
**Diretrizes curriculares nacionais para a
graduação em Saúde: política pública para
mudança de paradigma?
National curricular policies for health graduation
course: public policy for change of paradigm?**

RINALDO HENRIQUE AGUILAR DA SILVA¹
EDSON ROBERTO ARPINI MIGUEL²

RESUMO: Este artigo apresenta uma reflexão crítica da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a graduação em saúde abordando os aspectos: formação de recursos humanos em saúde, avaliação como estratégia de acompanhamento de implantação das DCN e o projeto de avaliação de tendências de mudanças para os cursos de graduação em saúde. Conclui-se que passados oito anos da homologação das DCN para a graduação em Saúde, ainda é possível questionar a efetividade de tal orientação para as Instituições de Ensino Superior. Se por um lado a possibilidade de construir currículos de modo mais aberto e interativo com os serviços de saúde possibilita a formação de profissionais mais competentes e humanos, por outro, o não entendimento das DCN como política pública, a falta de um sistema de avaliação coerente e a desestruturação e incompleta implantação do Sistema Único de Saúde inviabilizam tal proposta.

Palavras-chave: Educação. Avaliação. Graduação em Saúde. Currículo.

¹Pós-doutorando em Educação em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Professor da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Membro da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM/ABEM) – Av. Rio Branco, 360 apto. 1102, Cep 17500-090, Marília-SP, e-mail: aguilar@famema.br

²Mestre em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Professor da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Coordenador do Curso de Medicina da Faculdade Ingá.

ABSTRACT: This paper presents a critical thought on the implementation of the National Curricula Policies (NCP) for the health graduation course which approaches the following aspects: personnel education in the health area; evaluation as a strategy to follow up the NCP implementation and the project to evaluate the tendencies of changes in the health graduation courses. One may conclude that after the eight year approval of the health graduation NCP, it is still possible to question the effectiveness of the guidelines in a School of Higher Education. On one hand, the possibility of building more open and interactive curricula makes it possible to educate more competent and human professionals; on the other hand NCP are not considered a public policy, a coherent evaluation system is missing, the Health Unified System lacks structure and is not implemented completely. Therefore the second set of facts makes the first set impossible to be accomplished.

Key-words: Education. Evaluation. Health Graduation Course. Curriculum.

INTRODUÇÃO

A elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) é histórica tanto quanto a construção da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS). Teve sua origem nos questionamentos sobre o ensino superior, iniciados na década de 1960, entre os quais se destacava o seu isolamento do mundo do trabalho, formando profissionais com perfil não adequado às necessidades sociais. Embora tenha havido algumas tentativas de superação daquele modelo, durante todo o período da ditadura militar (1964-1984), as idéias de renovação foram reprimidas. As reformas na Educação se limitaram aos aspectos organizacionais, os currículos continuaram a ser rigidamente definidos pelo extinto Conselho Federal de Educação e cada vez mais se acentuou a segmentação entre formação básica e profissionalizante (STELLA, 2007). O processo de construção das Diretrizes Curriculares Nacionais, teve início formalmente com a publicação do Edital 4/97 da SESu em 10/12/97. Este processo apesar das dificuldades enfrentadas, foi muito rico e envolveu vários atores da educação e da sociedade em geral nas discussões das diretrizes para as várias áreas do conhecimento.

A também histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e o próprio movimento da reforma sanitária que resultou na criação do SUS, associada a outros estudos e documentos,

como os produzidos pela Organização Pan-Americana de Saúde e os resultantes da 2ª Conferência Mundial de Educação Médica em Edimburgo, 1993 e de outras Conferências na América Latina; os resultados dos Projetos UNI; as iniciativas da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação da Educação Médica – CINAEM; e a ação efetiva de entidades nacionais ligadas à Educação Médica e à Formação de Recursos Humanos em Saúde, como a Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, e a Rede UNIDA; tiveram grande importância no processo de discussão das diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde. Também foi importante a compreensão do documento produzido pela Conferência Mundial de Educação Superior realizada pela UNESCO em 1998, que propunha uma formação responsável, cidadã e ética, a capacitação para a educação permanente e o conhecimento do método científico, com base em novas práticas pedagógicas que facilitem a aquisição de competências, habilidades e capacidade para trabalhar em grupos (STELLA, 2007).

Todo este movimento culminou com a homologação das DCN que propõem um perfil profissional com uma boa formação geral, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar de uma outra perspectiva da assistência, por meio de Projetos Político-Pedagógicos (PPP) construídos coletivamente pelos atores do curso nas IES e que utilizem metodologias de ensino-aprendizagem centradas no estudante, em diferentes cenários, conforme necessidades apontadas em vários estudos.

Este artigo tem como objetivo apresentar uma reflexão crítica da homologação das DCN para a graduação em saúde abordando os aspectos: formação de recursos humanos em saúde, avaliação como estratégia de acompanhamento de implantação das DCN e o projeto de avaliação de tendências de mudanças para os cursos de graduação em saúde.

Formação de Recursos Humanos na Área da Saúde

No Brasil como em vários países no mundo, questiona-se sobre qual o papel do sistema educacional, incluindo o universitário, no processo de formação das pessoas na sociedade, bem como de sua articulação com setores específicos desta (UNESCO, 1998; SANTOS, 1999).

Por isso as DCN para os cursos de graduação, na área da saúde, foram elaboradas buscando uma mudança paradigmática do processo de educação superior, de um modelo flexneriano, biomédico e curativo para

outro, orientado pelo binômio saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência; de uma dimensão individual para uma dimensão coletiva; de currículos rígidos, compostos por disciplinas cada vez mais fragmentadas, com priorização de atividades teóricas, para currículos flexíveis, modulares, dirigidos para a aquisição de um perfil e respectivas competências profissionais, os quais exigem modernas metodologias de aprendizagem, habilidades e atitudes, além de múltiplos cenários de ensino (STELLA, 2007).

O perfil proposto para o profissional formado, nas DCN busca definitivamente o desafio de consolidar a inter-relação da área de formação de recursos humanos em saúde com os serviços de assistência à saúde: 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 (ALMEIDA, 2005).

As DCN, no entanto, passados 8 anos de sua homologação, constituem-se apenas em uma indicação, uma recomendação, já que, no Brasil, as universidades gozam de autonomia. A autonomia universitária é definida na *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional* (LDB) como prerrogativa de criação, expansão, modificação e extinção de cursos e programas de educação superior; fixação dos currículos de seus cursos e programas; planificação e programação de pesquisa científica e de atividades de extensão, além da elaboração da programação dos cursos.

Entretanto é consenso que a educação não comporta mais uma bagagem escolar baseada no volume de conteúdos, sendo isso pouco operacional e nem mesmo adequado. O que se acumula no começo da vida deve ser constantemente atualizado e aprofundado, considerando que estamos vivendo um período no qual as mudanças ocorrem com grande velocidade. Ressalta-se também que a educação, para dar resposta ao conjunto das suas missões, deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais, que serão ao longo da vida os quatro pilares do conhecimento: **aprender a conhecer** (ou aprender a aprender, adquirir os instrumentos de compreensão), **aprender a fazer** (para poder agir sobre o meio envolvente), **aprender a viver juntos** (a fim de participar e

cooperar com os outros em todas as atividades humanas) e **aprender a ser** (via essencial que integra as três precedentes) (DELORS, 2000).

Assim, há que constituírem-se novos processos provocando e desencadeando discussões acerca da prática em saúde, de forma que essa seja revisitada, retomando sua finalidade, questionando o compromisso com os segmentos da sociedade e a articulação dessa prática com o processo de formação dos profissionais de saúde como possibilidade de formação de sujeitos.

Segundo Ceccim (2004) o desafio de propor a mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da *integralidade* mostrou que é possível formular uma política de saúde específica para a formação. Igualmente, detectar que é possível e necessária uma teoria da mudança na graduação em saúde que dialogue e se construa desde a gestão setorial. É necessário como sociedade ou como setor de formulação de políticas públicas, aprender a formular políticas com significado na vida da população, nas tarefas de gestão setorial, na organização das práticas de atenção e na transformação da educação superior em saúde. Se for necessário aprender a formular políticas, os gestores do SUS têm que aprender a *cuidar* das políticas: observar comportamentos, acompanhar processos, oferecer assessoramento, disponibilizar informação, abrir-se para as mutações de sentido e ordenamento gerencial etc. Os compromissos com o eixo da integralidade na mudança da graduação em saúde vem dos vários atores que com ela se comprometerem, principalmente aqueles que estão nas interfaces da formação: docentes, dirigentes de ensino, estudantes, gestores de educação e gestores do SUS.

Entretanto uma questão que se coloca em relação à consolidação de práticas de saúde que compõe um modelo de saúde calcado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), é a problemática da força de trabalho em saúde, sendo que esta deve ser enfrentada tanto do ponto de vista das práticas como da formação de pessoal.

Aponta-se ao longo dos anos de implementação do SUS que a formação da força de trabalho em saúde proporcionada pelo aparelho formador não é adequada às necessidades de saúde da população brasileira nem às necessidades dos serviços (BRASIL, 1993; NOGUEIRA, 2002) o que reforça a importância da criação, homologação e implantação das DCN para a graduação em saúde.

Assim, a formulação de novas propostas, como das DCN, para a formação dos profissionais da área da saúde na perspectiva crítica, ou

seja, a formação crítico-reflexiva na direção da constituição de sujeitos para a transformação social, considera-se como uma das demandas para que se reorganize as práticas de saúde na direção de um sistema ancorado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, vários aspectos apresentam-se como motivos de uma crise na formação dos recursos humanos, gerados por determinantes externos e internos aos órgãos formadores.

Nessa perspectiva, há necessidade de se redirecionar a formação inicial e permanente dos profissionais da saúde, colocando em questão os modelos e valores a serem construídos, para atender a esta reorganização, pautando-se pela ética nos processos de intervenção, enquanto direito e respeito ao ser humano, construindo e reconstruindo os processos de trabalho e competências profissionais, integrando a formação à realidade e dos serviços da comunidade.

No entanto, a sociedade vive em constante movimento e tensão, tendo forças favoráveis e desfavoráveis a cada projeto implementado. Da mesma forma, a educação vive momentos, nos quais seus projetos podem servir tanto para a reprodução dos processos na sociedade de forma acrítica, como para desenvolver uma formação crítica, reflexiva, comprometida e consciente para atuar a favor da emancipação das pessoas, da igualdade social e da qualidade de vida, formando-se cidadãos no seu processo de humanização.

Esta formação, além de recolocar a discussão sobre sua intencionalidade, conta com o desafio de ter domínio de conhecimentos, habilidades e atitudes para atuar com competência, com qualidade formal, e política; e, ao mesmo tempo, responder às carências sociais. Portanto, a adoção de metodologias ativas está articulada com o mundo do trabalho, com a resolução de problemas concretos e com a formação ético-política, além de saber trabalhar com as incertezas, buscando a consciência nos atos/escolhas praticados.

Demo (1998) considera ainda que o questionamento consiste na capacidade dos sujeitos serem competentes ao terem consciência crítica, questionando sobre o que fazem, elaborando os próprios projetos de vida, num determinado contexto histórico. A crítica sobre o que fazem, cria nos sujeitos a possibilidade de superarem sua condição de massa de manobra, construindo alternativas por meio de sua intervenção e dos seus projetos. Dessa forma, o papel da educação estaria no processo de constituição de sujeitos para que atuem com competência e não apenas pela competitividade.

Gadotti e Romão (2000) destacam o mundo do trabalho como princípio ordenador da formação de jovens e adultos, considerando duas vertentes: a do questionamento das relações que engendram a sociedade e a da instrumentalização para exercer a atividade laboral, desenvolvendo o domínio de um conhecimento crítico para questionar a realidade e transformá-la.

Considerando a concepção de saúde-doença na perspectiva da qualidade de vida, na reorganização do setor saúde, através de ações de promoção, prevenção e recuperação, há necessidade também de se promoverem transformações na prática profissional, sendo um desafio a construção de novas tecnologias para a intervenção. Estas mudanças podem determinar também mudanças no processo de formação, articulando teoria e prática, buscando a integração ensino-serviço-comunidade, influenciando a instrumentalização dos novos profissionais.

Minayo (1997) aponta que, em função da globalização, o mundo do trabalho é o setor em que as mudanças se fazem mais presentes. O avanço científico e tecnológico coloca, nesse momento histórico, o conhecimento como a força produtiva por excelência, exigindo uma (re)discussão dos processos de formação dos profissionais para que esses possam ser inseridos num mercado de trabalho em constante transformação.

Hoje não faz mais sentido pensar o conhecimento fora do mundo do trabalho; o conhecimento visa transformar o processo de trabalho numa relação estreita entre teoria e prática, num movimento dinâmico, a *práxis*.

Dessa forma, toda atividade ao incorporar uma intencionalidade, ou seja, uma finalidade previamente elaborada pelo sujeito, torna a ação consciente, relacionando de forma indivisível a teoria e a prática, a prática consciente, dinâmica, podendo ter a interferência dos seres humanos na transformação da realidade.

A finalidade de todo o processo está no entendimento do que subjaz às aparências na realidade, ou seja, a construção de uma leitura crítico-reflexiva da realidade, transformando o estudante/professor/profissional dos serviços de saúde em sujeito, determinando seu processo de formação e ao mesmo tempo sendo determinado pelo mesmo.

Ao enunciar esta concepção, busca-se recuperar a capacidade do ser humano, quer na qualidade de estudante, professor, profissional de saúde, usuário ou comunidade, enfim, o cidadão, de ser sujeito do seu

processo de vida e trabalho, construindo-se a partir daí a possibilidade do mesmo ser ativo na sua produção e reprodução social, ou seja, tendo consciência e autonomia para decidir sobre o seu destino, movido pelos seus desejos e interesses, articulado às necessidades sociais, portando um projeto constituído coletivamente, de forma que a sua prática tenha compromisso e responsabilidade com o usuário do sistema de saúde e que possa impulsionar processos de mudanças na realidade onde se situa.

Na perspectiva da reconstrução dos processos de trabalho em saúde e educação, o Ministério da Saúde criou uma Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGEST).

O Ministério assume seu papel de gestor federal do SUS propondo a orientação da formação, distribuição e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil. Coloca como referencial a transformação das práticas profissionais e das estratégias de organização da atenção à saúde. Trata a utilização deste referencial tanto na dimensão da formação inicial dos profissionais, como também na formação permanente nos serviços de saúde. Este referencial parte do pressuposto da aprendizagem significativa que promove e produz sentidos.

Ausubel et al. (1980) ao apresentarem a Teoria da Aprendizagem Verbal Significativa, baseiam-se em dois princípios: os conteúdos de ensino devem ser relacionados logicamente; o estudante/profissional deve adotar uma atitude favorável a fim de tornar-se capaz de realizar essa relação dentro de suas estruturas cognitivas. Para que a aprendizagem significativa ocorra três condições são importantes: os novos conhecimentos devem ser relacionados aos conhecimentos prévios que o estudante já possui; as experiências prévias do estudante/profissional sobre o conteúdo devem ser consideradas como ponto de partida para a aprendizagem; deve-se realizar uma interação entre as idéias já existentes na estrutura cognitiva do estudante/profissional e as novas informações (MOREIRA, 1999).

Destaca-se que o valor da atividade do próprio sujeito como início da aprendizagem e o incentivo para continuar aprendendo são suscitados no ambiente concreto, no qual surgem os conflitos capazes de promover o interesse das pessoas e seu desejo de intervir para sua solução.

Além disso, outro argumento a ser considerado é a humanização do conhecimento com o qual se entra em contato nas instituições. A integração é defendida como uma forma de educação que propicia visões da realidade nas quais as pessoas aparecem como sujeitos da história, como as peças-chave para entender o mundo, estimulando o compromisso

dos estudantes e profissionais com sua realidade, tendo uma participação mais ativa, responsável, crítica e eficiente na mesma (TORRES SANTOMÉ, 1998).

Portanto, para que ocorra a transformação das práticas profissionais, a formação deve estar na direção dos referenciais, buscando reflexão crítica sobre as práticas produzidas pelos profissionais nos serviços de saúde, ou seja, a problematização dos processos de trabalho, tomando como referencial as necessidades de saúde das pessoas e da população, da gestão setorial e da promoção e vigilância à saúde (BRASIL, 2004) como está previsto nas DCN.

Avaliação como Estratégia de Acompanhamento das Mudanças

Uma outra questão importante no processo de formação, valorizada pelas DCN, é a abordagem em relação à avaliação, seja em relação à avaliação do processo de ensino-aprendizagem, que passou a levar em conta competências e habilidades além do conteúdo desenvolvido e deverá adequar-se ao novo modelo, centrado no aluno e não mais no professor; seja em relação à avaliação do curso como um todo, considerando que conforme o Art. 13 (caput), a implantação das diretrizes deverão ser “acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes necessários ao seu aperfeiçoamento.”

Apesar de a lei prever este acompanhamento e avaliação sabemos que nos últimos 8 anos esta avaliação esteve longe de ser a ideal.

O atual mecanismo de avaliação do ensino superior leva em consideração indicadores de qualidade para um processo regulatório e/ou acreditatório SINAES (Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior) que foi instituído em 14 de abril de 2004, através da Lei 10.861 regulamentada em 05 de julho de 2004, pelo Ministro da Educação, Tarso Genro pela Portaria MEC nº 2051.

De acordo com a portaria, o SINAES tem por objetivos: a melhoria da qualidade da educação superior, a orientação da expansão da sua oferta, o aumento permanente da sua eficácia institucional e efetividade acadêmica e social, e especialmente a promoção do aprofundamento dos compromissos e responsabilidades sociais das instituições de educação superior, por meio da valorização de sua missão pública, da promoção dos valores democráticos, do respeito à diferença e à diversidade, da afirmação da autonomia e da identidade institucional.

Formado por três componentes principais, sendo a avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes, o SINAES deverá assegurar:

- 1º. avaliação institucional, interna e externa, contemplando a análise global e integrada das dimensões, estruturas, relações, compromisso social, atividades, finalidades e responsabilidades sociais das instituições de educação superior e seus cursos;
- 2º. caráter público de todos os procedimentos, dados e resultados dos processos avaliativos;
- 3º. respeito à identidade e a diversidade de instituições e de cursos;
- 4º. participação do corpo discente, docente e técnico-administrativo das instituições de educação superior, e da sociedade civil, por meio de suas representações.

Para a avaliação das instituições e dos cursos, a Lei manteve a proposta original. A avaliação das instituições de educação superior que tem por objetivo identificar seu perfil e o significado de sua atuação por meio das atividades de ensino, pesquisa e extensão, deverá ser realizada no ambiente interno por comissão própria de avaliação da instituição – CPA e no âmbito externo por comissão indicada pelo MEC/INEP por meio de visita in loco. Apesar desta possibilidade de auto-avaliação da Escola os instrumentos utilizados pela avaliação externa ainda consideram fortemente os indicadores de qualidade estipulados o que reduz o aprendizado do momento avaliativo e o reduz ao mero acerto de contas.

Assim, é notável que para a avaliação externa, que acontece com a visita de professores avaliadores cadastrados pelo MEC, existe no instrumento de avaliação, requisitos legais que devem ser verificados. Entre eles, o de que a escola deve cumprir plenamente as recomendações das DCN para o curso avaliado.

Considerando o grau de subjetividade deste requisito legal e do que seja “plenamente adequado”, observa-se a grande dificuldade de utilizá-lo na avaliação mantendo a maioria das escolas distante da verdadeira implantação das DCN.

Não se pode falar de avaliação sem falar de Donabedian (1992), que desenvolveu, no início da década de 90, um quadro conceitual fundamental para o entendimento de qualidade, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado. Este tipo de avaliação propicia o acompanhamento e a correção de rumos em processo o que encoraja

àqueles que trabalham seriamente na busca efetiva de resultados de qualidade de gestão.

Afonso (2005), ao discutir sobre as funções da avaliação, coloca que nas organizações, tanto de saúde como de educação, são os processos de avaliação, instrumentos de gestão importantes na estruturação das relações de trabalho e também funciona quase sempre como instrumento de controle e de legitimação profissional.

A avaliação de acordo com Pires (2005) é “instrumento privilegiado de conhecimento”, mas “sempre provisória e incompleta”. Discute-se que o ato de conhecer traz em sua essência a idéia de emancipação, pois quanto mais se conhece algo, mais se é capaz de livrar-se de concepções ingênuas.

Saul (1994) defende uma proposta que foge aos paradigmas clássicos, definido como avaliação emancipatória. Coloca que o compromisso principal desta avaliação é o de fazer com que as pessoas, direta ou indiretamente envolvidas por uma ação educacional, escrevam sua própria história e gerem suas próprias alternativas de ação. Defende que a conscientização é o que orienta um fazer pedagógico emancipador de uma organização, que vê seus membros como sujeitos capazes de, criticamente, desenvolver suas próprias ações.

Portanto, a proposta de Saul (1994) é representativa do esforço de um determinado segmento de teóricos da avaliação, que buscam construir um novo paradigma de avaliação.

Diante desta realidade, é preciso um posicionamento pessoal, responsável e radical do sujeito comprometido com a construção, como afirma Belloni (1999, p. 36):

[...] uma sistemática de avaliação que vise o aperfeiçoamento da qualidade da educação – isto é, do ensino, da aprendizagem e da gestão institucional – com a finalidade de transformar a escola atual em uma instituição voltada e comprometida com a aprendizagem de todos e com a transformação da sociedade em uma sociedade realmente democrática.

A avaliação deve ser um processo contínuo e de responsabilidade de todos, uma vez que o resultado esperado é a aprendizagem organizacional e dos sujeitos. Sacristán (1998, p. 298) define que:

avaliar se refere a qualquer processo por meio do qual alguma ou várias características de um estudante, de um grupo de estudantes, de um ambiente educativo, de objetivos educacionais, de

materiais, professores, programas, etc., recebem a atenção de quem avalia, analisando-se e valorizando-se suas características e condições em função de alguns critérios ou pontos de referência para emitir um juízo que seja relevante para a educação.

A avaliação não é um fim em si mesma, mas deve possibilitar a análise da realidade para focar as ações com a finalidade de refletir sobre a mesma na perspectiva da reconstrução da ação.

Assim após a homologação das DCN observou-se a necessidade de apoio e acompanhamento das implementações de mudanças nas escolas segundo as DCN de maneira mais sistematizada e efetiva. Para isso a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) na sua vocação institucional toma a iniciativa de promover a avaliação das tendências de mudanças nas escolas médicas, segundo as DCN, criando a Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM) que elaborou o projeto “Avaliação da Tendência de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras”. Este foi aprovado em março de 2006 e teve inicialmente a participação de 33 escolas médicas. Posteriormente, em reconhecimento ao trabalho desenvolvido, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGEST) financiou o projeto e sua expansão a outros cursos de graduação na área da saúde.

Projeto de avaliação e acompanhamento das mudanças nos cursos de graduação da área de saúde da CAEM/ABEM

Este projeto foi elaborado considerando-se cinco eixos apresentados por Lampert (2002) de relevância no encaminhamento da formação: I) mundo do trabalho; II) projeto pedagógico; III) abordagem pedagógica; IV) cenários da prática; e V) desenvolvimento docente. Cada eixo está identificado em vetores, áreas temáticas que dão a direção de expansão nos encaminhamentos da prática do ensino, abalizando tendências de mudanças. O instrumento reúne dezessete vetores (FIG 1), cada um especificando, por sua vez, aspectos relevantes dentro de cada eixo e descritos a seguir:

*O Eixo I, eixo conceptual do **Mundo do Trabalho**, espaço dinâmico da prática profissional, objeto de análise crítica para que aconteçam as transformações preconizadas, busca identificar a tendência da escola para mostrar, viver e discutir, de forma crítica, aspectos do mundo do trabalho onde o profissional deverá inserir-se para prestar serviços de saúde. Procura, de forma comprometida, acompanhar e discutir criticamente a dinâmica do mercado de trabalho em saúde e a*

organização dos serviços, visando ao atendimento qualificado da saúde da população e à orientação dos futuros profissionais (LAMPERT, et al. 2009), nos vetores que indicam:

- carência de médicos e emprego - analisa se a escola, para elaborar e organizar a programação curricular considera a carência de profissionais para o atendimento das necessidades de saúde e/ou as possibilidades de emprego ou atividades remuneradas. Embora a escola não disponha de competência (governabilidade) para interferir nesse problema social - pois sua modificação depende de outros níveis ligados à conjuntura social, ao momento histórico - é importante que considere fatores vinculados ao mercado de trabalho em saúde, para melhor preparar o profissional médico, que nele irá se inserir para prestar serviços de saúde.

- base econômica da prática profissional - discute se a escola explicita ou não a existência de uma prática liberal e uma assalariada, e a influência desse fato na formação profissional. Por muito tempo, prevaleceu o modelo de ensino ligado ao êxito profissional liberal, que não se traduzia em um conteúdo curricular explícito, mas era assimilado pelo estudante na imagem, no exemplo e no convívio com os professores, os grandes mestres. Hoje, o trabalho privado exercido como prática liberal está extremamente reduzido e dominado pelos convênios. A saúde está sendo fortemente oferecida e comprada como produto, dentro das leis do mercado. Frente a uma variedade de modelos econômicos, faz-se necessário o conhecimento e a discussão dos impactos à longo prazo dentro de uma visão global referindo aspectos e atitudes éticas.

- prestação de serviços - observa se a escola aborda ou não, de forma crítica a relação institucional mediadora de seguradoras, planos de saúde e outras, na prestação de serviços de saúde, como fator adicional ou de interferência na relação singular entre profissional e paciente, e os seus reflexos na formação e no exercício da profissão.

O Eixo II, eixo conceptual do **Projeto Pedagógico**, referenciado no PPI e PDI (Projeto Pedagógico Institucional e Projeto de Desenvolvimento Institucional), trata de como o curso se vê e se situa na sociedade e estabelece sua missão política e pedagógica, buscando identificar como desempenha seu papel nas inter-relações sociais, como concebe saúde e doença e seus fatores determinantes e como consegue dar um enfoque intersetorial (ABDALLA, et al. 2009), nos seguintes vetores:

- biomédico e epidemiológico-social - trata do quanto a escola aborda o processo saúde-doença voltado para as causas biológicas e

epidemiológico-sociais, com participação da escola no processo de desenvolvimento da saúde na região. Desde um curso orientado para os aspectos biomédico, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde, criando oportunidades de aprendizagem, tendo em vista algum equilíbrio entre o biológico e o social, seguindo orientação da prevenção primária, secundária e terciária (paradigma de Leavell & Clark) até, em forma mais avançada, enfatizando a importância dos fatores determinantes da saúde, incluindo as necessidades da atenção básica com forte interação com os serviços de saúde, articulando aspectos de promoção, preservação, recuperação e reabilitação.

- **aplicação tecnológica** - trata da ênfase dada pela escola ao aplicar a alta tecnologia que está constituída por todo o acervo de conhecimentos (originados predominantemente das ciências biológicas) organizados para os fins práticos e específicos de intervir sobre aqueles casos que requerem meios de apoio diagnóstico e terapêutico, colocados à disposição por uma vigorosa indústria de bens de consumo, considerados cada vez mais indispensáveis para a boa prática profissional.

- **produção de conhecimentos** - trata de verificar se na pesquisa a escola se referencia pelas necessidades de saúde com base exclusivamente demográfica e epidemiológica. E, se, além do aspecto técnico-operacional, também constrói propostas político-institucionais e de avaliação de novas tecnologias.

- **pós-graduação e educação permanente** - trata da oferta de cursos de residências, especialidades, mestrados e doutorados e do seu comprometimento com a educação permanente. Verifica se essa oferta é realizada em campos especializados com total autonomia e não desenvolve educação permanente; se contempla os campos gerais e busca oferecer educação permanente; ou, ainda, em uma forma mais avançada, se o faz de modo articulado com os gestores do sistema de saúde, visando atender as necessidades de saúde, quantitativas e qualitativas, ao mesmo tempo que franqueia a educação permanente aos profissionais da rede.

O Eixo III, eixo conceptual da **Abordagem Pedagógica**, trata de métodos de construção e acompanhamento do processo ensino-aprendizagem. Busca identificar a tendência do processo ensino-aprendizagem e do processo avaliativo que se desenvolve na escola e a orientação didático-pedagógica, verificando se é mais centrada no professor ou no aluno, com o uso ou não de tutorias (AGUILAR-DA-SILVA, et al. 2009), nos seguintes vetores:

- **estrutura curricular** – analisa se essa estrutura se apresenta de forma fracionada, em ciclos (básico e profissionalizante) bem separados e organizados em disciplinas fragmentadas; se a estrutura curricular apresenta atividades didáticas em grande parte integradas; ou se o currículo conta com áreas de prática real, sendo estruturado com conteúdos integrados.

- **orientação didática** - preocupa-se em verificar se o curso enfatiza as aulas teóricas expositivas, em disciplinas isoladas e práticas demonstrativas centradas nos professores e avaliações escritas predominantemente de memorização; se, com alguma integração multidisciplinar, oferece práticas visando às habilidades no âmbito hospitalar com avaliações de habilidades, ou se adota a solução de problemas em grupos pequenos de discentes, baseando-se na realidade dos serviços, com abordagem interdisciplinar, usando serviços e espaços comunitários, avaliando desempenho e atitudes com estímulo ao estudo independente, à avaliação interativa e à auto-avaliação em competências profissionais.

- **apoio e tutoria** - trata de como a escola está oferecendo ou não condições físicas e materiais adequadas de apoio (biblioteca, salas, laboratórios, recursos audiovisuais, biotério, etc.) para tutoria, verificando se ela traz implícita a valorização da auto-aprendizagem e do estudo independente, realizado sob a facilitação de tutores capacitados para essa tarefa, sem excluir as aulas magistrais que podem estar bem situadas em determinados momentos; se destaca, no discente, a capacidade individual de aprender, a qual deve ser grandemente estimulada com orientação competente; proporciona condições adequadas dos espaços físicos e materiais de apoio para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem e oferece tutoria com análise e solução de problemas baseados em situações reais ou oferece ensino realizado em pequenos grupos em rodízio por várias disciplinas.

O Eixo IV, eixo conceptual dos **Cenários de Prática** trata dos locais onde se ocorre a prática, busca identificar se a tendência para o ensino da prática centra-se no hospital ou na rede do sistema, postos, ambulatorios, domicílios, famílias e/ou comunidades, identificando a diversificação de cenários (locais) e as oportunidades que a escola proporciona aos discentes de forma orientada para o aprendizado da prática (STELLA, et al. 2009) nos seguintes vetores:

- **local de prática** - refere-se aos locais que a escola utiliza para o ensino da prática, se há predominância dos níveis de atenção à saúde (primário,

secundário, terciário), ou se utiliza também as unidades da rede do sistema de saúde, com graus crescentes de complexidade tecnológica, ou, ainda, se utiliza espaços domiciliar e comunitário, contribuindo com os mecanismos de referência e contra-referência entre os serviços de diferentes complexidades tecnológicas

- **participação discente** - refere-se ao espaço que a escola proporciona ao estudante para a orientação e prática efetiva de atividades indispensáveis ao exercício da profissão. Analisa se o estudante participa mais como observador, se executa atividades selecionadas e parcialmente supervisionadas, ou se a escola oportuniza ampla participação clínica com orientação e supervisão docente nos vários cenários de prática.

- **âmbito escolar** - verifica se a escola oferece práticas ligadas aos departamentos e às disciplinas/especialidades; se ela oferece práticas que cobrem vários programas de forma estanque; ou práticas que se desenvolvem ao longo de todo o curso, com o uso de serviços de forma integral no âmbito da prática com demandas espontâneas.

O Eixo V, eixo conceptual do **Desenvolvimento Docente** trata da necessidade do processo formador do profissional docente ser permanente no cotidiano das atividades acadêmicas. Tendo claro o docente como agente formador e modelo em serviço na socialização do estudante. Este eixo busca identificar a tendência para investir nos aspectos didático-pedagógicos, técnico-científicos, de inter-relação visando constituir parceria com os serviços, e no aspecto da gestão da escola. Deve caracterizar as políticas e ações da escola em relação ao corpo docente, que é o agente que orienta a formação médica e define o perfil de assessoramentos e apoios de técnico-administrativos para desenvolver suas tarefas (PERIM, et al. 2009), nos seguintes vetores:

- **formação didático-pedagógica** - verifica se a escola oferece ou promove cursos de orientação didático-pedagógica; se o faz esporadicamente ou se isso é uma exigência da política da escola a todos os docentes. Deve ser aspiração de toda escola a formação e capacitação pedagógica de seus docentes, para o maior domínio do processo ensino-aprendizagem, do qual são agentes determinantes. O conhecimento de diferentes conceitos, estratégias e metodologias educacionais, é fundamental para o desenvolvimento dos planos de estudo e de novos processos de ensino-aprendizagem, tendo-se presente que os cursos curtos e ocasionais de orientação didático-pedagógica costumam ser insuficientes, devendo a escola dispor de uma estrutura de apoio capaz de desenvolver essa tarefa, com unidades multiprofissionais e especializadas para esse tipo de

capacitação. Permitindo acompanhamento e desenvolvimento da capacitação docente no cotidiano das tarefas didático-pedagógicas (apoio institucionalizado).

- **atualização técnico-científica** - verifica se a escola estimula, apóia ou promove a atualização técnico-científica dos professores, com base na formação de pós-graduação inclusive. A educação continuada e a educação permanente do pessoal docente garantem a constante revisão crítica e a atualização dos programas curriculares, em função da geração crescente dos conhecimentos e do desenvolvimento institucional em especial relativo às exigências de necessidades e demandas em saúde.

- **participação nos serviços de assistência** - cuida se os docentes da escola são estimulados e apoiados a participarem dos serviços de assistência; se o pessoal docente e dos serviços têm algum grau de integração; e se há participação da escola no planejamento e avaliação dos serviços e sistema de saúde. Considerando o ponto de vista da orientação conceitual com que desenvolvem seus trabalhos, é relevante a interação de ambas as instituições, a de ensino e a de prestação de serviços de saúde. A instituição formadora tem a responsabilidade de analisar criticamente os diferentes modelos de prática, participando da construção de modelos alternativos e desenvolvendo um processo formativo, ligado ao sistema regional e local de saúde, capaz de ir ao encontro das necessidades nesse setor.

- **capacidade gerencial** – a gestão da escola é realizada por professores geralmente do corpo docente, que se revezam nos cargos diretivos com certa freqüência, em particular nas escolas públicas. Este vetor visa identificar se a escola promove capacitação gerencial dos docentes que assumem cargos administrativos/diretivos de forma empírica e fundada em experiência própria (disciplina, departamento, direção de escola, de hospital universitário, etc.); se não promove mas reconhece a importância de capacitação gerencial, tendo docentes que assumem cargos administrativos institucionais com algum conhecimento de ciências administrativas e buscam imprimir estilo gerencial participativo entre os segmentos docente, discente e técnico-administrativo. Cuida, portanto se faz parte da política da escola promover capacitação gerencial e contar com docentes que assumam cargos administrativos institucionais com bom conhecimento de ciências administrativas, capazes de liderar programas, assessorar-se de acordo com as necessidades identificadas e proporcionar participação ativa e responsabilização dos segmentos

docente, discente e técnico-administrativo nas decisões, processos, resultados e avaliações institucionais.



Figura 1. Esquema de apresentação dos eixos e vetores utilizados no instrumento de avaliação da CAEM/ABEM.

Na construção do instrumento, para cada um dos cinco eixos caracterizados acima, com seus vetores, foram estabelecidas três alternativas, apontando para os paradigmas flexneriano e da integralidade, este voltado para a humanização das ações de saúde e a satisfação tanto dos usuários quanto dos profissionais, que, na percepção da excelência técnica, da relevância social e do compromisso ético, devem usufruir de forma crítica dos avanços das ciências e das tecnologias.

Propõe a adesão voluntária das escolas com cursos de graduação em saúde e conta com três momentos seqüenciais:

1º. Momento - acontece em três etapas: 1ª.) *capacitação de equipes*, em oficinas regionais, para representantes de atores sociais de cada escola participante (no mínimo um docente e um discente) para a aplicação do instrumento proposto; 2ª.) *aplicação do instrumento em cada escola*, com

monitoração a distância da Comissão de Avaliação, orientada pelos atores capacitados nas oficinas com participação de um grupo representativo de atores (docentes, discentes e técnico-administrativos) e encaminhamento dos resultados à CAEM/ABEM; e 3^a.) *retorno às escolas* dos resultados respectivos e divulgação do conjunto de resultados das escolas participantes.

Cada um dos eixos está orientado por vetores, que apresentam três situações alternativas, assim caracterizadas: alternativa 1 - situação tradicional do modelo flexneriano; alternativa 2 - situação de inovação, intermediária; e alternativa 3 - situação avançada para as transformações, visando o modelo da integralidade e atendimento das DCN. Cada escola identifica a *predominância*, na sua prática efetiva, de uma das alternativas, em cada um dos vetores, ao implementar o programa curricular da graduação. A alternativa escolhida é justificada e acompanhada da citação de evidências, ou seja, de exemplos que ressaltem ações condizentes com a alternativa escolhida capazes de serem averiguadas, comprovadas.

2º. Momento – dá continuidade à construção do processo de auto-avaliação e desdobramentos com a aproximação das evidências de mudanças com identificação e construção de indicadores quali-quantitativos que permitam o acompanhamento da evolução das mudanças. Também o encaminhamento da seleção de outros instrumentos que avaliam os integrantes do processo no seu papel/função institucional (discentes em formação, docentes, técnico-administrativos, gestores, egressos) e dos sistemas (sistema de saúde local/regional, educação local/regional, sistema de avaliação) em consonância com os princípios do SINAES. Agregando outros trabalhos e, assim, auxiliando as escolas a iniciarem e darem continuidade na construção do seu processo auto-avaliativo.

O segundo momento começa a ser construído a partir da discussão dos resultados do primeiro. Este deve dar continuidade à construção do processo avaliativo nos passos seguintes: 1º.) averiguar as evidências citadas, identificando os atores envolvidos por sua construção, discutindo e especificando o processo daquela mudança; 2º.) identificar, construir, selecionar indicadores qualitativos, quantitativos ou quali-quantitativos, que permitam o acompanhamento da evolução destas mudanças. Com a seleção e descrição de indicadores cada escola estará construindo seu processo de auto-avaliação de acordo com as orientações do SINAES com a liberdade de atender suas especificidades institucionais.

3º. Momento - é o da sistematização, de levantar, reunir, organizar e analisar e cruzar dados para que os atores envolvidos possam em reflexão crítica da realidade que retratam formular recomendações. Estes dados e resultados farão parte do Relatório de Auto-avaliação, documento de caráter institucional. A realização periódica, semestral ou anual, do levantamento e análise de dados avaliativos, permitirá à comunidade interna acompanhar seu processo de mudanças, reajustando suas estratégias em cada ocasião do planejamento institucional. Terá condições de manter documentada a evolução construtiva do processo na seqüência dos resultados da avaliação institucional. Assim como, fornecer informações a comunidade externa, Estado e Sociedade.

Os resultados das tendências de mudanças da formação na graduação em saúde são atribuídos, neste estudo, pela percepção dos atores sociais da escola, no que se refere às políticas e ações predominantes situadas em cada vetor e na relevância da visão do conjunto. Os cinco eixos apresentados em vetores têm função didática, que possibilita melhor delinear a análise dos movimentos de mudanças na implementação do programa curricular. As ações efetivadas em um ou outro vetor, à medida que alteram ou não conteúdos, relações e/ou processos, são indicadores do quanto às escolas estão avançando ou resistindo às mudanças preconizadas.

Com este estudo busca-se não só estudar o perfil de tendências de mudanças nos cursos de graduação, como auxiliar as escolas na construção do seu processo avaliativo institucional e no acompanhamento das mudanças em direção ao atendimento das DCN.

CONCLUSÃO

Entender a possibilidade de melhoria no ensino superior em saúde considerando a implantação das DCN deve ir além da construção histórica e democrática de tal proposta. Isto porque, tornam-se necessárias não apenas a indicação de caminhos a serem seguidos pelas IES, mas também a efetivação de políticas públicas que sejam capazes de unir a academia e os serviços de saúde na busca de soluções comuns para a formação de recursos humanos em saúde.

Deve-se também compreender que para a formação destes recursos humanos não se pode ignorar a efetiva força de trabalho que atualmente já trabalha em diversos cenários do SUS e que, portanto, deve

ser capacitada para entender a atual proposta de formação na graduação em saúde.

Finalmente, mas não menos importante, deve-se instituir mecanismos de avaliação e acompanhamento em plena consonância com as DCN como o realizado pela CAEM/ABEM. Assim a avaliação deixará de ser apenas regulatória e/ou acreditatória passando do “acerto de contas” para “momento de aprendizagem” buscando a coerência necessária para ajudar as IES a superar suas fragilidades e caminhar em direção da efetividade das DCN.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, I. et al. Projeto pedagógico e as Mudanças na educação Médica. **Rev Bras Educ Med**, v.33, p.44-52, 2009.
- AFONSO, A.J. **Avaliação educacional**: regulação e emancipação: para uma sociologia das políticas avaliativas contemporâneas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- AGUILAR DA SILVA, R.H. et al. Abordagens Pedagógicas e Tendências de Mudanças nas Escolas Médicas. **Rev Bras Educ Med**, v.33, p.53-62, 2009.
- ALMEIDA, M. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área da Saúde**. Londrina: Rede Unida, 2005. 2ª. Ed.
- AUSUBEL, D.P.; NOVAK, J.D.; HANESIAN, H. **Psicologia educacional**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.
- BELLONI, I. **Avaliação Institucional**: um instrumento de democratização da educação. Brasília, Linhas Críticas. v.5, n.9, 1999, p.7-30.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos. I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: relatório final. **Cadernos RH Saúde**, v.1, n.1, p.141-84, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação permanente e desenvolvimento do SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília, 2004.
- CECCIM, R.B. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.5, p.140-1, 2004.
- DELORS, J. **Educação**: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- DEMO, P. **Currículo intensivo na universidade**. I Pressupostos. In: _____. Educar pela pesquisa. 3. ed. Campinas: Editores Associados, 1998.
- DONABEDIAN, A. "The Quality of Care - How Can it be Assessed? **J Am Med Assoc**, v.260, n.12, p.1743-8, 1992.
- GADOTTI, M.; ROMÃO, J.E. Diretrizes nacionais. In: _____. **Educação de jovens e adultos**: teoria, prática e propostas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. cap.12, p.119-29.
- LAMPERT, J. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil**. Tipologia das Escolas. HUCITEC-ABEM, 2002.
- LAMPERT, J.B. et al. Mundo do Trabalho no contexto da Educação Médica. **Rev Bras Educ Med**, v.33, p.35-43, 2009.

- MINAYO, M.C.S. **Os efeitos da globalização no mundo do trabalho e políticas públicas.** In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, 2., 1997, Florianópolis. Anais. Florianópolis: ABEn-SC, 1997. p. 35-44.
- MOREIRA, A.M. **Aprendizagem significativa.** Brasília: ed. UNB, 1999.
- NOGUEIRA, R.P. **Avaliação das tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
- PERIM, G.L.; et al. Desenvolvimento Docente e a Formação de Médicos. **Rev Bras Educ Med**, v.33, p.70-82, 2009.
- PIRES, M.R.G.M. Politicidade do cuidado e avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. **Rev Bras Saude Matern Infant**, v.5, p.S71-81, 2005.
- SACRISTÁN, J.G. O currículo: os conteúdos do ensino ou uma análise prática? In: SACRISTÁN, J.G., PÉRES GOMES, A.L. **Compreender e transformar o ensino.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 1998. p.119-148.
- SANTOS, B.S. **Pela mão de Alice:** o social e o político na pós-modernidade. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- SAUL, A.M. **Avaliação Emancipatória:** desafio à teoria e à prática de avaliação e reformulação de currículo. São Paulo: Cortez, 1994.
- STELLA, R.C.R. **A prática médica no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina.** São Paulo, SP. 2007. 14 p.
- STELLA, R.C.R. et al. Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde. **Rev Bras Educ Med**, v.33, p.63-9, 2009.
- TORRES SANTOMÉ, J. Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

Enviado em: outubro de 2009.

Revisado e Aceito: novembro de 2009.