S O L V E M:

Art. 1º Ampliar o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os demais cursos de graduação da área da saúde, além dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, visando à necessidade de incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, para abordagem integral do processo de saúde-doença.

§ 1º As Instituições de Educação Superior – IES, que participarão do Pró-Saúde serão definidas de acordo com critérios estabelecidos em edital.

§ 2º O Pró-Saúde tem os seguintes objetivos:

I - reorientar o processo de formação dos cursos de graduação da área da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS;

II - estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as Instituições de Educação Superior de cursos da área da saúde, visando à melhoria da qualidade e

resolubilidade da atenção prestada ao cidadão e à integração da rede à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente;

III - incorporar a abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde ao processo de formação dos cursos da área da saúde; e

IV - ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde.

§ 3º A participação de cursos de graduação da área da saúde no Pró-Saúde preservará a autonomia acadêmica, científica e pedagógica das IES.

Art. 2º Estão habilitados a participar do Pró-Saúde os cursos de graduação da área da saúde reconhecidos pelo MEC, ministrados por IES, vinculados ao Sistema Federal e ao Sistema Estadual de Educação.

§ 1º Para participar da seleção do Pró-Saúde, as IES que oferecem os cursos de graduação, conjuntamente com as Secretarias Municipais de Saúde ou Secretarias Estaduais de Saúde deverão encaminhar projetos, conforme o Edital do Pró-Saúde.

§ 2º A inserção dos cursos no Pró-Saúde se dará pela formalização de ajuste entre o gestor municipal e/ou estadual, o dirigente máximo da IES e os Ministérios da Saúde e da Educação.

Art. 3º A estrutura do Pró-Saúde contemplará as seguintes instâncias:

I - Conselho Consultivo;

II - Comissão Executiva; e

III - Comissão Assessora.

Parágrafo único. Os Estados, os Municípios e as Instituições de Ensino do Pró-Saúde deverão instituir, respectivamente, a Comissão Estadual de Acompanhamento do Pró-Saúde e a Comissão de Gestão e Acompanhamento Local com a finalidade de acompanhar, monitorar e avaliar os projetos em execução no âmbito do seu respectivo território, observando, quando possível, a seguinte composição:

I - para a Comissão Estadual de Acompanhamento do Pró-Saúde: participação de representantes da Secretaria Estadual de Saúde, do Conselho Estadual de Saúde, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, das IES e dos Municípios com escolas participantes do Pró-Saúde; e

II - para a Comissão de Gestão e Acompanhamento Local: participação do(s) coordenador(es) do(s) projeto(s) e de representantes do gestor municipal de saúde, do Conselho Municipal de Saúde, dos profissionais do sistema público de saúde, dos docentes e dos discentes do(s) curso(s) participante(s) do Pró-Saúde.

Art. 4º Fica constituído o Conselho Consultivo do Pró-Saúde, que atuará como instância consultiva.

§ 1º O Conselho será composto por representantes de cada um dos seguintes órgãos e instituições:

I - Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;

II - Ministério da Educação - Secretaria de Educação Superior;

III - Ministério da Educação - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira;

IV - Organização Mundial da Saúde - Organização Pan-Americana da Saúde - OMS/OPAS;

V - Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;

VI - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS;

VII - Conselhos profissionais dos cursos participantes do Pró-Saúde;

VIII - Associações de ensino dos cursos participantes do Pró-Saúde;

IX - Entidades estudantis dos cursos participantes do Pró-Saúde;

X - Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais do Ensino Superior-ANDIFES; e

XI - Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras – CRUB.

§ 2º A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, e a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação deverão designar dois representantes, e os demais órgãos e instituições, um representante.

§ 3º O Conselho Consultivo reunir-se-á periodicamente visando acompanhar o desenvolvimento do Pró-Saúde.

§ 4º O Conselho Consultivo terá um coordenador indicado pelo Ministério da Saúde.

Art. 5º A Comissão Executiva do Pró-Saúde será composta por:

I - dois membros titulares e um suplente do Ministério da Saúde;

II - dois membros titulares e um suplente do Ministério da Educação;

III - um membro titular e um suplente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; e

IV - um membro titular e um suplente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS.

§ 1º Caberá ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a designação dos membros e a coordenação da Comissão Executiva.

§ 2º A Comissão Executiva será responsável pela elaboração do Edital de Seleção do Pró-Saúde.

Art. 6º A Comissão Assessora do Pró-Saúde será composta por:

I - vinte e cinco membros indicados pelo Ministério da Saúde;

II - quatro membros indicados pelo Ministério da Educação;

III - um representante da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS;

IV - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; e

V - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS.

§ 1º Caberá ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a designação dos membros e a coordenação da Comissão Assessora.

§ 2º A Comissão Assessora selecionará, acompanhará e avaliará o desenvolvimento dos projetos dos cursos de graduação que participarão do Pró-Saúde.

Art. 7º O Ministério da Saúde destinará recursos orçamentários da funcional programática nº 10.364.1436.8628.0001 – Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS, para o financiamento do Pró-Saúde.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Fica revogada a Portaria nº 2.101/GM, de 3 de novembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 212, de 4 de novembro de 2005, seção 1, página 111.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO FERNANDO HADDAD

Ministro de Estado da Saúde Ministro de Estado da Educação