

gestão-comunidade, com vistas à superação dos nós críticos comuns no cotidiano desse processo, observando-se os seguintes princípios:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A Atenção Básica, desta forma, tem papel chave para o estabelecimento das RAS, como coordenadora do cuidado e ordenadora dessas redes. Nesta perspectiva, a formação dos profissionais da saúde para atuar de forma efetiva, eficiente, eficaz e segura na APS assume uma importância estratégica, devendo equilibrar conteúdos e propiciar o desenvolvimento de habilidades e

atitudes, tanto em saúde coletiva, como para a clínica/assistência individual em saúde, contemplando também o reconhecimento dos riscos existentes no sistema, para que os trabalhadores possam agir na sua mitigação.

V - Trabalho interprofissional

As DCN devem expressar a formação de um profissional apto a atuar para a integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional. O preceito da integralidade aponta também para a interdisciplinaridade - enquanto integração de diferentes campos de conhecimentos; para a interprofissionalidade - ocasião em que há intensa interação entre diferentes núcleos profissionais; e para a intersetorialidade - envolvimento de diferentes setores da sociedade no atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde. A integralidade, sustentada por essas premissas, demanda em sua essência (re)situar os usuários na centralidade do processo de produção dos serviços de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI - abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, TEA, educação ambiental, língua brasileira de sinais (Libras), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira, africana, dos povos tradicionais e indígena[1];

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nesta perspectiva, a formação em saúde deve contemplar a diversidade das pessoas com deficiência, incluindo deficiências intelectuais como o TEA, em que muitos não conseguem se comunicar. A legislação pertinente aponta para a "inclusão em conteúdos curriculares, em cursos de nível superior e de educação