

**LOGOS UNIVERSITY INTERNATIONAL - LUI
DEPARTAMENTO PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO INTERNACIONAL EM EDUCAÇÃO**

FERNANDO CAMPOS BARBOSA

**A PLURALIDADE NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E O PROPÓSITO: UM
ENSAIO DA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR NA FORMAÇÃO DE
PROFISSIONAIS PARA O FOCO NO PACIENTE**

**MIAMI, FLORIDA
2020**

FERNANDO CAMPOS BARBOSA

**A PLURALIDADE NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E O PROPÓSITO: UM
ENSAIO DA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR NA FORMAÇÃO DE
PROFISSIONAIS PARA O FOCO NO PACIENTE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Logos University International como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador Prof. Dr. Gabriel César Dias Lopes

MIAMI, FLORIDA
2020

Fernando Campos Barbosa

**A PLURALIDADE NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E O PROPÓSITO:
UM ENSAIO DA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR NA FORMAÇÃO DE
PROFISSIONAIS PARA O FOCO NO PACIENTE**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Gabriel César Dias Lopes – Presidente da banca examinadora
Logos University International, UniLogos / City University

Prof. Dr. Henry Oh
Logos University International, UniLogos / Idaho State University

Prof. Dr. MD Bensson V Samuel
Logos University International, UniLogos / Sastra Angkor University

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Educação.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Dr. Gabriel César Dias Lopes
Orientador(a)

Miami, 2020

*Dedico ao Universo em nome de Deus,
que me proporcionou à sabedoria, o
conhecimento e a destreza necessária
para a busca e obtenção desse título
de Mestre.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela oportunidade dessa existência.

Aos meus pais e minha irmã, por tudo.

À Mi, companheira em todas as horas, por estar ao meu lado especialmente neste momento da minha Jornada.

A minha querida vó Julia, pela fé e cuidados dedicados na minha formação pessoal e profissional.

Aos meus amigos, por compartilharem comigo todas as discussões salutares para essa obra.

Ao professor e amigo Dr. Gabriel Lopes, pelo estímulo assertivo ao meu trabalho de médico educador e por transmitir suas experiências e conhecimentos.

A minha querida amiga educadora, coordenadora e professora Dra. Conceição Aparecida Pereira Barbosa, que brilhantemente conduziu minhas ideias e meus passos para conclusão dessa dissertação.

Aos meus professores queridos Dr. João Luiz e Dra. Deise, que me ensinaram “como ser” e “como não ser”.

Aos meus alunos e ex-alunos, companheiros de jornada, sem os quais este trabalho não faria o menor sentido.

Aos professores da Logos University, que me auxiliaram nesta etapa importante da minha formação profissional.

Aos colegas do Mestrado, pela força e incentivo, apesar da distância.

A todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a conclusão desta trajetória que com certeza faz parte do meu propósito.

*“A direção na qual a educação se inicia a um homem
irá determinar sua vida futura.”
(PLATÃO)*

RESUMO

Este ensaio visou debater sobre a interdisciplinaridade na formação na área da saúde e argumentar sobre a importância do entendimento do propósito do paciente pelos profissionais da área, assim como tecer considerações acerca da interprofissionalidade como uma possibilidade para esta visão completa do doente, que passaria a ser visto em sua integridade e responsabilidade no apoio ao tratamento.

Como resultado fomento o debate foram analisados os currículos de oito faculdades públicas de Medicina frente aos temas abordados, bem como em comparação com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina e constatou-se que há uma movimentação ainda incipiente neste sentido.

Muito ainda há a ser feito na educação a fim de prover esta visão integrativa do paciente, com a possibilidade de que se lance mão de abordagens ampliadas da educação do adulto e interprofissionalidade.

Palavras chaves: Interdisciplinaridade. Educação do adulto. Propósito.

ABSTRACT

This essay aimed to debate the interdisciplinarity in training in the health area and to argue about the importance of understanding the purpose of the patient by professionals in the area, as well as to make considerations about interprofessionalism as a possibility for this complete view of the patient, which would become seen in its integrity and responsibility in supporting the treatment.

As a result of fostering the debate, the curricula of eight public medical faculties were analyzed against the topics covered, as well as in comparison with the National Curriculum Guidelines for Undergraduate Medicine, and it was found that there is still an incipient movement in this direction.

There is still a lot to be done in education in order to provide this integrative view of the patient, with the possibility of using expanded approaches to adult education and interprofessionalism.

Keywords: Interdisciplinarity. Adult education. Purpose.

LISTAS

Lista de abreviaturas

- AEA – Aprendizagem e educação de adultos
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
EP – Educação Permanente
EIP - Educação Interprofissional em Saúde
EPS – Educação Permanente para a Saúde
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES – Instituição de Ensino Superior
LLL – *Lifelong Learning*
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
WHOQOL - World Health Organization Quality of Life
WHO - World Health Organization

Lista de quadros

Quadro 1 – Incidência de doenças crônicas por mil (2013).....	11
Quadro 2 – Quadro 2 – Educação e saúde.....	13
Quadro 3 – WHOQOL domínios e facetas.....	25
Quadro 4 –. Excertos das DCN do Curso de Graduação em Medicina.....	44
Quadro 5 –. Comparativo das grades curriculares de IES públicas.....	48
Quadro 6 -. % de disciplinas relacionadas ao tema do trabalho.....	51

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 PRINCÍPIOS DE INTERDISCIPLINARIDADE COMO VETORES DA INTEGRALIDADE	17
3.2 ABORDAGEM INTEGRAL DA SAÚDE E PROPÓSITO DE VIDA.....	22
3.3 FUNDAMENTOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	30
3.3.1 A educação do adulto	30
3.3.2 A educação interprofissional e a formação em saúde	33
4. DISCUSSÃO	40
5. CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS	57
ANEXO A- Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Graduação em Medicina	63

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, várias políticas de saúde foram definidas como forma de se estabelecer um conjunto de parâmetros relacionados à natureza e tratamento de doenças. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), braço regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) atua especificamente na melhoria de políticas e aprimoramento dos processos e tecnologias envolvida nos tratamentos, sob a forma de cooperação internacional e especializada em todas as áreas relacionadas à saúde.¹

Por sua vez, o Ministério da Saúde² determina o conjunto de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para definir os métodos para o diagnóstico e tratamento, bem como o acompanhamento posterior para verificação de resultados, de forma que seja possível auferir a validade de critérios, em termo de segurança, resultados e sua relação com os custos envolvidos. É por este instrumento que também são definidas as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT - especificamente relacionadas à oncologia), Protocolos de Uso (critérios para uso de tecnologia específica em um tratamento), as Diretrizes Nacionais/Brasileiras, como o conjunto de melhores práticas emanadas a todo o sistema, seja público ou privado, e as Linhas de Cuidado, estas relacionadas à visão integrada e continuada nos tratamentos de saúde.

Das enfermidades listadas pelo Ministério da Saúde, às quais são atribuídas a descrição seguindo uma das cinco modalidades de protocolos, apenas são evidenciadas diretrizes em linhas de cuidado para Atenção integral a pessoas com doenças raras (orientação geral a todas as enfermidades raras), Cuidado ao paciente com doença renal crônica (DRC), Fratura do colo do fêmur em idosos e Pessoas com deficiência auditiva, ou seja, um número restrito de enfermidades incorpora todos as definições protocolares emanadas pelo Ministério, o que sinaliza um campo amplo para discussão da visão integral nos tratamentos.

Ademais, há também que se considerar a incidência de doenças crônicas que, conforme o IBGE³, apresenta uma proporção por mil, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Incidência de doenças crônicas por mil

Pessoas de 18 anos ou mais	Diagnosticados (A)	Grau intenso ou muito intenso de limitações nas atividades habituais
		% de (A)
	% em mil	% de (A)
Hipertensão	21,4	4,7
Diabetes	6,2	7
Colesterol alto	12,5	
Doenças no coração	4,2	13,5
AVC	1,5	25,5
Asma	4,4	15,7
Artrite/reumatismo	6,4	
Problema crônico de coluna	18,5	16,4
DORT	2,4	
Depressão	7,6	11,8
Câncer	1,8	
Insuficiência renal crônica	1,4	
Problemas de sono	7,6	

Fonte: dados IBGE (2013)

O que se vê pelos resultados é que para algumas das doenças apresentadas, são demonstrados os dados do potencial de incapacitarem para as atividades cotidianas, o que sugere questionar sobre as condições de vida destas pessoas e a adequação do tratamento. Assim, se torna determinante compreender não só o processo diagnóstico, mas as possibilidades de tratamento levando-se em conta uma perspectiva mais ampla.

Neste sentido, o Governo Federal instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, publicada na forma das Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006.⁴

O conjunto de determinações emanado por esta política visa a humanização no tratamento pelo entendimento do caráter singular de cada paciente, focando a integralidade no tratamento por meio da conjugação de ações e serviços, bem como trazendo um sentido de co-responsabilidade dos indivíduos resultando em melhor participação cidadã. Ademais, estender serviços antes ao setor privado ao atendimento público de saúde.⁴

Compete destacar alguns pontos que alicerçam esta Política: tecnologias eficazes e seguras; escuta acolhedora; formação de vínculo com o paciente; integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, a partir da

ampliação de conhecimento sobre a saúde, a doença e o papel desempenhado pelo doente no processo.⁴

Assim, o documento determina que são práticas: Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia e Medicina Antroposófica, além das práticas complementares de saúde.⁴

Para esta determinação, foi realizado um Diagnóstico Nacional, em 2006, a fim de ser verificada a ocorrência destas práticas, bem como perfil e capacitação de pessoas, entre outros aspectos.⁴

Os resultados apontaram que 26 estados e 19 capitais atuavam com algum tipo de prática integrativa e/ou complementar, predominantemente Fitoterapia, Homeopatia e Acupuntura. Nas práticas complementares destacam-se o Reiki e Lian Gong e havia um predomínio das atividades sendo realizadas nos próprios serviços de saúde.⁴

Das diretrizes constantes no documento, destacam-se aqui aquelas mais relacionadas ao tema deste estudo:

3.1. Estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS, mediante:

- Desenvolvimento da PNPIC em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.(p. 25)

3.2. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente.(p. 25)

3.3. Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

- Apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em PIC que atuem na Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. (p. 25)

3.8. Incentivo à pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados.(p. 27)

Naquilo que diz respeito às responsabilidades⁴, especificamente relacionadas ao tema deste trabalho, compete:

- Ao gestor federal: Definir as diretrizes para educação permanente;
- Ao gestor estadual: Implementar as diretrizes da educação permanente de forma regionalizada e
- Ao gestor municipal: Operacionalizar a qualificação dos profissionais locais de saúde.

Outro documento federal também relevante para este estudo é a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁵, destacando-se aqui o documento que debate sobre o fortalecimento e atualização desta política, dado que foi instituída em 2004, com estratégias de ação e transferência de recursos para financiamento das ações redefinidas pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007.

Para um melhor entendimento, compete diferenciar o escopo da definição da educação relacionada à saúde, conforme Quadro 2⁶,

Quadro 2 – Educação e saúde

Educação em saúde	Educação na saúde	Educação permanente em saúde
<p>1 - Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde.</p> <p>2 – Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades. Notas: i) A educação em saúde potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população. ii) A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde. Ver Educação popular em saúde.</p>	<p>Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular.</p>	<p>Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde.</p>

Fonte: Brasil, 2013 (p. 19-20)

A fim de dar robustez à Educação Permanente em Saúde (EPS) foi lançada o EPS-SUS, via Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017 com o principal objetivo de fortalecer a formação considerando, sobretudo, o aspecto regional e definindo, para tanto, o repasse financeiro direto para os municípios.⁵

Dentre as diretrizes do PRO EPS-SUS estão⁵:

Reconhecimento e cooperação de ações de Educação Permanente em Saúde, existentes no território; Incorporação de estratégias que possam viabilizar as ações de EPS nos serviços de saúde, como as tecnologias de informação e comunicação e modalidades formativas que se utilizem dos pressupostos da Educação e Práticas Interprofissionais em Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica e integração com os demais níveis de atenção para a qualificação dos profissionais e obtenção de respostas mais efetivas na melhoria do cuidado em saúde; Contratualização de metas e objetivos de EPS; Monitoramento e avaliação permanentes. (p.25)

Tão somente quando é debatida a Educação Interprofissional em Saúde (EIP) é que se identifica uma aproximação com a abordagem integrativa da saúde não por ela em si mesma, mas pela interatividade entre profissionais para elevação do aprendizado conjunto, ou articulação de cursos de formação para ação conjunta para prover mais qualidade de vida às pessoas, novamente focada em método e menos em razões relacionadas ao paciente, aspecto que será reposicionado com as sugestões para debate sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de saúde. Neste caso, é ressaltada a visão integral do paciente e a necessária combinação de esforços e aprendizado para este atendimento. Note-se que o documento não menciona ou diferencia práticas convencionais e não convencionais logo, por ser focado nos profissionais titulados nas áreas de saúde convencionais.

São diretrizes para a EIP⁵: Fortalecimento da EIP como dispositivo para Reorientação da Graduação em Saúde; Levantamento das iniciativas de Educação Interprofissional no Brasil; Desenvolvimento Docente para a EIP; Educação Interprofissional nos espaços de educação permanente em saúde; Fortalecimento dos espaços de divulgação e produção do conhecimento em EIP.

Compete, então, compreender a integralidade na saúde como tema de relevância na educação, razão pela qual esta tese se propõe a debater sobre as implicações da integralidade na abordagem educacional da saúde para o entendimento do propósito de vida e tratamento do paciente. Para tanto, descrevendo os princípios da inter e transdisciplinaridade como vetores desta integralidade; discorrendo sobre fundamentos da educação do adulto; debatendo sobre o propósito de vida e o papel do paciente em seu tratamento e relacionando a abordagem integral da saúde com o propósito de vida e tratamento do paciente. Por estas razões, o ponto de partida deste trabalho é o de que a educação inter e trans disciplinar possibilitam a compreensão plena do

paciente e estimulam a ação conjunta entre profissionais da saúde e o próprio paciente sob o argumento de que o atual paradigma que prega o ensino por problematização não incorpora a interface com outras áreas da saúde. Caso se queira, assim, estabelecer um questionamento, este seria: **Como a educação interdisciplinar em saúde contribui para o entendimento amplo do paciente e de seu propósito?**

Aqui também se pretendeu elencar algumas proposições e questionamentos sobre os temas abordados, amparados também pelas instruções emanadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais⁶. Segue, então, o referencial teórico que buscou elucidar os pontos apresentados e um debate acerca das implicações identificadas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar como a educação interdisciplinar em saúde contribui para o entendimento amplo do paciente e de seu propósito

2.2 Objetivos específicos

Para consecução do objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Descrever os princípios da interdisciplinaridade como vetores da integralidade
- Debater sobre o propósito de vida e o papel do paciente em seu tratamento
- Discorrer sobre fundamentos da educação em saúde
- Relacionar a abordagem integral da saúde com o propósito de vida e tratamento do paciente

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A presente revisão apresenta uma reflexão sobre os elementos concernentes aos objetivos do trabalho passando, portanto pelos temas relacionados à saúde, propósito de vida, interdisciplinaridade e formação de profissionais da saúde.

3.1 Princípios de interdisciplinaridade como vetores da integralidade

Para que se entenda os princípios da interdisciplinaridade compete contextualizá-la em um sentido social e político já que está imediatamente relacionada ao grau de complexidade existente, assim como a multidisciplinaridade e a transdisciplinaridade.

Nesta proposta, há que se levar em conta que a própria teoria complexa transcende estes conceitos, já que seria o método para entendimento da autorregulação dos sistemas vivos e de sua interação com o meio, a partir do qual seria possível perceber as habilidades intrínsecas aos seres vivos e, especificamente, nos seres humanos gerar a possibilidade de auxiliá-los em sua trajetória.⁷

Com base nestes termos são identificadas as abordagens da realidade:

- o pensamento mítico: um discurso inquestionável a respeito da realidade que, mesmo apresentando elementos contraditórios, prevalece para que se sustentem as relações sociais;
- o pensamento filosófico: onde há o diálogo entre os discursos, fundado na argumentação e “na busca da raiz da realidade”, com o fim de ser “global, radical e rigoroso” para o alcance da “totalidade do conhecimento” (p. 77);
- o pensamento científico: focado no dado da realidade, não busca a totalidade do conhecimento, mas o domínio sobre o dado específico, com a menor intervenção de quem busca o conhecimento, todavia, mesmo assim, sendo influenciado por ele diante da escolha do que conhecer.⁸

Há que se destacar que a ideia de interdisciplinaridade foi diretamente afetada pelo pensamento teórico moderno, que segmentou a Ciência sob o argumento da impossibilidade de visão do todo.

Mas também é preciso lembrar que no tratamento de um objeto de forma interdisciplinar de acordo com sua especificidade existem várias nuances: (1) sempre uma disciplina terá prioridade sobre outras por ser a que tem mais tradição, história e acúmulo de conhecimento sobre o assunto; (2) é evidente que essa preeminência não pode se constituir na anulação da contribuição das outras disciplinas; (3) o trabalho interdisciplinar nunca deve pospor a contribuição que vem de uma disciplina; (4) e na articulação entre disciplinas, é preciso que cada uma das áreas apresente conceitos e teorias capazes de ampliar e complexificar a compreensão do objeto. (p. 439)⁷

De toda forma, o que se observa é que a racionalidade técnica fragmentou o conhecimento prejudicando, assim, a articulação de saberes e a flexibilização das fronteiras entre as disciplinas.⁹

Isto é exposto para que se compreenda, a priori, que o conceito não pode ser visto como unidade distinta, mas que se relaciona como um *continuum* quando adicionado às ideias de transdisciplinaridade e de multidisciplinaridade, compondo uma perspectiva, interativa, holística e aditiva, respectivamente. Por esta razão não são termos intercambiáveis já que a interdisciplinaridade analisa, sintetiza e harmoniza de forma coordenada e coerente as relações entre as disciplinas (perspectiva interativa); a transdisciplinaridade integra as ciências naturais, sociais e de saúde em seu contexto humano, o que transcende suas fronteiras originais (perspectiva holística), e a multidisciplinariedade implica no conhecimento de várias disciplinas, todavia reconhecendo-se as fronteiras entre elas (perspectiva aditiva).¹⁰

Assim, a interdisciplinaridade sintetiza duas ou mais disciplinas, definindo um novo nível de discurso e de integração do conhecimento; a transdisciplinaridade provê esquemas holísticos que permitem entender a dinâmica completa das disciplinas relacionadas e a multidisciplinaridade, por sua vez, contrasta as diferentes visões sem mesclá-las, mas, adicionando-as de forma justaposta.¹⁰

O que se obtêm com uma visão na interdisciplinaridade, é uma articulação de diferentes áreas do conhecimento para análise de um objeto⁷ e esta se configura, assim, como o elemento agregador dos conhecimentos, condição que deve estar atrelada à perspectiva histórica social para que seja considerada o

próprio significado concreto e histórico entre o conhecimento e a existência, desempenhando o papel de vetor da compreensão completa da realidade.¹¹

Interdisciplinaridade: trata-se de um movimento, um conceito e uma prática que está em processo de construção e desenvolvimento dentro das ciências e do ensino das ciências, sendo estes dois campos distintos nos quais a interdisciplinaridade se faz presente (p. 12).¹²

Esta distinção ocorre em dois aspectos:

No campo da epistemologia, toma-se como categorias para seu estudo o conhecimento em seus aspectos de produção, reconstrução e socialização; a ciência e seus paradigmas; e o método como mediação entre o sujeito e a realidade. Pelo enfoque pedagógico, discutem-se fundamentalmente questões de natureza curricular, de ensino e de aprendizagem escolar. (p. 545)¹³

Certamente a significância do processo de aprendizado e sua conexão com a realidade são elementos resultantes de uma visão interdisciplinar em função da mescla de áreas que se tangenciam, misturam-se e se complementam de modo que há uma razão positiva entre as trocas e a interdisciplinaridade.¹⁴

São possíveis diversas interações e intercâmbios entre as diferentes disciplinas, o que resulta em diferentes tipos de interdisciplinaridade. Neste sentido, esclarece que a interdisciplinaridade ao contrário de apenas fixar-se no aspecto singular explícito de uma situação, articula possibilidades para gerar respostas, de forma que considere uma perspectiva adequada a esta singularidade. É desta forma que se concebe a interação entre campos do conhecimento, disciplinas ou conteúdos, reorganizados na prática para que seja criado um conhecimento fronteiro, ou novo, dando nova identidade ao próprio conhecimento de modo que as delimitações na forma de pensar e de agir sejam extrapoladas para que se manifeste a complexidade e dinâmica do real e as relações entre seus elementos componentes.¹⁵

É assim que se entende que a interrelação entre especialistas tornar mais preciso o diagnóstico e, por consequência, a prescrição de tratamentos para os pacientes, o que acaba por gerar uma ampliação da forma como os tratamentos devem ser conduzidos.

Interdisciplinaridade seria, então

um método de pesquisa e ensino suscetível de fazer com que duas ou mais disciplinas interajam entre si, esta interação podendo ir da simples comunicação das idéias até a integração mútua dos conceitos, da epistemologia, da terminologia, da metodologia, dos procedimentos, dos dados e da organização da pesquisa. Ela torna possível a

complementaridade dos métodos, dos conceitos, das estruturas e dos axiomas sobre os quais se fundam as diversas categorias científicas. O objetivo utópico do interdisciplinar, diante do desenvolvimento da especialização sem limite das ciências, é a unidade do saber. Unidade problemática, sem dúvida, mas que parece constituir a meta ideal de todo saber que pretende corresponder às exigências fundamentais do progresso humano. Não confundir a interdisciplinaridade com a multi – ou pluridisciplinaridade: justaposição de duas ou mais disciplinas, com objetivos múltiplos, sem relação entre elas, com certa cooperação mas sem coordenação situada num nível superior (p. 136).¹⁶

Pelo papel que desempenha no processo de aprendizagem, desde a sua definição até na seleção de metodologias, acaba por se configurar mais como uma estratégia do que como método, inclusive permitindo uma maior intersecção com outras perspectivas ou métodos para configurar o caráter transdisciplinar, resultado da articulação de todos os elementos envolvidos, inclusive o diálogo entre as pessoas.⁷

Em uma perspectiva numérica, a interdisciplinaridade envolve duas disciplinas, transformando-se em multidisciplinar a medida que mais disciplinas sejam agregadas. Em termos de territorialidade é representada pelo desvanecer e mescla de fronteiras entre as partes; já do ponto de vista epistemológico implica na criação de um novo modo de trabalho.¹⁰

A partir deste ponto fica mais clara a função da interdisciplinaridade, aspecto que se afirma ser o mais consensual sobre seu conceito, que é vê-la como um aglutinador de partes separadas e fragmentadas, seja naquilo que diz respeito à produção, especialização e socialização do conhecimento, por sua vez moldados pela tendência epistemológica predominante, focada no positivismo e caráter mecanicista da ciência. Por esta razão, emerge como a viabilizadora do diálogo e da integração¹³ porque, na prática, “o triunfo da especialização consiste em saber tudo sobre nada (...) e a parcela de saber exato e preciso detida pelo especialista perde-se no meio de um oceano de não-saber e de incompetência” (p. 436).⁷

Como efeito prático desta função é que sempre será uma abordagem alternativa a uma abordagem fragmentada, principalmente quando se pretende aglutinar conhecimentos ou mesmo resistir a esta fragmentação.¹³

Por outro lado, não pode ser vista como a solução última dos problemas científicos, tampouco ser considerada sem que se leve em conta o momento histórico ou as condições de produção do saber. Desta forma, uma abordagem

exitosa deve levar em conta o caráter dialógico envolvido em termos de predisposição e capacidade; o estabelecimento de uma problemática que mereça a adoção desta abordagem e a viabilidade para colaboração, bem como as questões sociais e éticas envolvidas na produção da ciência/conhecimento, tudo isto sem negligenciar o debate necessário sobre o papel do saber e do poder, e da vida real frente ao processo de geração do conhecimento.¹⁷

Note-se que divisão do saber, se por um lado permitiu a evolução das especialidades, por outro trouxe como consequência a fragmentação deste mesmo saber, sendo um desafio para a interdisciplinaridade resgatar a totalidade a partir da compreensão da multiplicidade de relações entre as diversas especialidades.¹¹

Adicionalmente deve-se levar em conta que a interdisciplinaridade não seja um processo corretor de muito tempo de um paradigma que acabou por isolar cientistas em uma espécie de paradoxo já que a medida que aprofundam-se em suas especialidades, distanciam-se da causa comum a todos.¹⁷

O que se presume, por fim, é que não se perca de vista a complexidade inerente, bem como o entendimento da necessária colaboração e complementariedade com o conceito interdisciplinar para que se possa, efetivamente gerar um contexto profícuo para o conhecimento.⁷

É nítida a inviabilidade de estabelecer um consenso para que se defina precisamente a interdisciplinaridade diante uma perspectiva conceitual interna, permeada pela racionalidade científica, e outra externa, ou prática na articulação dos campos do conhecimento.¹⁷

Em outras palavras, a demanda por um conhecimento unificado, todavia fragmentado do ponto de vista científico versus a realidade que exige a interconexão dos conhecimentos.

Mediante este contexto é importante que se proceda à síntese a partir da compreensão da realidade concreta e influências sociais e de comportamento, entendendo que “somos regidos e regentes ao mesmo tempo”. (p. 136)¹¹

Se, previamente, o tema estava no campo da filosofia, seguido das ciências sociais, mais recentemente se situa no campo da epistemologia pedagógica, o que faz do conceito algo em construção logo, sendo inadequado assumir-se um conceito fechado sem que se leve isto em consideração. Dado

que a ciência evolui continuamente, entender o conceito implica em compreender a relação e transferência de conceitos e métodos entre diversas disciplinas.¹³

Resta, então, a busca pelo entendimento do conceito a partir de premissas que elucidem a realidade levando em conta a conexão prática de teorias que formam uma rede de interações complexas.¹³

Aqui não se pretendeu esmiuçar toda a perspectiva histórica da interdisciplinaridade, menos ainda atribuir responsabilidades ou papéis aos diferentes agentes envolvidos do ponto de vista da ciência, mas criar o contexto para o debate a seguir e dele resgatar possibilidades de ação e direcionamentos para a adoção desta abordagem no contexto da educação, perfazendo conceitualmente mais um perfil estratégico do que metodológico, em outras palavras, o uso como princípio norteador e não como método, considerando a defesa da tese de que a reformulação da educação para a saúde incorporando esta abordagem gerará um melhor entendimento, para alteração do *locus* da doença para o doente e suas necessidades.

A seguir, são tratados os aspectos relacionados à abordagem integral da saúde e propósito de vida.

3.2 Abordagem integral da saúde e propósito de vida

Ter uma vida plena e sem privações serviria como o balizador para determinar o que atua sobre a saúde do indivíduo. Lelonde (1974) formulou o conceito de campo da saúde, que abrange as seguintes áreas:

- A biologia humana
- O estilo de vida e
- A organização da assistência à saúde

Estruturalmente falando, e de acordo com as condições locais, os cuidados com a saúde devem contemplar um sistema abrangente que envolve desde a educação em saúde, nutrição, saneamento básico, planejamento familiar, provisão de medicamentos, prevenção e controle de doenças, entre outros, de maneira que mesmo sem condições excepcionais e de alto custo, possam ser providas condições mínimas necessárias ao atendimento pleno da comunidade, ressaltando-se que a Constituição Federal preconiza o direito à

saúde como um direito fundamental da sociedade, com vistas à dignidade, cidadania e respeito como seres humanos.¹⁸

A OMS define que a saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidades.¹⁹

Em que pese a abrangência da definição, é em si mesma questionável já que se apresenta de forma subjetiva quando não determina, claramente, o que é o estado completo aludido no conceito justamente porque caberia a cada indivíduo interpretá-lo de acordo com o seu entendimento subjetivo. Aliado a isto, a própria existência em sociedade pressupõe um antagonismo entre a decisão por segurança da organização social *versus* a decisão por agir pela própria vontade, condição que, per se, já se configura como um momento de mal-estar, quando se trata do bem-estar social. Outro ponto também se relaciona à forma como o indivíduo enfrenta as condições existenciais e como reage a elas, pois caso não tenha um sintoma psíquico ou simbólico, tenderia a externalizar no corpo o excesso de estímulo, o que causaria o desequilíbrio e geraria a doença, por meio da somatização.²⁰

Assim, o espectro entre saúde e doença é permeado por fatores econômicos, sociais, culturais, além da própria experiência e estilo de vida do indivíduo.²¹

Esta impossibilidade de dissociar estímulo e reflexo no corpo possivelmente foi o fator que gerou a transferência da ideia de tratamento da doença para a ideia de tratamento do doente, pela necessidade de se adicionar um componente afetivo e práticas não tradicionais de medicina ao tratamento, como forma de se estabelecer uma relação de confiança recíproca e ampliar a responsabilidade do indivíduo no seu processo de saúde. O objetivo é de que o indivíduo possa, junto com o profissional, estabelecer um foco para a melhora de estado de sua saúde, condição esta que demonstra a autonomia das partes ao invés de uma posição de domínio e submissão, caso em que o profissional assume papel distante e com autoridade frente ao indivíduo que a ele delega a decisão de sua saúde.²⁰

A Qualidade de Vida foi definida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive , e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (p. 1405)²²

Isto coloca em pauta a subjetividade da ideia de qualidade de vida, já que cada um a interpretará conforme sua própria realidade^{20,21} e que também tem uma natureza multidimensional por conjugar a percepção do indivíduo sobre sua condição física, afetiva, cognitiva, relacional e sua percepção sobre o ambiente.²¹

Por estas razões que a determinação de um conceito único para qualidade de vida depende não só da construção de um construto, mas da confiabilidade na comparação de realidades diferentes. Para tanto, o entendimento da importância e estabelecimento de uma rotina de avaliação são elementos fundamentais para que sejam estabelecidos os melhores processos de diagnóstico e tratamento.²¹

Ademais as políticas públicas dependem de indicadores que acabam por delimitar e classificar características a fim de que seja definido o que é a doença, no limite se configurando como o que está fora da dita normalidade⁸, de modo que o julgamento das doenças seja perpassado pelo entendimento físico e psicossocial que a própria doença causa nas pessoas.²¹

Um estudo World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL), por considerar que a saúde inclui a saúde física, os aspectos sociais e funções psicológicas, indica que a qualidade de vida é um elemento a ser observado, por abranger as questões de ordem física, psicológica, social e espiritual do indivíduo.²³

Assim, foram relacionados 6 domínios e 29 facetas da qualidade de vida, elementos que compuseram o objeto de pesquisa com 236 questões e áreas de análise, aplicados em 15 centros de pesquisa no mundo todo a um mínimo de 300 respondentes por centro, distribuídos por idade (50% maior de 45, 50% menor ou igual a 45), gênero (50% masculino, 50% feminino) e estado de saúde (250 pessoas com uma doença ou deficiência; 50 entrevistados “saudáveis”).²³

Quadro 3 – WHOQOL domínios e facetas

Domínio	Facetas
1 - Físico	Dor e desconforto Energia e fadiga Atividade sexual Sono e descanso Funções sensoriais
2 – Psicológico	Sentimentos positivos Pensamento, aprendizagem, memória e concentração Auto-estima Percepção corporal e aparência Sentimentos negativos
3 – Nível de independência	Mobilidade Atividades cotidianas Dependência de substâncias medicinais e de ajuda médica Dependência de substâncias não-medicinais (álcool, tabaco, drogas) Capacidade de comunicação Capacidade de trabalho
4 – Relações sociais	Relações pessoais Apoio social prático Atividades como provedor/apoiador
5 – Ambiente	Liberdade, segurança física e proteção Ambiente doméstico Satisfação no trabalho Recursos financeiros Saúde e assistência social: acessibilidade e qualidade Oportunidades para adquirir novas informações e habilidades Participação e oportunidades para atividades de recreação / lazer Ambiente físico: (poluição / ruído / trânsito / clima) Transporte
6 – Espiritualidade, religião e crenças pessoais	Qualidade de vida geral e percepções gerais de saúde

Fonte: The WHOQOL Grou (1998)²³

Embora tenha identificado que algumas facetas não tivessem significância estatística, foi possível ordenar os domínios por ordem de significância, o que demonstrou a natureza multidimensional da Qualidade de Vida. Na ordem¹, influenciam-na: Psicológico (93), Físico (86), Nível de independência (81), Ambiente (78), Relações sociais (77), Espiritualidade (36). Isoladamente, as 5 facetas mais representativas são: Atividades cotidianas (77), Sentimentos positivos (72), Energia e fadiga e Sentimentos negativos (70), Lazer (67) e Capacidade de trabalho e Relações pessoais (66).²³

Emergiram no geral 4 grandes áreas: Física, Psicológica, Relacionamento Social e Ambiente como as mais relevantes, definidas pelas percepções dos respondentes.²³

¹ o número apresentado ao lado de cada item representa a significância identificada no modelo de equação estrutural.

Por ser um conceito difuso, há uma limitação para que seja adotado na prática, pela inexistência de informações concretas para a avaliação que permitam uniformizar o conceito a fim de que sirva à prática clínica, condição que gera, inclusive, resistência na adoção pelos profissionais.²¹

O aspect central é entender que o determina a condição de saúde ou doença é um conjunto de fatores relacionados e complexos, que reforça a ideia de um *continuum* que mescla todas as condições existenciais do indivíduo, não só por determinantes externos como até pelo seu estilo de vida. Compreender isto implica em entender a qualidade de vida como algo também atinente às políticas públicas e práticas assistenciais.²⁴

Tudo isto explica o aumento de interesse pela inclusão de indicadores de avaliação de tratamentos e procedimentos.²⁵

É desta forma que, a partir da interação entre os aspectos psicológicos, biológicos e sociais que se delineia a somatização, já que diante da incapacidade psíquica de elaborar e simbolizar uma tensão é o aspecto biológico que será afetado.²⁶

O corpo biológico é o que se ressentem com a doença que o abate e que fica sujeito à entrega a quem o possa curar, condição que quase transfere ao outro (médico) a posse e decisão sobre este corpo. O corpo individual, por sua vez, é aquele que deve ser defendido e que representa o próprio eu, que não suporta a agressão do íntimo já que representaria a agressão à própria corporalidade logo, não se restringe ao corpo físico, mas como o eu se vê e se constitui.²⁷

Este é o corpo que se sente despersonalizado pelo tratamento não individualizado, quando não se estabelece uma conexão que entenda os significados adjacentes à própria doença. A psicossomática deve atuar justamente nos vínculos entre os corpos 1 e 2, em outras palavras, estabelecer os significados que estão a fazer adoecer o corpo físico por conta das representações simbólicas do sujeito e sua relação com o próprio corpo biológico.²⁷

A pessoa adoecer de corpo e alma; o psiquismo não é uma esfera autônoma, um epifenômeno do corpo: o Eu e o Corpo estão em permanente diálogo entre si e com o mundo – seja na saúde ou na doença (p. 66).²⁷

Desta forma, quando há a incapacidade para a elaboração psíquica e conseqüente criação de simbolismos do contexto vivenciado, a somatização emerge da interação entre os aspectos psíquicos, biológicos e sociais.²⁶

Esta somatização, demonstrada pelo hiperfuncionamento dos órgãos, emerge desta incapacidade de simbolizar ou expressar os aspectos emocionais; o mesmo se dá com as neuroses que acabam por ser evidenciadas como angústia. Todavia, não se pode ver como se a somatização só ocorresse em situação de extrema dificuldade, ao contrário, todo indivíduo pode apresentar alguma somatização, já que pode estar sujeito a situações e sentimentos desfavoráveis e angustiantes. Por estas razões, estariam mais sujeitos à somatização os indivíduos como menor capacidade elaborativa, contudo todos são passíveis de desenvolvê-la.²⁶

O Transtorno de Sintomas Somáticos (300.82 - F45.1) apresenta como critérios diagnósticos:

- A. Um ou mais sintomas somáticos que causam aflição ou resultam em perturbação significativa da vida diária.
- B. Pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas somáticos ou associados a preocupações com a saúde manifestados por pelo menos um dos seguintes:
 1. Pensamentos desproporcionais e persistentes acerca da gravidade dos próprios sintomas.
 2. Nível de ansiedade persistentemente elevado acerca da saúde e dos sintomas.
 3. Tempo e energia excessivos dedicados a esses sintomas ou a preocupações a respeito da saúde.
- C. Embora algum dos sintomas somáticos possa não estar continuamente presente, a condição de estar sintomático é persistente (em geral mais de seis meses). (DSM-5, 2014, p. 311).²⁸

Dada esta configuração, é essencial que se compreenda a importância dos fatores subjetivos para que se possa, então ter a perspectiva de eficiência na cura, inclusive considerando visões alternativas, a partir de uma postura ética, profissional, mas que também leve em conta a própria visão do paciente e isto só será obtido tomando por base a compreensão do indivíduo como um todo influenciado por diversos fatores que afetam tanto o corpo como a mente.²⁹

- Há pelo menos quatro possibilidades de entendimento filosófico desta relação, todas elas de interesse para a psicossomática:
- a) Uma via de mão única entre mente e corpo, tal que os processos mentais teriam efeitos somáticos, mas não vice-versa. Esta interpretação é consistente com o Monismo Idealista, para o qual mente e corpo formam uma unidade determinada pelos processos mentais;
 - b) Uma via de mão única entre corpo e mente, tal que os processos somáticos teriam efeitos mentais, mas não vice-versa. Esta

- interpretação é consistente com o Monismo Materialista (ou Epifenomenalismo), para o qual mente e corpo formam uma unidade determinada pelos processos materiais, sendo negada a possibilidade da chamada "causação mental", ou seja, a possibilidade de um processo mental produzir efeitos físicos;
- c) Uma via de mão dupla entre mente e corpo, de tal modo que os processos mentais teriam efeitos somáticos, e os processos somáticos teriam efeitos mentais. Esta concepção corresponde a um Monismo Neutro ou Interacionista, que admite tanto a causação mental (dos processos corporais), quanto a causação corporal (dos processos mentais);
- d) Uma unidade mais profunda entre corpo e mente, os quais seriam diferentes aspectos de um substrato único. Nesta concepção, os processos físicos do corpo são também mentais, e vice-versa, não se podendo utilizar o conceito de causação entre os aspectos. Ao invés de causação, pode-se referir a um isomorfismo de processos corporais e mentais. (p. 63)³⁰

Note-se que, grosso modo, a cultura vigente também influencia na apresentação de sintomas, dado que o indivíduo tenderá a reproduzir o padrão cultural vigente, assim como médicos também estarão propensos a restringir o entendimento ao que é disponível no contexto. Isto explicaria porque condições sócio-históricas, seja por definir um panorama circunstancial de legitimidade pela ciência médica ou até pela memória coletiva, determinam a forma como as doenças e seus sintomas serão interpretados e tratados.³¹

Deve-se destacar ainda que apenas a partir da década de 80 houve o fortalecimento da Associação Brasileira de Psicossomática, mesmo porque houvera um decréscimo significativo na qualidade dos serviços de saúde, gerando a busca por vias de tratamentos alternativos, condição esta que impulsionou a busca de novos conhecimentos e tratamentos diferenciados pelos profissionais de saúde.³²

A literatura demonstra que a somatização como resposta à dor mental é uma resposta psíquica comum do homem. A recíproca, por sua vez, é verdadeira, pois o corpo adoecido tem forte impacto sobre a mente, tão logo a dor e outros processos mentais desencadeiam a reação fisiológica. (p. 8)³³

Entendido este contexto mais objetivo da existência humana, outro elemento surge como um dos aspectos para a definição do bem-estar: o propósito de vida.

A vida tem um sentido de direção e intencionalidade, significado existencial, e crença na transcendência elementos que norteiam as metas e objetivos que o indivíduo estabelecerá, e pelos quais perceberá um sentido para

a vida, o que resultará em um senso de significado para a vida pregressa e atual. Estes elementos propiciarão a saúde em todos os sentidos, principalmente a saúde psicológica que permitirá a este indivíduo estabelecer uma conduta de resiliência frente às adversidades.³⁴

Todavia, é oportuno pontuar o inverso desta situação, quando prevalece o “sentimento da falta de sentido” expresso na realidade como depressão, agressão e dependência química, aspectos que denotariam um vazio interior impregnando a humanidade do indivíduo. Esta falta de sentido estaria relacionada à falta do porquê viver; a vida se torna sem lógica, muitas vezes explicadas por um sentimento de inutilidade. O sentido da vida seria a via para enfrentamento do sofrimento.³⁵

Isto implica em afirmar que quanto maior a clareza quanto ao propósito, maior o potencial de resiliência, já que a busca pelo alcance de objetivos também fortalece o próprio sistema biológico. Alguns elementos estão presentes quando se observa a persecução do propósito: otimismo e autoeficácia combinados com boa alimentação, exercícios e ausência de excessos (principalmente relacionados à bebida e fumo)¹². Como consequência, o propósito de vida protege o indivíduo de fatores como doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, assim como outras dificuldades e favorece um estado de viver que propicia uma boa velhice. Atividades significativas que possam ser realizadas, seja do ponto de vista de lazer, como filantropia, busca de educação e cultura, atividades familiares, assim como mudanças de comportamento ampliam o senso de intencionalidade, utilidade e relevância, permitem que sejam preservadas as instâncias cognitivas e neurológicas que alicerçam um senso de competência e foco.³⁴

Desta forma é que o aproveitamento de oportunidades e potenciais com a consciência de que ações assim que ocorrem são passadas, que a vida não retorna, mas que a experiência não se apaga, e fica devidamente resguardada, permite que não se tome as coisas como apenas transitórias, atribuindo-lhes o devido valor da vida construída com base naquilo que foi plantado e colhido, sejam ações, dores ou amores.³⁵

É preciso que se compreenda que a capacidade criativa do ser humano lhe permite encontrar o sentido ainda que nas coisas negativas, identificando aquilo que seja positivo mesmo na adversidade, aproveitando o melhor que

possa das situações vivenciadas, principalmente porque ao ser humano lhe é facultado “1) transformar o sofrimento numa conquista e numa realização humana; 2) retirar da culpa a oportunidade de mudar a si mesmo para melhor e 3) fazer da transitoriedade da vida um incentivo para realizar ações responsáveis”, acrescentando que nada pode ser imposto, forçado ou construído artificialmente, seja o otimismo, a esperança ou mesmo a fé e o amor. (p. 90) ³⁵

3.3 Fundamentos da educação em saúde

3.3.1 Educação do adulto

Para tratar de educação em saúde, compete, preliminarmente, apresentar alguns elementos concernentes à educação do adulto e suas fronteiras.

Os princípios pedagógicos convencionais não atendem o cerne do que é a preparação do adulto: a experiência na aprendizagem, dado que esta enfoca na mudança que acontece ou é esperada no processo, ao passo que o enfoque restrito em educação coloca o educador como o centro do processo.³⁶

Devido as diferentes interpretações acerca da aprendizagem do adulto, ficou clara a necessidade de se prover um conceito integrativo e diferenciado, o qual foi denominado andragogia, em contraponto a pedagogia ou aprendizagem de jovens, termo este cunhado na Alemanha, em 1833 para explicar o método usado por Platão, na Grécia antiga.³⁷

Pode-se, então, elencar dez características norteadoras da andragogia:

- 1) Autonomia: favorecimento de vínculos de colaboração e interação com a garantia do espaço para o indivíduo;
- 2) Humildade: fortalece a aceitação como articuladora nas relações e entendimento das próprias limitações;
- 3) Iniciativa: incentivo a novas descobertas e desafios;
- 4) Dúvida: por permitir o questionamento viabiliza uma ampliação do aspecto cognitivo;
- 5) Mudança de rumo: adaptação do curso do processo diante de necessidades e objetivos pretendidos;
- 6) Contextos: a coerência entre teoria e realidade permeia a formulação das etapas necessárias ao aprendizado;

- 7) Experiência de vida: elemento norteador das análises e tomada de decisão;
- 8) Busca: instigação para novas possibilidades, com estímulo à criatividade;
- 9) Objetividade: estabelecimento de metas coerentes para o alcance dos resultados pretendidos;
- 10) Valor agregado: agregação de valor nas diferentes etapas, com a demonstração da aplicabilidade do que foi aprendido.³⁸

Acrescido a isto é importante a verificação das necessidades e interesses (diagnóstico); a definição clara de objetivos e tarefas; a viabilização de um ambiente de cooperação, informalidade e suporte; a escolha de conteúdos relevantes; o estabelecimento de contratos e projetos; prover atividades centradas em problemas com o uso de projetos e métodos vivenciais; estímulo à discussão e solução de problemas e sistemas de avaliação com relação direta à aprendizagem.³⁹

Com a proliferação da educação a distância, uma destas frentes está sendo amplamente debatida: o processo de autodireção e autodeterminação no aprendizado, mais especificamente denominada heutagogia.

O termo heutagogia surgiu de dois pensadores Stewart Hase e Chris Kenyon (c2000), tendo origem grega: heuta (auto), agein (conduzir) e logos (ciência), definindo-se como a ciência da aprendizagem autodeterminada ou conduzida. Ela advém da evolução natural da andragogia, onde o professor ainda é o centro da ação da aprendizagem, mas não conseguindo abarcar a tecnologia da informação quanto a sua rapidez e quantidade de fluxo de conhecimento produzido para o público. (p. 90)⁴⁰

Houve uma renovação no interesse pela heutagogia com o advento da web 2.0 e tecnologias de informação e comunicação que permitem o autodirecionamento do aluno na descoberta do que precisa para aprender.

Como os métodos convencionais não são mais suficientes para prepararem os alunos aptos para sobrevivência e prosperidade, além do desafio da preparação ao longo da vida, a heutagogia, como um processo de autodireção e autodeterminação, viabiliza a geração de competências e, conseqüentemente, de capacidade pelos alunos, que, de posse do conhecimentos, desenvolvem habilidades reproduzíveis em novas situações, principalmente em contexto de

constante mudança, habilitando-o a aprender a aprender, a partir do exercício da autonomia, aspectos particularmente relevantes no ensino a distância.⁴¹

Alguns aspectos adicionais sobre a heutagogia estão relacionados ao aluno como centro do processo, que podem determinar seu caminho de estudo. Outro ponto refere-se a um currículo flexível e adaptável conforme a necessidade do aluno associado a contratos de aprendizagem que possibilitam ao aluno avaliar suas competências, principalmente pela adição de mecanismos de autoavaliação, e definir o nível máximo pretendido, ao invés do mínimo.⁴¹

Outro aspecto diretamente associado aos princípios da heutagogia é o da aprendizagem durante a vida, como educação continuada ou educação permanente, também denominada lifelong learning (LLL).⁴²

O LLL resulta da integração da educação formal, não-formal e informal² para a construção contínua da qualidade de vida ao longo da vida. Parte do princípio de que as habilidades pessoais e profissionais devem ser atualizadas ao longo da vida adulta, o que confere ao adulto a responsabilidade por si mesmo e seu entorno.⁴²

A UNESCO. Define que a aprendizagem ao longo da vida estará atrelada aos quatro pilares da educação do futuro: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser.⁴³

Enquanto em outros países esta abordagem vem evoluindo desde 1996, no Brasil, o conceito é relativamente novo, um país que tem a educação ainda centrada na ideia de duração de estudo com tempo pré-determinado para acontecer.⁴⁴

A UNESCO ressalta que “um mundo sem AEA representaria a negação do direito humano à educação” (p. 129) e que a privação da educação ao longo da vida não só geraria uma segregação social sob todos os aspectos, como limitariam o entendimento das mudanças, maior incapacidade de assumir a responsabilidade sobre a própria vida, maior dependência do Estado e familiares, além de menor compreensão do entorno e adaptação a novas realidades.⁴³

² A educação não formal é a educação adicional como alternativa/complemento à educação formal e a informal é quando há a aprendizagem não institucionalizada que decorre das relações familiares, profissionais e sociais.⁴³

Em passado mais recente, uma outra vertente ainda foi adicionada ao arcabouço da educação: o Onlearning, que surge como uma forma de educação disruptiva porque desafia a lógica convencional da educação.⁴⁵

Como o LLL pode representar períodos de estudo intercalados por períodos sem estudo, o onlearning surge com a ideia de que micromomentos de aprendizagem ocorrendo de forma contínua (o que seria uma combinação com o lifelong learning) configura-se como uma inovação na medida em que despertaria um prontidão para a aprendizagem pela disponibilidade e acessibilidade de conhecimento, gerando a possibilidade de uma aprendizagem personalizada (o aluno pode personalizar sua experiência), customizada (adaptada de acordo com as atuais competências e competências a serem desenvolvidas) e adaptativa (alteração de rota de acordo com o desempenho).⁴⁵

Embora esteja atrelada ao uso intensivo de tecnologia, como princípio, pode adequar-se como um novo princípio na educação de adultos.

Por fim,

A finalidade da educação, para ser adequada à natureza humana, deve buscar a verdade em suas dimensões ética, estética, gnosiológica, lógica e ôntica (p. 81).⁸

Assim é que o educador atuará para levar ao aluno à condição de alcançar o que busca para si como sinônimo de felicidade autêntica, ciente de onde coloca energias para a busca de unidade como indivíduo.⁸

Nestes termos, os significados da docência seriam a consideração dos potenciais locais, novas diretrizes para avaliação e, no âmbito maior, a contribuição da própria instituição de ensino quanto sua função local e preparação destes professores com foco na qualidade de vida do coletivo.⁹

3.3.2 Educação interprofissional e formação em saúde

Em documento de 2015, a Organização Mundial da Saúde elencou as estratégias para força de trabalho em saúde, com previsão de alcance em 2030, segmentando-as em metas para alcance até 2020 e, posteriormente, até 2030.

O principal objetivo preconizado no documento:

Melhorar os resultados de saúde, desenvolvimento social e econômico, garantindo a disponibilidade universal, acessibilidade, aceitabilidade, cobertura e qualidade da força de trabalho em saúde por meio de investimentos adequados para fortalecer os sistemas de saúde e a

implementação de políticas eficazes nos níveis nacional, regional e global. (p.8)⁴⁶

O documento ainda projeta a necessidade destes profissionais para os próximos anos, calculando que, em 2030, serão necessários, aproximadamente, 80 milhões de profissionais distribuídos em 165 países, incluindo a criação de, aproximadamente, 40 milhões de empregos adicionais em 193 países filiados à OMS. Isto sinaliza que um amplo escopo de diretrizes deverá ser adotado para atendimento desta necessidade, definido com base nos quatro objetivos específicos, que são:

1. Otimizar o desempenho, a qualidade e o impacto da força de trabalho da saúde por meio de evidências nas políticas de recursos humanos para a saúde, contribuindo para vidas saudáveis e bem-estar, cobertura de saúde universal eficaz, resiliência e sistemas de saúde fortalecidos em todos os níveis;
2. Alinhar o investimento em recursos humanos para a saúde com as necessidades atuais e futuras da população e sistemas de saúde, levando em consideração a dinâmica do mercado de trabalho e políticas de educação a fim de enfrentar a escassez e melhorar a distribuição dos profissionais de saúde, de modo a permitir melhorias máximas nos resultados de saúde, bem-estar social, criação de empregos e crescimento econômico;
3. Capacitar instituições nos níveis subnacionais, nacional, regional e global para gestão de políticas públicas, liderança e governança das ações de recursos humanos para saúde e
4. Reforçar os dados sobre recursos humanos para a saúde, por monitoramento e assegurando a prestação de contas pela implementação de estratégias nacionais e regionais, bem como da estratégia global. (p.10)⁴⁶

Isto posto, fica notória a necessidade de que sejam analisados os atuais parâmetros da educação para a formação de profissionais da saúde no país.

A educação na saúde “consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular”⁶ (p. 20), segmentada em educação continuada, que tem o perfil de educação tradicional e um caráter sequencial e acumulativa de conhecimento, e a EPS (Educação Permanente em Saúde) tem um caráter funcional, mais ligado à aprendizagem no trabalho, portanto focado na aprendizagem significativa.⁴⁷

Especificamente quando se fala em educação em saúde, um aspecto a ser considerado é o perfil interprofissional, que favorece o compartilhamento e interação na aprendizagem a fim prover uma formação mais completa.

Neste sentido, a Educação Interprofissional em Saúde (EIP) estimula a busca de oportunidade de aprendizado a partir da relação de profissionais de áreas diferentes com foco no desenvolvimento de um processo colaborativo amparado por professores experientes nestas áreas. Há, principalmente, o estímulo à atividade conjunta com o intuito de obter-se respostas mais positivas, mais ágeis e relevantes sobre as diversas profissões envolvidas, reforçadas pelo apoio mútuo.⁴⁸

Em que pese a EIP seja considerado como um processo formalmente instituído, pode acontecer de informalmente para tender necessidades imediatas dos alunos, todavia sempre focada na inovação, colaboração e progresso no conhecimento.⁴⁸

Das perspectivas decorrentes desta visão educacional, há a possibilidade de formação de equipes multiprofissionais especializadas, resultante de uma ação coerente, planejada e realizada com rigor, sempre com métodos interativos, reflexivos e centrados no paciente. É importante frisar que a EIP bem-realizada favorece a visão sistêmica de várias profissões interrelacionadas, o que favorece a própria prestação de serviço, otimiza os serviços de saúde que apresentará melhores resultados, relacionados ao maior bem-estar dos pacientes, satisfação e aceitação.⁴⁸

A despeito destas vantagens, a EIP se torna vulnerável mediante necessidades relacionadas a custos que podem direcionar gestores acadêmicos a apoiarem ou não estas iniciativas, razão pela qual todas as partes devem estar envolvidas e representadas a fim de definirem meios para proteção dos recursos, que muitas vezes apresenta relações interinstitucionais, o que exige, principalmente, transparência na gestão dos recursos, com a consciência de que é necessário um esforço coletivo para o sucesso da iniciativa.⁴⁸

Três dimensões interrelacionadas devem ser analisadas quando se trata de EIP:

1. Macro: políticas de saúde e de educação;
2. Meso: organizações curriculares, programas de curso, metodologias de ensino, aprendizagem e sistemas de avaliação tanto de aprendizagem como de programas;
3. Micro: relações interpessoais e interprofissionais, seja na formação ou no trabalho.⁴⁹

Em pesquisa realizada com responsáveis pela Política de EPS das 27 Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e 7 coordenadores das CIESs das cinco Regiões do Brasil verificou-se que existem processos de qualificação extensivos a todos os trabalhadores ainda que existam algumas restrições, notadamente a servidores não efetivos e que são identificadas lacunas para formação, havendo, assim, a necessidade de se observar peculiaridades locais, a integração da saúde e uma ação focada no fortalecimento das instituições formadoras. Também foram identificadas restrições como a impermanência dos processos de qualificação que se reflete na qualidade do serviço prestado, muito embora sejam observados elementos de favorecimento aos profissionais, como acréscimos na forma de gratificações, melhoria nos processos de trabalho e valorização pessoal e profissional das pessoas.⁴⁷

O relatório das análises realizadas sobre possibilidades para fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde atesta que é identificada a falta de prioridade no planejamento e programação de ações na EPS relacionados à dificuldade na compreensão da importância destas ações para a qualificação da gestão e melhoria da qualidade no atendimento⁵⁰.

Dentre os objetivos elencados neste documento se relacionam ao modelo de formação:

- Apoiar a reflexão sobre métodos inovadores de ensino
- Discutir propostas pedagógicas dos processos formativos
- Vincular ofertas pedagógicas às necessidades de formação
- Realizar seminários a partir de experiências exitosas
- Articular melhor as instituições de ensino no processo de implementação da PNEPS.
- Garantir maior participação das IES na CIES.
- Pensar mecanismos para reforçar a participação da IES, Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e demais atores, levando-os a se comprometer com o desenvolvimento da PNEPS dentro da CIES
- Estabelecer estratégias para que gestores e instituições de ensino se comprometam em construir e participar efetivamente das ações de EPS
- Reforçar a necessidade de articulação da gestão da educação com a gestão do trabalho nos estados e municípios, com vistas a pensar processos de progressão funcional dos servidores, inclusive para a preceptoría
- Definir as contrapartidas na articulação ensino-serviço
- Qualificar processos/desenhos estratégicos pedagógicos voltados para problematização, transformação da realidade e qualificação para o SUS
- Implantar sistema de regulação das práticas de formação e EPS nos serviços (p. 17)⁵⁰

Como desdobramento já se observa a realização de iniciativas para a retomada do planejamento e ações articulando Estados, Municípios e Governo Federal, a fim de ser recuperado o protagonismo dos executores da Política, inclusive com a valorização de experiências realizadas.⁵⁰

É importante ressaltar que estas ações em nível nacional também são norteadas pelo fomento do debate internacional acerca da educação na saúde e emanadas pela OMS que preconiza a adoção de estratégias transformadoras na educação dos trabalhadores da saúde, que deverá estar baseada nas necessidades da população e demandas do sistema de saúde. Prioritariamente pela orientação curricular para estas necessidades com a respectiva orientação técnica.⁵¹

Outro ponto diz respeito ao planejamento e educação pelas áreas de RH, que não só atente para a composição das equipes como para a educação inter-profissional e prática colaborativa, que eleve a qualidade da força de trabalho a partir da aprendizagem baseada em competências, abordagem esta que habilitará os profissionais para o trabalho colaborativo em times e com conhecimento que os permita intervir de forma eficiente na saúde da sociedade.⁵¹

O documento que apresenta as diretrizes emanadas também resalta o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação para a educação a distância, telemedicina, ferramentas para a tomada de decisão, gestão de suprimentos, entre outros elementos favorecidos pela tecnologia, o que também exigirá pessoas capacitadas para tais tecnologias.⁵¹

Do ponto de vista organizacional, as instituições de ensino devem adaptar não só seus conteúdos como as formas de instruir, alinhadas com os sistemas de acreditação, padrões e necessidades locais, para o que se resalta o necessário alinhamento entre instituições públicas e particulares. Competiria aos governos ampliarem investimentos em educação, na geração de empregos, na inovação e na busca de métodos de educação com melhor efetividade em custos.⁵¹

Diante disto, são necessárias alterações nos desenhos curriculares, bem como redefinição de aspectos teóricos e metodológicos para que atendam o princípio da EIP, que não é apenas juntar pessoas com diferentes expertises ao redor de uma experiência, mas prover de forma planejada a possibilidade de

uma interação significativa que vislumbre o desenvolvimento de competências amparado na colaboração.⁴⁸

O conceito subjacente à EIP, e que viabilizaria seu sucesso, é a Educação Permanente (EP) pelo motivo de que o intercâmbio entre profissionais se daria e se consolidaria ao longo do tempo, razão pela qual educação e saúde devem andar juntos, assegurando que o conceito de interprofissionalidade seja fundamentado por eles. Todavia, ainda se observa certo distanciamento também devido ao desalinhamento entre universidades, vida prática e mundo do trabalho. Além disto, a questão regulatória das profissões dificulta a interrelação ou práticas mais integradas na educação, o que sinaliza que a questão das práticas profissionais também acaba exercendo influência na forma como a educação será ofertada.⁵²

Ademais, tratar a saúde como um conceito ampliado, com toda dimensão de seu significado, requer a ação em equipe, o que implica em entendê-lo como uma diretriz para a ação colaborativa focada nas demandas sociais de saúde, a partir da compreensão de que ações apartadas não fortalecem as relações necessárias que retroalimentariam o próprio conceito.⁵²

A interprofissionalidade atua, assim, colocando o paciente e a saúde como centro, ou seja, o cuidado focado na pessoa, aspecto que sinaliza a EIP como fundamental não só na formação acadêmica, mas na educação permanente e regulações profissionais, o que traria um componente novo, inclusive considerando que a educação formal não prepara as pessoas para atuação em equipe. Ainda que os currículos possam ter uma vertente interdisciplinar, não obrigatoriamente isto se reflete na prática da interprofissionalidade porque, via de regra, existe uma categorização profissional e diferenças inerentes a cada categoria que podem vir a dificultar a ação colaborativa.⁵²

Isto considerado, compete entender que

a Universidade precisa produzir um conhecimento comprometido com a ruptura e com a inovação e, para tanto, precisa buscar o desconhecido, o novo e o inédito, criando condições para que estas transformações ocorram de modo que se ultrapassem, muitas vezes, as condições estruturais da sociedade como um todo, embora seja necessário, também, recuperar o velho, descobrindo nele o novo para, ultrapassando as condições estruturais da realidade, não perder o patrimônio cultural de um povo (p. 117)⁵³

Ademais, à Universidade competirá, como condição primeira, a ação com autonomia para que a conduta interdisciplinar permita a integração entre disciplinas a partir do reconhecimento dos limites de cada conhecimento bem como das possibilidades quanto a construir objetivos em comum, calcados na ação teórica e prática, inclusive considerando o foco no futuro. Para tanto definir políticas que assegurem a flexibilidade necessária ao exercício da interdisciplinaridade, viabilizando a educação a um “profissional-cidadão comprometido com seu tempo e espaço” (p.125).⁵³

Todavia, a atual estruturação dos cursos apresenta uma limitação na medida em que ainda carece de experiências interdisciplinares genuínas e por apresentar um modelo disciplinar desconectado, expresso nos currículos escolares fragmentados, também por questões de natureza organizacional, resistência de educadores e pragmatismo do mercado.¹³

Também os professores deverão ter uma visão integrada e ampliada da realidade, criando os vínculos necessários entre sua área e outras áreas de conhecimento, resgatando rupturas, questionando e trazendo à análise aquilo que é estabelecido como regra absoluta a fim de que as relações tenham sentido, o que favoreceria a abordagem interdisciplinar.¹³

Tudo isto é importante, na medida em que a construção de uma perspectiva de aprendizagem ao longo da vida, seja pautada em uma estratégia de aprendizagem ajustada para produzir novos insights de conhecimento, o que será obtido com a construção de currículos baseados em prática, que estimulem a reflexão sobre si e a atividade a ser exercida.⁵⁴

O fato é que competências investigativas serão desenvolvidas quando há o apoio de quem conhece sobre isto, sem que se negligencie a autodireção que o próprio aluno deve apresentar, o que contribuiria para o desenvolvimento de um senso crítico, capacidade de elaboração e de autoreflexão.⁵⁴

Um currículo assim, traria o alinhamento de novos métodos de educação e de avaliação, principalmente porque esta última não seria restrita à aferição apenas do raciocínio clínico, mas também avaliaria o desempenho prático. Estes dois elementos, métodos e avaliação, são então fundamentais para a promoção de uma aprendizagem ao longo da vida.⁵⁴

4. Discussão

Este trabalho objetivou estabelecer a relação entre a interdisciplinaridade na educação para prover o entendimento da saúde como foco e o propósito de vida do paciente.

Para início desta discussão é pertinente resgatar algumas informações previamente tratadas.

Por conta da necessidade de possibilitar outras alternativas de tratamento, foi instituída em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que visa a humanização do tratamento a partir da compreensão do indivíduo como um todo e dando aos tratamentos uma abordagem de integralidade com a associação de ações e serviços focados no paciente. Foi identificado que, no Brasil, o predomínio de práticas integrativas/complementares ocorre com a adoção da Fitoterapia, Homeopatia e Acupuntura. Especificamente complementares, predominam o Reiki e o Lian Gong.

Isto direciona a uma reflexão com vistas a entendimento dos processos que estariam envolvidos a fim de que haja uma implementação mais efetiva de outras práticas complementares. Isto direcionou este estudo para a elaboração de um arrazoado teórico de aspectos pertinentes que viabilizassem o entendimento destes elementos bem como, na medida do possível, ilustrar o que ocorre na prática.

Assim, foi pertinente dissertar sobre a interdisciplinaridade que, em sendo um método de pesquisa e ensino, alicerçaria a ideia de integralidade e alguns aspectos como a articulação e agregação de diferentes áreas do conhecimento como forma de gerar complementariedade de diferentes métodos e conceitos de áreas, inclusive distintas, ou conhecimentos fragmentados, configurando-se como uma estratégia no processo de aprendizagem. Como mencionado, esta discussão inicial visou fundamentar a proposta de um enfoque voltado ao paciente, e não a doença, seu propósito e qualidade de vida.

A saúde, embora possa ser um conceito objetivamente entendido, na realidade, carrega um caráter de subjetividade atrelado ao contexto de vida do indivíduo bem como sua percepção sobre si, o que dificulta o entendimento analisando-o sob um contexto mais amplo. Associado a isto, está a forma como

o indivíduo reage às suas condições existenciais, sua reação a elas e seu aparato psíquico ou simbólico para esta reação.

Foi tratado que esta situação favorece uma mudança de perspectiva no tratamento, que passa a requerer um componente afetivo para o estabelecimento de relações de confiança recíproca e trazendo o paciente à condição de coadjuvante no seu tratamento, em uma relação, sobretudo, com autonomia das partes mais do que uma relação de domínio e submissão.

Por esta razão é que o tema qualidade de vida se torna importante, desde que considera todos os aspectos relacionados à vida, bem como as percepções atreladas a ela. Como ainda é um conceito impreciso, uma primeira delimitação com a identificação dos domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade, religião e crenças pessoais e suas particularidades como possíveis indicadores para a formação de um indicador para verificação da qualidade de vida.

A necessidade de compreensão do *continuum* saúde-doença também favorece o entendimento dos motivos geradores das doenças e, especificamente, este trabalho salientou o papel da somatização e na vinculação que a psicossomática provê ao estabelecer os significados do adoecimento decorrente da inabilidade psíquica do indivíduo para lidar com suas condições amplas, situação que precisa ser essencialmente entendida para que se tenha uma perspectiva quanto ao processo de tratamento.

A situação de bem-estar geral é também atrelada ao reconhecimento do propósito de vida e esta é a proposta do presente trabalho. O entendimento aqui é que o indivíduo precisa ter um senso de significado a fim de que suas condições gerais, principalmente a psicológica, possam lhe viabilizar uma conduta de resiliência diante das dificuldades. Na falta de sentido, a vida deixa de ter lógica e se perde a capacidade de enfrentamento do sofrimento. Atividades significativas e condizentes com o propósito favoreceriam, então não só o fortalecimento físico, mas o sentido de relevância, inclusive por meio da ressignificação de sua realidade na ocorrência de situações adversas.

Quando se trata de educação do adulto, foram elencados as características e princípios da andragogia, heutagogia, *lifelong learning* e *onlearning*.

Por fim, a revisão teórica tratou sobre a educação interprofissional e a formação em saúde.

A educação interprofissional tem sido tema extensamente debatida, não só na esfera acadêmica como governamental, fundamentada na educação permanente em saúde (EPS), perspectiva que possibilitaria o intercâmbio de profissionais ao longo do tempo consolidando o entendimento da saúde como um conceito ampliado e que consolidaria uma melhoria na qualidade dos tratamentos.

Expressa como Educação Interprofissional em Saúde (EIP) tem como objetivo central é propiciar a atividade conjunta de profissionais de saúde de áreas diversas, sob o argumento de desenvolvimento de visão sistêmica, tendo como consequência a otimização dos serviços o que, por sua vez, geraria melhores resultados, maior bem-estar, satisfação e aceitação pelos pacientes.

Todavia, há uma dificuldade do ponto de vista prático haja vista os custos que podem ser fator limitante para as instituições, influenciando o apoio a estas iniciativas, bem como as possíveis relações interinstitucionais que sejam necessárias. Neste caso, se trataria das dimensões meso (organizações curriculares, programas de curso, metodologias de ensino, aprendizagem e sistemas de avaliação tanto de aprendizagem como de programas) e micro (relações interpessoais e interprofissionais, seja na formação ou no trabalho).

Outro ponto também são divergências de procedimentos e questões regulatórias relacionadas às profissões, com o agravante de que mesmo que os currículos educacionais apresentem uma vertente interdisciplinar, o que ainda é muito incipiente nas instituições, não necessariamente terão uma prática interprofissional, pelo motivos expostos, em que pese um currículo assim delineado inclusive poder propiciar um melhor processo de avaliação, já que também estaria atrelado à prática, o que reduziria a lacuna entre o que é ensinado nas instituições e a vida real.

Ao longo de toda revisão ficou nítido que o caráter fragmentário da educação e o não entendimento de como implantar uma visão interdisciplinar e integrativa na formação dos profissionais de saúde, visão esta por vezes embotada pela ideia de educação interprofissional, restando a indagação sobre o quanto as Universidades, mais especificamente cursos de Medicina, estariam impregnadas destas visões.

Para tanto, foi feita uma análise das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina⁵⁵, em sua última versão, a fim de identificar possíveis direcionamentos focados nos assuntos tratados até aqui.

Desta forma, seguem alguns excertos do referido documento como elementos ilustrativos do debate até o momento, onde estão destacados os que são condizentes com a abordagem deste trabalho, conforme Quadro 4.

Preliminarmente, é importante esclarecer que este levantamento e o subsequente foram úteis para fundamentar esta discussão e não como o objetivo de apresentar resultados, conclusivos/generalizáveis ou não, dada a natureza do trabalho.

Quadro 4 - Excertos das DCN do Curso de Graduação em Medicina

Capítulo	Seção	Subseção	Parágrafo	Excerto
1				Art. 3o. O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.
1	I			integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde , de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde;
1	I			ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico;
1	I			cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevalença o trabalho interprofissional , em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer , a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado;
1	II			I - Gestão do Cuidado II - Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida , de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo III - Tomada de decisão IV - Comunicação V - Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais VI - Trabalho em equipe VII - Construção participativa do sistema de saúde VIII - Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde
1	III			Na Educação em Saúde, o graduado deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual , responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde, e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional
1	III			I - aprender a aprender II - aprender com autonomia e com a percepção da necessidade da educação continuada III - aprender interprofissionalmente IV - aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, V - comprometer-se com seu processo de formação VI - propiciar a estudantes, professores e profissionais da saúde a ampliação das oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho VII - dominar língua estrangeira, de preferência língua franca
2			Único	Para os efeitos desta Resolução, competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS).
2	I			Art. 9º Art. 10. A Atenção às Necessidades Individuais de Saúde Art. 11. A Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva

Capítulo	Seção	Subseção	Parágrafo	Excerto	cont.
				I - Realização da História Clínica: c) orientação do atendimento às necessidades de saúde , sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa ; d) utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, estimulando o relato espontâneo da pessoa sob cuidados, tendo em conta os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sociofamiliares , assegurando a privacidade e o conforto; e) favorecimento da construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis , possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado; f) identificação dos motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde , de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde-doença;	
2	I		1	III - Formulação de Hipóteses e Priorização de Problemas: b) prognóstico dos problemas da pessoa sob seus cuidados, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes ;	
2			1	Art. 13. A ação-chave Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores: I - Elaboração e Implementação de Planos Terapêuticos: c) promoção do diálogo entre as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável, e as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando a pessoa sob seus cuidados a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado ;	
2			2	Art. 14. I - acesso e utilização de dados secundários ou informações que incluam o contexto político, cultural, discriminações institucionais, socioeconômico, ambiental e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e baseado na determinação social no processo saúde-doença, assim como seu enfrentamento ;	
2	II			Art. 17. d) incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade, favorecendo sua maior autonomia na decisão do plano terapêutico, respeitando seu processo de planejamento e de decisão considerando-se, ainda, os seus valores e crenças ; e) trabalho colaborativo em equipes de saúde, respeitando normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético-profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde ;	
2	II			Art. 21. II - escolha de estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades de aprendizagem identificadas, considerando idade, escolaridade e inserção sociocultural das pessoas; III - orientação e compartilhamento de conhecimentos com pessoas sob seus cuidados, responsáveis, familiares, grupos e outros profissionais, levando em conta o interesse de cada segmento, no sentido de construir novos significados para o cuidado à saúde	
3				Art. 23. Os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde, contemplando : 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 ; VII - abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas	
3				Art. 26. O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante , articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência.	
3				Art. 29. II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos , assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão; IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais ; X - promover a integração do PPC, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento , bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e interprofissional, coadunando problemas reais de saúde da população;	
3				Art. 32. O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso,	

Fonte: elaborado pelo autor, com base nas DCN do curso de Medicina⁵⁵

Fica evidenciado que as referidas diretrizes sinalizam claramente os assuntos preliminarmente aqui tratados, todavia, como estariam os programas e grades de curso respondendo por isto? Há que se pontuar que dada a subjetividade de assuntos como propósito e mesmo qualidade de vida, como já mencionado no capítulo específico, além do perfil difuso do conceito de interdisciplinaridade, já se antevê a possível dificuldade das IES tornarem estes conteúdos elementos concretos passíveis de serem ensinados mediante o rol de áreas do conhecimento abordados nos cursos.

É interessante destacar que as DCN tratam de uma abordagem bem próxima dos princípios da heutagogia, principalmente quando exorta o aluno a

- I - aprender a aprender
- II - aprender com autonomia e com a percepção da necessidade da educação continuada
- III - aprender interprofissionalmente (...)
- (...) V - comprometer-se com seu processo de formação (p. 3)

Além disto, deixa bem representada a necessidade da interação entre pares e de uma visão integrativa na condução dos conteúdos.

Outro ponto a ressaltar é que, embora existam determinações que visam o entendimento integral do paciente, como crenças, situações de vida entre outros elementos, as referidas diretrizes apenas sinalizam a possibilidade da articulação com outras áreas do conhecimento no Capítulo 1, Seção I, onde consta:

Integralidade e humanização do cuidado por meio de **prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde**, de modo a construir **projetos terapêuticos compartilhados**, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e **reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde** (grifo nosso). (p. 2)

Neste caso, destaque-se o reconhecimento do indivíduo como protagonista de sua saúde.

E no Capítulo 3, Artigo 29, item X que diz:

Promover a integração do PPC, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento (grifo nosso), bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e interprofissional, coadunando problemas reais de saúde da população. (p.12)

Observe-se que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi consolidada em 2006. Em contraponto, as DCN

tiveram sua última versão em 2014 e não apresentam qualquer menção à política consolidada o que, de antemão, afasta as IES da responsabilidade pela incorporação de outras práticas no ensino da medicina, porque acabam por estruturar seus cursos com vistas às autorizações de funcionamento pelo MEC, permanecendo restritas ao contido nas DCN.

Para verificar mais amiúde a aderência das grades curriculares não só com as DCN, mas com os temas aqui tratados e a fim de ter uma visão dos direcionamentos dados pelas IES, foi feita uma análise das grades mais recentes do curso de Medicina de algumas instituições públicas. São elas: UERJ, UFPE, UFMG, UNICAMP, UNIFESP, USP, UFF e UFRGS.

Compete esclarecer que foram elencadas disciplinas que, explicitamente, sugerem alguma relação (exceto nas que se relacionam à PNPIC, tratadas pela especialidade) com: 1) saúde, doença e propósito; 2) visão integrativa e interdisciplinar e 3) relação com a PNPIC. Ainda esclarecer que a seleção foi feita por inferência, dada a indisponibilidade das ementas das disciplinas, o que permitiria maior precisão nas escolhas. Neste mesmo sentido, em que pese tenha-se buscado a maior aproximação possível, pode ter havido a ocorrência de disciplinas que não apresentam nominalmente relação com os assuntos abordados, mas que guardam em seu conteúdo alguma das abordagens.

O levantamento consistiu na análise comparativa das grades dos cursos, conforme Quadro 5.

A primeira identificação que se faz é o extenso número de disciplinas oferecidos nas grades curriculares e a divergência na carga total para integralização dos cursos. Note-se que as DCN sinalizam um mínimo de 7200 horas, conforme Parágrafo Único, do Capítulo 1. As IES atuam com as seguintes cargas horárias: UERJ – 9635; UFPE – 8400; UNIFESP – 9506; USP – 9840; UFMG – 8085; UNICAMP – não informado; UFF – 7200 e UFRGS – 10662.

Quanto às disciplinas, estão assim distribuídas: UERJ – 70 obrigatórias e 7 eletivas; UFPE – 52 obrigatórias, 27 eletivas para escolha de 2; UNIFESP – 73 obrigatórias incluindo estágios, 183 eletivas e 2 optativas; USP – 74 obrigatórias incluindo estágios, 167 eletivas incluindo estágios; UFMG – 73 obrigatórias, 17 optativas para estágio e 81 eletivas; UNICAMP – 63 obrigatórias; UFF – 63 obrigatórias e UFRGS – 48 obrigatórias e 21 adicionais.

Quadro 5 – Comparativo das grades curriculares de IES públicas

	UERJ	UFPE
Carga horária total do curso	9635	8400
Número de disciplinas	70 obrigatórias 7 eletivas	52 obrigatórias + 2 eletivas 27 eletivas
Carga Horária prática/estágio	3390	n/c
Disciplinas que sugerem relação com temas deste trabalho (doença, saúde e propósito)	Mecanismos de adoecimento Medicina Integral, Familiar e Comunitária I, II e III Saúde coletiva I e II Saúde Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens (eletiva) Cuidados Paliativos (eletiva) Espiritualidade e Saúde (eletiva)	Introdução ao estudo da saúde Processo de cuidar O Ser humano 1- Bioquímica, Biologia Celular e o Processo Saúde Doença Febre, inflamação e infecção Dor Fadiga, Perda de Peso e Anemias Processo de envelhecimento Saúde da Gestante e do Recém Nascido Saúde da Gestante e do Recém Nascido Distúrbios motores, sensoriais e da consciência Saúde da Mulher Problemas mentais e de comportamento Desordens nutricionais e metabólicos Saúde Mental 1 e 2 Medicina Centrada na Pessoa (eletiva) Bioética Clínica (eletiva) Moda, corpo e visibilidade (eletiva) Anatomia funcional para o movimento (eletiva) Direitos Humanos, Democracia e Inclusão Social (eletiva)
Disciplinas que sugerem uma visão integrativa e interdisciplinar da saúde	Mecanismos de adoecimento Competência Narrativa na prática médica Sessão Anatomoclínico radiológica Especialidades clínicas I e II Fundamentos e Aplicabilidades das Práticas Integrativas e complementares (eletiva) Geriatria Oncologia	Saúde e Meio Ambiente Medicina de Família e Comunidade 1 e 2 Literatura, narrativa e medicina (eletiva) Cuidados paliativos: dos fundamentos a prática (eletiva) Os sinais cutâneos de distúrbios sistêmicos e por exposição a agentes infecciosos e ambientais (eletiva) Pedagogia hospitalar (eletiva) Raciocínio clínico (eletiva) Saúde e relações étnico-raciais (eletiva) Saúde e direitos humanos (eletiva)
Disciplinas relacionadas à PNPIC	Bases Fisiológicas dos Fitoterápicos e Nutracêuticos (eletiva) Práticas de Meditação de Atenção Plena (eletiva)	n/c

Quadro 5 – Comparativo das grades curriculares de IES públicas

cont.

	UNIFESP	USP
Carga horária total do curso	9506	9840
Número de disciplinas	73 obrigatórias incluindo estágios 183 eletivas 2 optativas	74 obrigatórias incluindo estágios 167 eletivas incluindo estágios
Carga Horária prática/estágio		1800
Disciplinas que sugerem relação com temas deste trabalho (doença, saúde e propósito)	<p>Bases biológicas do comportamento Semiologia das relações humanas Semiologia da mulher Semiologia do adulto Bioética Atenção integral à saúde da mulher e da criança O cuidado integral na saúde da família Comportamento suicida na infância e na adolescência (eletiva) Dor e sofrimento compreendidos por diferentes tradições religiosas (eletiva) Escuta, compaixão e empatia: reflexões na área da saúde (eletiva) História da saúde, da doença e da medicina (eletiva) Se não pode controlar o vento, ajuste as velas: falando sobre emoções, inteligência social e habilidades Socioemocionais com profissionais de saúde (eletiva) Introdução à análise de dados de comportamento (eletiva) Saúde e espiritualidade (eletiva) Mindfulness e felicidade (eletiva) Morte, luto e comunicação de más notícias (eletiva) Medicina do estilo de vida (eletiva) Inteligência emocional (eletiva) Arte, cultura e saúde mental (eletiva) Pensando na morte para viver bem - uma filosofia para as ciências da saúde (eletiva) Conhecendo o cuidador de idosos - importância para área do envelhecimento (eletiva) Mindfulness e empatia na comunicação clínica Ética médica (eletiva)</p>	<p>Introdução à Medicina e a Saúde Ciclo de vida I, II e III Processo Saúde-Doença-Cuidado I, II e III Princípios do Desenvolvimento das Doenças Bioética Clínica O Médico Frente a Morte Medicina Legal e Direitos Humanos</p>
Disciplinas que sugerem uma visão integrativa e interdisciplinar da saúde	<p>Farmacologia O cuidado integral na atenção básica Ambulatório interdisciplinar de ação integral do adulto Atenção integral ao idoso - geriatria e cuidados paliativos Abordagem multidimensional para avaliação e controle da dor na criança Conhecendo o cuidador de idosos - importância para área de saúde do idoso Práticas de atenção para a promoção da saúde integral: base na espiritualidade e neurociência (eletiva) Gestão do cuidado em saúde e o trabalho interprofissional (eletiva) Aplicação da farmacologia na prática clínica (eletiva) Centro de recuperação e educação nutricional: uma abordagem interdisciplinar em saúde - i (eletiva) Mindfulness e saúde mental: teoria e prática (eletiva) Terminalidade, morte e comunicação de más notícias (eletiva) Introdução aos cuidados paliativos (eletiva)</p>	<p>Discussão Integrada de Casos I, II, III e IV Farmacologia Básica I Terapêutica Farmacológica I Integração das Principais Doenças e Situações Clínicas Integração das Principais Doenças e Situações Infecciosas e Medicina Preventiva Integração das Principais Doenças em Situações Psiquiátricas e Neurológicas Integração das Principais Doenças e Situações Cirúrgicas Ensino Integrado de Cirurgia em Técnica Cirúrgica Integração das Principais Doenças e Situações Pediátricas Integração das Principais Doenças e Situações Ginecológicas e Obstétricas Estágio Integrado em Cirurgia Estágio Integrado em Especialidades Médicas Estágio Integrado em Pediatria I e II Estágio Integrado em Medicina de Família e Comunidade e Saúde Mental Estágio Integrado em Ginecologia e Obstetrícia Estágio Integrado em Clínica Médica e Doenças Infecciosas Estágio Integrado em Medicina do Adulto Estágio Integrado em Emergências de Adulto Farmacologia Básica (eletiva) Medicina Interdisciplinar em Cardiologia</p>
Disciplinas relacionadas à PNPIC	Acunputura (eletiva)	n/c

Quadro 5 – Comparativo das grades curriculares de IES públicas

cont.

	UFMG	UNICAMP	UFF	UFRGS
Carga horária total do curso	8085	não informado	7200	10.662
Número de disciplinas	73 obrigatórias 17 optativas para estágio 81 eletivas	63 obrigatórias	63 obrigatórias	48 obrigatórias 21 adicionais
Carga Horária prática/estágio	2895	não informado	2700	4875
Disciplinas que sugerem relação com temas deste trabalho (doença, saúde e propósito)	Ciências sociais aplicadas à saúde Iniciação à atenção primária à saúde III Ética médica Atenção primária à saúde da mulher Saúde mental em cuidados primários Sociologia médica (eletiva) Tópicos em saúde coletiva (eletiva)	Medicina e Saúde Ações de Saúde Pública I e II Saúde e Sociedade I e II Ética I e II Bioética I e II Saúde do trabalhador / Ambiental / Mental / Coletiva	Saúde comunitária	Métodos de abordagem em saúde comunitária Promoção e proteção à saúde da mulher Promoção e proteção à saúde do idoso Psicologia médica 2: relação médico-paciente Saúde e sociedade
Disciplinas que sugerem uma visão integrativa e interdisciplinar da saúde	Política de saúde e planejamento Tópicos em ecologia e saúde	Princípios de Farmacologia Fisiopatologia Integrada I e 2 Laboratório de Habilidades II (Téc. Entrevista, Proc. Básicos) Clínica Médica / Cuidados Paliativos / Patologia Clínica		Práticas integradas em saúde I (adicional)
Disciplinas relacionadas à PNPIC	Fitoterápicos (eletiva)	n/c	n/c	n/c

Fonte: elaborado pelo autor, com base nos descritivos dos cursos

O Quadro 6 apresenta a distribuição quantitativa das disciplinas e percentual no total de disciplinas oferecidas.

Quadro 6 – % de disciplinas relacionadas ao tema do trabalho

	UERJ	UFPE	UNIFESP	USP	UFMG	UNICAMP	UFF	UFRGS	Total Geral
Disciplinas que sugerem relação com temas deste trabalho (doença, saúde e propósito)	3 obrig. 3 eletivas	15 obrig. 5 eletivas	8 obrig. 17 eletivas	7 obrig.	5 obrig. 2 eletivas	6 obrig.	1 obrig.	5 obrig.	50 obrig. 27 eletivas
Disciplinas que sugerem uma visão integrativa e interdisciplinar da saúde	7 obrig.	4 obrig. 7 eletivas	6 obrig. 7 eletivas	1 eletiva	2 obrig.	4 obrig.		1 eletiva	23 obrig. 16 eletivas
Disciplinas relacionadas à PNPIC	2 eletivas		1 eletiva		1 eletiva				4 eletivas
Total	15	31	39	27	10	10	1	6	139
Total de disciplinas	77	79	258	241	171	63	63	69	1021
% do total de disciplinas	19,5%	39,2%	15,1%	11,2%	5,8%	15,9%	1,6%	8,7%	13,6%

Fonte: elaborado pelo autor

Pela configuração dos dados, pode-se observar que predominam disciplinas já incorporadas na grade obrigatória, o que é uma demonstração importante de que as IES estão direcionando esforços para a absorção das DCN em seu aspecto mais subjetivo e que condizem com a linha de abordagem deste trabalho, inclusive algumas já direcionando parte significativa da grade com estes assuntos. Todavia, no cômputo geral, a representatividades destas disciplinas ainda é incipiente diante do conjunto de disciplinas ofertadas.

Outro ponto a destacar é que, no caso das disciplinas eletivas, não são ministradas a todos os alunos, mas àqueles que as escolhem. Se por um lado, esta seletividade de disciplinas vem ao encontro do que define a heutagogia com relação à autonomia dos alunos em suas escolhas, por outro dificulta que um amplo número de alunos tenha uma formação consistente nos temas aqui tratados.

Um sinal sensível aparece quando se observa o número de disciplinas condizentes com a PNPIC, cujos números são mínimos no total de disciplinas oferecidas e restritas a três, das oito universidades observadas. Não é possível afirmar que as universidades não queiram incorporá-las em alguma medida, mas também tem que se considerar que as DCN são amplas em sua interpretação, dando margem para que as universidades permaneçam fazendo o que fazem e tão somente promovam ajustes marginais em seus currículos.

Em termos qualitativos, vê-se que uma parte das disciplinas apresentadas no Quadro 5 têm um caráter mais coletivo ou geral que, se por um lado dá uma visão do que seria comum a todos, por outro negligencia as necessidades individuais e, neste

sentido, o reconhecimento do propósito do paciente fica prejudicado, em que pese os aspectos pessoais seja representados em várias disciplinas relacionadas.

Além disto, em relação à integralidade, não há qualquer menção à psicossomática nos currículos analisados. É fato que existem disciplinas nos currículos completos que falam de aspecto psicológico, mas nada foi observado sobre a psicossomática como área do conhecimento.

Ainda que tenham sido identificadas algumas disciplinas que sugerem interdisciplinaridade, não é possível saber se as universidades tem, por princípio, garantir que isto ocorra no processo de operacionalização dos cursos, informação que seria identificável nos Projetos Pedagógicos.

Por tudo o que foi exposto, algumas questões podem ser feitas, não havendo aqui respostas, mas um incentivo ao debate e reflexão.

A) Em uma perspectiva inicialmente reflexiva questiona-se:

O quanto educar um profissional é ensinar que o ato do adoecimento faz parte da vida?

Será que a educação não tem que entender que a saúde é um processo da vida?

Há o discernimento de que a saúde e a doença estão no mesmo processo para que todos possam contribuir para melhor assistência do indivíduo para identificar quais elementos de sua vida lhe trazem tranquilidade?

É preciso ter a clareza de que o paciente passa por algo, então porque ignorar o aspecto social, espiritual e, porque não dizer, religioso?

A educação interprofissional favoreceria o entendimento do propósito?

O atendimento de um paciente em sua integralidade não implicaria em compreender que existem alternativa de tratamento e que os profissionais precisam estar aptos para darem este direcionamento?

B) Já do ponto de vista prático:

Em que medida se pode falar em ensino integrativo e interdisciplinar se as grades permanecem estruturalmente fragmentadas e novas áreas do conhecimento são apenas oferecidas, quando o são, em disciplinas eletivas, portanto, com escolha apenas por parte dos alunos?

Onde está a desconexão entre as DCN e a sua operacionalização pelas IES?

Se a interprofissionalidade está amplamente divulgado como conceito de atuação, como as IES poderiam incorporá-la em seus currículos?

Em que medida conceitos como educação permanente (*lifelong learning*) e *onlearning* são considerados na elaboração de grades ou transmitidos nas disciplinas existentes?

Será mais simples para as instituições de ensino manterem os alunos em uma espécie de prisão burocrática que diz atuar em princípios andragógicos/heutagógicos mas, que, na prática, podem vê-los a partir da lente da pedagogia?

Como se pode pensar em um ensino que alcance princípios que, de fato, entendam o ser humano na sua totalidade se, aparentemente, não há um padrão no que é ensinado?

Sob quais aspectos a estrutura curricular na forma de grade inviabiliza a adoção de abordagens interdisciplinares e o quanto isto dificulta o cumprimento das DCN?

Ainda que se respeite as especificidades da localização onde os cursos ocorrem (inclusive, se trata de diretriz nas DCN), como poderiam os médicos manterem um diálogo profícuo sobre a integralidade na saúde já que tenderiam partir de premissas distintas dada a diferença entre os cursos?

Sob quais argumentos a formulação de uma grade pode se distanciar do paciente, para ensinar aspectos relacionados a negócios como áreas obrigatórias, relegando aprofundamento sobre saúde à condição de disciplinas eletivas?

Parece ser notório que a configuração dos cursos em grade em futuro próximo não será mais a melhor solução, principalmente como a avanço dos conceitos de integralidade, interprofissionalidade e interdisciplinaridade, permeados pelo direcionamento à educação permanente. Seria, então, possível conceber cursos complementares abordando processos alternativos de tratamentos, inclusive com base no PNIPIC?

Neste sentido, o quanto a ausência das universidades na absorção de áreas do PNIPIC geram lacunas importantes no atendimento integral do paciente e, pior, abre espaço para toda sorte de curiosos prestando atendimento, o que acaba gerando um círculo vicioso, uma vez que os profissionais médicos não recebem estes conhecimentos e podem desacreditá-los em vista do amadorismo de muitos que os oferecem? Como as IES contornariam cânones consagrados para incorporarem novas práticas e novas abordagens de tratamento?

Todas estas questões propiciam um vasto arcabouço para pesquisas a fim de haver compartilhamento de práticas, entendimento das dificuldades e redefinição de condutas para a revisão e atualização das estratégias e diretrizes de ensino.

5. Conclusão

Este trabalho se propôs a debater o papel da interdisciplinaridade na educação em saúde com vista ao entendimento do indivíduo como um ser integral. Não foi pretensão aqui colocar na berlinda, sob um ponto meramente crítico, a constituição das grades curriculares, já que derivam de um processo histórico de fragmentação e que, reconhecidamente, é uma estrutura formal complexa para alteração e implementação, considerando uma nova filosofia.

Isto posto, o intuito foi sinalizar a importância para que ocorra um debate a fim de que, por meio de educação complementar, e levando em conta a premissa do *lifelong learning*, premissa esta emanada nas próprias DCN na forma de auto-responsabilidade pela educação continuada, os profissionais possam mergulhar em novas searas do conhecimento que, em absoluto, maculariam sua formação original. Ao contrário, lhes asseguraria um entendimento mais abrangente do indivíduo como um ser saudável que encontra na doença um percalço a ser transposto. Todavia, o próprio conceito de aprendizagem para a vida toda ainda não está completamente absorvido a ponto de gerar ações seja de alunos ou mesmo pela disponibilização pelas universidades de um planejamento para prover uma variedade de cursos extracurriculares que mantenha o aluno em contínuo movimento.

O que não se dirá sobre a absorção do conceito de *onlearning*, quando as pessoas tendem a menosprezar oportunidades de aprendizado em detrimento de outras atividades, negligenciando-as.

O profissional deve ser um condutor formado para uma ideia de saúde mais ampla, para que possa ressignificar a ocorrência da doença para o indivíduo que está passando por ela. Amenizar o sofrimento, em todas as instâncias, para o indivíduo deve ser o cerne da educação.

E quanto ao propósito da vida? Tratar o indivíduo sem entender o propósito que tem não o vê e à sua totalidade. Este entendimento eleva a possibilidade para que o próprio profissional da saúde, entenda o seu propósito.

O profissional de saúde tem que entender isto para que possa construir um sentido e um propósito para o próprio paciente. Se não, por que condenar o paciente a exclusão de seu propósito?

Se o paciente é tratado como sendo ele mesmo a doença, acaba sendo condenado a tomar um remédio pelo resto da vida, onde fica-lhe demonstrado que ele não se cuidando vai morrer.

Todos morrerão por alívio, descuido, negligência de outros ou como o fim em si mesmo. Todos vão morrer. Assim, dizer ao paciente que ele vai morrer não seria mais uma ameaça do que uma demonstração de cuidado?

Voltando-se para o propósito não conseguiria melhor resposta no tratamento, na medida em que o paciente se firmasse nele para lutar?

Se o doente perceber que uma cirurgia bem sucedida também gera um pós-trauma, não seria profícuo pensar que a terapia deve ser conduzida para que leve a pessoa à ação, ao movimento?

Onde castramos o paciente? Quando a doença é chancelada e ratificada como sendo o foco, onde o paciente passa a ser a doença, o que cria para ele condições limitadoras. É fundamental que sejam geradas condições para que o paciente ponha-se em movimento, assumindo a autonomia que lhe é de direito e atribuindo-lhe a responsabilidade que tem para consigo.

É importante conceber um diagnóstico preciso, ajudado ou não por terceiros, sabendo como conduzir o paciente às condições para que redesenhe seu propósito e viva bem, mesmo com as limitações.

Ao invés da alta especialidade, olhar o todo. E olhar o ser humano integral que está ali.

Entender o propósito obrigatoriamente implicaria na interdisciplinaridade na educação, o que favoreceria apoiar o paciente como um ser integral, assim como se espera e é preconizado pelas Diretrizes. Propostas de disciplinas que tenham como princípio tratar o doente e não a doença, a partir de uma abordagem que integre, inclusive, áreas emanadas na PNPIC, muitas das quais procuradas informalmente pelos pacientes diante da angústia da doença, ou de forma preventiva, como mecanismos para evitar a medicina convencional.

Ficaremos à deriva se isto não for ensinado. É uma lacuna significativa para a educação.

Este trabalho não pretendeu apresentar respostas, mas levantar questões para debate. Espera-se que seja uma semente para a construção de um ensino original, ímpar, humano e, sobretudo, que alcance todo tipo de indivíduo, independente de quem seja ou sua condição em todos os sentidos.

Assim, sugere-se que sejam realizados debates nas universidades até mesmo para que se possa verificar, *in loco*, as estratégias e resultados desta reformulação do pensar a educação em saúde.

Deve-se pontuar também que o trabalho não pretendeu generalizar reflexões, mesmo porque foram apenas avaliadas grades de IES públicas e dos cursos de Medicina, e não de outras formações ou de instituições privadas. Além disto, dada a abrangência e proposta da linha de abordagem não houve possibilidade de articulação total com outros trabalhos já que não foram encontradas publicações com o mesmo escopo.

Fica claro que não existem dados palpáveis para que se afira os resultados das iniciativas de adoção da interdisciplinaridade, interprofissionalidade e outros indicadores que representariam a adoção de métodos heurísticos na educação, ou da perspectiva de propósito ou integralidade. Para tanto, a recomendação seria a avaliação de ementas, a partir de estudos de caso, ou a pela aplicação de um instrumento de pesquisa junto a todas universidades na área de saúde, que abarcasse os assuntos e que pudesse ser distribuído para análise posterior de forma quantitativa. Seria a forma de se ter uma visão mais nítida quanto ao que, de fato, ocorre.

Como este trabalho procurou instigar a reflexão, razão pela qual apresentou-se como um ensaio, não foi intuito aqui apresentar respostas, mas provocar o debate.

Finalmente, apenas a adoção de princípios heurísticos, estimulando o aluno a seguir aprendendo pela vida, a hora que for e como for, é o que lapidará sua percepção de que o desenvolvimento contínuo o tornará mais sensível, inclusive na conduta com outros seres humanos e, para quem sabe, se conscientizem, inclusive, das próprias limitações, e do próprio propósito, dizendo a si mesmos, assim como Sócrates: “só sei que nada sei” e, assim, continuar aprendendo na vida e com a vida de seus pacientes.

6. Referências

Nações Unidas Brasil. OPAS/OMS Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Acesso em 21/01/2020. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/agencia/opasoms/>.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT. Acesso em 21/01/2020. Disponível em: <http://saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde - PNS, Tabelas de doenças crônicas, 2013. Acesso em 21/01/2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=9161&t=resultados>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 92 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). Acesso em 21/01/2020. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p. Acesso em 21/01/2020. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2. ed., 2. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 44 p. Acesso em 21/01/2020. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação**, Ponta Grossa, 10(2): 435-442, 2010. Acesso em 11/10/2020. Disponível em <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>>.

SILVA, J. M., A unidade como critério de conhecimento e ação. IN BERKENBROCK-ROSITO, M. M.; HAAS, C. M (org.), **Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: políticas e práticas de formação de professores**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2014.

ALMEIDA, J. G., Interdisciplinaridade: a construção de significado da docência em contextos organizacionais. IN BERKENBROCK-ROSITO, M. M.; HAAS, C. M (org.), **Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: políticas e práticas de formação de professores**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2014.

CHOI Bernard C.K., PAK, Anita W.P.. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. **Clin Invest Med** • Vol 29, no 6, December 2006. Acesso em 20/10/2020. Disponível em:<Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. | Semantic Scholar>.

PATRUNI, Anna Paula Cardoso de Paula, VOLPATO, Elaine Cristina Francisco. A interdisciplinaridade e a totalidade como forma de superação da fragmentação do conhecimento. IN FREITAS, Ernani Cesar de, SARAIVA, Juracy Assmann, HAUBRICH Gislene Feiten (org.), **Diálogos interdisciplinares: cultura, comunicação e diversidade no contexto contemporâneo**, 2. ed., Novo Hamburgo: Feevale, 2017. Acesso em 20/06/2020 Disponível em:<<https://www.feevale.br/Comum/midias/339adbfd-20e5-4a6c-8d0e-837d20377b4c/Di%C3%A1logos%20Interdisciplinares-2-edicao.pdf>>.

FREITAS, Eduardo C., Apresentação. IN FREITAS, Ernani Cesar de, SARAIVA, Juracy Assmann, HAUBRICH Gislene Feiten (org.), **Diálogos interdisciplinares: cultura, comunicação e diversidade no contexto contemporâneo**, 2. ed., Novo Hamburgo: Feevale, 2017. Acesso em 20/06/2020. Disponível em:<<https://www.feevale.br/Comum/midias/339adbfd-20e5-4a6c-8d0e-837d20377b4c/Di%C3%A1logos%20Interdisciplinares-2-edicao.pdf>>.

THIESEN, Juarez da Silva. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação**. v. 13 n. 39 set./dez. 2008. Acesso em 27/08/2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v13n39/10.pdf>>.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FURLANETO, E. C., Interdisciplinaridade: uma epistemologia de fronteiras. IN BERKENBROCK-ROSITO, M. M.; HAAS, C. M (org.), **Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: políticas e práticas de formação de professores**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2014.

JAPIASSU, Hilton e MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia**. São Paulo: Editora Zahar, 1990.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. INTERDISCIPLINARIDADE: FUNCIONALIDADE OU UTOPIA? **Saúde e Sociedade**, 3(2),42-64, 1994. Acesso em 20/06/2020. Disponível em:< [interdisciplinaridade-minayo.pdf](#) (pucsp.br)>.

SCLIAR, M..História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Acesso em 31/01/2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>.

OMS. CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Acesso em 25/01/2020. Disponível em: <https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1>.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997. Acesso em 25/01/2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>>.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, Apr. 2004. Acesso em 25/01/2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>>.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41:1403-10. Acesso em 31/01/2021. Disponível em < The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization - ScienceDirect>.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46:1569-85. Acesso em 31/01/2021. Disponível em: < PII: S0277953698000094 (hku.hk)>.

SCHUTTINGA, J, A., Quality of life from a federal regulatory perspective. IN: DIMSDALE, J. E., BAUM, A., editors. **Quality os life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995. p.31-42

KAPLAN, R. M., Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health – care crisis. IN: DIMSDALE, J. E., BAUM, A., editors. **Quality os life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995. p.3-30

VALENTE, G. B. **A questão da simbolização na psicossomática**: Estudo com pacientes portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e de transtorno do pânico, 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo. Acesso em 31/01/2020. Disponível em <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26102012-153618/publico/valente_me.pdf>.

AVILA, Lazslo Antonio. O corpo, a subjetividade e a psicossomática. *Tempo psicanal.*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 51-69, jun. 2012. Acesso em 25/01/2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000100004>.

DSM-5 – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed – 2014.

REIS, Kelly Specht dos, GODINHO, Lucia Belina Rech. Psicossomática: uma visão holística do homem. **Canoas**, v. 6, n. 1, 2018. Acesso em 25/01/2021. Disponível em: <<https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Cippus/article/view/3977/pdf>>.

CRUZ, Marina Zuanazzi Cruz, PEREIRA JUNIOR, Alfredo. Corpo, mente e emoções: referenciais teóricos da psicossomática. **Rev. Simbio-Logias**, v.4, n.6, Dez/ 2011. Acesso em 31/01/2021. Disponível em: <(Microsoft Word - Corpo Mente e Emo\347\365es) (unesp.br)>.

ZORZANELLI, R. T. Sobre os diagnósticos das doenças sem explicação médica. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 16, n. 1, p. 25–31, 2011. Acesso em 25/01/2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n1/a04v16n1.pdf>>.

ANGERAMI, V. A.. **Psicossomática e suas interfaces** – O processo silencioso do adoecimento. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

ZIMERMAN, D. E.. **Manual da Técnica Psicanalítica, uma revisão**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

RIBEIRO, CC, YASSUDA, M.S., NERI, A.L.. Propósito de vida em adultos e idosos: Revisão integrativa.. **Cien Saude Colet [periódico na internet]** (2018/Out). Acesso em 25/01/2021. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/proposito-de-vida-em-adultos-e-idosos-revisao-integrativa/17008?id=17008>>.

FRANKL, Viktor E.. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração, Tradução de Walter O. Schlupp e Carlos C. Aveline. Porto Alegre, Sulina, 1987; São Leopoldo, Sinodal, 1987. 174p, 2lcm. Acesso em 15/09/2020. Disponível em:<Em Busca de Sentido (ufg.br)>.

KNOWLES, M. S. Aprendizagem de resultados: uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa / Malcolm S. Knowles, Elwood F. Holton III, Richard A. Swanson; tradução Sabine Alexandra Holler. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. Recurso digital. Acesso em 23/05/2021. Disponível em:<(PDF) [Aprendizagem de Resultados - Malcolm Knowles | Renata Gagetti - Academia.edu](#)>

KNOWLES, Malcolm S., HOLTON III, Elwood F., SWANSON, Richard A.. **The adult learner : the definitive classic in adult education and human resource development**. Burlington: Elsevier, 2005. 6th ed.

ROCHA, Enilton Ferreira. Os dez pressupostos andragógicos da aprendizagem do adulto: um olhar diferenciado na educação do adulto. Abril, 2012. Acesso em 23/05/2021. Disponível em:<[os 10 pressupostos andragogicos ENILTON.pdf \(abed.org.br\)](#)>.

GIL, Antonio Carlos. **Didática do ensino superior**. São Paulo: Atlas, 2015.

MARQUES, Renata Coentrão, DUARTE, Cleia Zanatta Clavery Guarnido. Heutagogia: o ensino superior no brasil e o mercado de trabalho. **Rev.**

Augustus | ISSN: 1981-1896 | Rio de Janeiro | v.26 | n. 53 | mar. /jun.2021 | p. 84-109. Acesso em 25/05/2021. Disponível em: <[HEUTAGOGIA: o ensino superior no Brasil e o mercado de trabalho | Revista Augustus \(unisuam.edu.br\)](http://www.unisuam.edu.br)>.

BLASCHKE, Lisa Marie. Heutagogy and lifelong learning: A review of heutagogical practice and self-determined learning. **The International Review of Research in Open and Distance Learning**. Vol 13, No 1, Research Articles, January 2012. Acesso em : 30/01/2021. Disponível em: <<http://www.irrodl.org/index.php/irrodl/article/view/1076/2113>>.

LAALA, Marjan. Lifelong learning: What does it mean? **Procedia - Social and Behavioral Sciences** 28 (2011) 470 – 4741877-0428 Acesso em 30/01/2021. Disponível em: <(PDF) [Lifelong Learning: What does it Mean? \(researchgate.net\)](https://www.researchgate.net/publication/266111111)>.

UNESCO Institute for Lifelong Learning. Terceiro relatório global sobre aprendizagem e educação de adultos. -- Brasília : UNESCO, 2016. 156 p., ilus. Acesso em 31/01/2021. Disponível em: <[3º relatório global sobre aprendizagem e educação de adultos: o impacto da aprendizagem e da educação de adultos na saúde e no bem-estar, no emprego e no mercado de trabalho e na vida social, cívica e comunitária; 2016 \(educacaointegral.org.br\)](http://educacaointegral.org.br)>.

BRAGA, Celso Teixeira. Lifelong learning – aprender para a vida. 1a Ed, Outubro 2018 Bridge Soluções em Desenvolvimento Humano Ltda (publicação on-line). Acesso em 31/01/2021. Disponível em: <[ebook-lifelong-learning-aprender-para-vida.pdf \(channel360.com.br\)](http://channel360.com.br)>.

SECURATO, José Cláudio. **Onlearning** – como a educação disruptiva reinventa a aprendizagem. São Paulo: Saint Paul Editora, 2017.

WHO (World Health Organization). Global strategy on human resources for health: workforce 2030. I. World Health Organization 2016. Acesso em 27/08/2020. Disponível em: <[9789241511131-eng.pdf;jsessionid=878F98BC7EFCC3E4ED74F5F6252D93F9 \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131-eng.pdf;jsessionid=878F98BC7EFCC3E4ED74F5F6252D93F9)>.

França, Tânia et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2017, v. 22, n. 6. pp. 1817-1828. Acesso em 25/01/2020, Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n6/1817-1828/pt>>.

BARR, H., LOW, H.. **Introdução à Educação Interprofissional**. Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE), Julho de 2013. Acesso em 15/08/2020. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1kUecVVR6Z57Y4K08ajOEPEACWk6dgHF0/view>>.

OANDASAN, Ivy, REEVES, Scott. Key Elements of Interprofessional Education. Part 2: Factors, Processes and Outcomes. **Journal of Interprofessional Care** 19 Suppl 1(Suppl 1):39-48. May 2005. Acesso em 15/08/2020. Disponível em: <

https://www.researchgate.net/publication/7664591_Key_Elements_of_Interprofesional_Education_Part_2_Factors_Processes_and_Outcomes>.

GONÇALVES, Cláudia Brandão et al. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde em Debate [online]**. v. 43, n. spe1, pp. 12-23. Acesso em 2/02/2020. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe1/12-23>>.

WHO, World Health Organization. WHO Health Work Force 2030: towards a global strategy on human resources for health world Health Organization; 2015. Acesso em 15/08/2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Brasília; Ministério da Saúde; 2017. 46 p. tab.* Acesso em 18/08/2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-965134>>.

HAAS, C. M., Projetos pedagógicos interdisciplinares: práticas experimentadas. IN BERKENBROCK-ROSITO, M. M.; HAAS, C. M (org.), **Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: políticas e práticas de formação de professores**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2014.

WOEZIKA, Tamara van et al. How to encourage a lifelong learner? The complex relation between learning strategies and assessment in a medical curriculum. **Assessment & evaluation in higher education** 2020, VOL. 45, NO. 4, 513–526. Acesso em 30/01/2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/02602938.2019.1667954><https://www.tandfonline.com/doi/epub/10.1080/02602938.2019.1667954?needAccess=true>>.

DCN, Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11. Acesso em 15/08/2020. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>.

ANEXO

ANEXO A- Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Graduação em Medicina

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR**

RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014 ⁽¹⁾

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no art. 9º, § 2º, alínea “c”, da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, com a redação dada pela Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, com fundamento no Parecer CNE/CES nº 116/2014, homologado por Despacho do Senhor Ministro de Estado da Educação, publicado no DOU de 6 de junho de 2014, e considerando o estabelecido na Lei de criação do Sistema Único de Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 e na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013,

RESOLVE:

**CAPÍTULO I
DAS DIRETRIZES**

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização, desenvolvimento e avaliação do Curso de Medicina, no âmbito dos sistemas de ensino superior do país.

Art. 2º As DCNs do Curso de Graduação em Medicina estabelecem os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em Medicina.

Parágrafo único. O Curso de Graduação em Medicina tem carga horária mínima de 7.200 (sete mil e duzentas) horas e prazo mínimo de 6 (seis) anos para sua integralização.

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Art. 4º Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas:

- I - Atenção à Saúde;
- II - Gestão em Saúde; e
- III - Educação em Saúde.

**Seção I
Da Atenção à Saúde**

Art. 5º Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual,

⁽¹⁾ Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.

socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar:

I - acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS);

II - integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde;

III - qualidade na atenção à saúde, pautando seu pensamento crítico, que conduz o seu fazer, nas melhores evidências científicas, na escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades e nas políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes.

IV - segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a si mesmo e aos profissionais do sistema de saúde, com base em reconhecimento clínico-epidemiológico, nos riscos e vulnerabilidades das pessoas e grupos sociais.

V - preservação da biodiversidade com sustentabilidade, de modo que, no desenvolvimento da prática médica, sejam respeitadas as relações entre ser humano, ambiente, sociedade e tecnologias, e contribua para a incorporação de novos cuidados, hábitos e práticas de saúde;

VI - ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico;

VII - comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

VIII - promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde;

IX - cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado; e

X - Promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas com deficiência, compreendendo os diferentes modos de adoecer, nas suas especificidades.

Seção II Da Gestão em Saúde

Art. 6º Na Gestão em Saúde, a Graduação em Medicina visa à formação do médico capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem estar da comunidade, por meio das seguintes dimensões:

I - **Gestão do Cuidado**, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos;

II - Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo;

III - Tomada de Decisões, com base na análise crítica e contextualizada das evidências científicas, da escuta ativa das pessoas, famílias, grupos e comunidades, das políticas públicas sociais e de saúde, de modo a racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos, insumos e medicamentos, de modo a produzir melhorias no acesso e na qualidade integral à saúde da população e no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação que retroalimentam as decisões;

IV - Comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TICs), para interação a distância e acesso a bases remotas de dados;

V - Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade,

VI - Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde;

VII - Construção participativa do sistema de saúde, de modo a compreender o papel dos cidadãos, gestores, trabalhadores e instâncias do controle social na elaboração da política de saúde brasileira; e

VIII - Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade, boa prática clínica e responsável, incrementando o sistema de acesso, com equidade, efetividade e eficiência, pautando-se em princípios humanísticos, éticos, sanitários e da economia na saúde.

Seção III Da Educação em Saúde

Art. 7º Na Educação em Saúde, o graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde, e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional, objetivando:

I - aprender a aprender, como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes;

II - aprender com autonomia e com a percepção da necessidade da educação continuada, a partir da mediação dos professores e profissionais do Sistema Único de Saúde, desde o primeiro ano do curso;

III - aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde;

IV - aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico;

V - comprometer-se com seu processo de formação, envolvendo-se em ensino, pesquisa e extensão e observando o dinamismo das mudanças sociais e científicas que afetam o cuidado e a formação dos profissionais de saúde, a partir dos processos de autoavaliação e de avaliação externa dos agentes e da instituição, promovendo o conhecimento sobre as escolas médicas e sobre seus egressos;

VI - propiciar a estudantes, professores e profissionais da saúde a ampliação das oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho, por meio da participação em programas de Mobilidade Acadêmica e Formação de Redes Estudantis, viabilizando a identificação de novos desafios da área, estabelecendo compromissos de corresponsabilidade com o cuidado com a vida das pessoas, famílias, grupos e comunidades, especialmente nas situações de emergência em saúde pública, nos âmbitos nacional e internacional; e

VII - dominar língua estrangeira, de preferência língua franca, para manter-se atualizado com os avanços da Medicina conquistados no país e fora dele, bem como para interagir com outras equipes de profissionais da saúde em outras partes do mundo e divulgar as conquistas científicas alcançadas no Brasil.

CAPÍTULO II DAS ÁREAS DE COMPETÊNCIA DA PRÁTICA MÉDICA

Art. 8º Para permitir a transformação das Diretrizes previstas no Capítulo I e os componentes curriculares contidos no Capítulo III desta Resolução em efetivas práticas competentes, adequadas e oportunas, as iniciativas e ações esperadas do egresso, agrupar-se-ão nas respectivas Áreas de Competência, a seguir relacionadas:

- I - Área de Competência de Atenção à Saúde;
- II - Área de Competência de Gestão em Saúde; e
- III - Área de Competência de Educação em Saúde.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Resolução, competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Seção I Da Área de Competência Atenção à Saúde

Art. 9º A Área de Competência Atenção à Saúde estrutura-se em 2 (duas) subáreas:

- I - Atenção às Necessidades Individuais de Saúde; e
- II - Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva.

Art. 10. A Atenção às Necessidades Individuais de Saúde compõe-se de 2 (duas) ações-chave:

- I - Identificação de Necessidades de Saúde; e
- II - Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos.

Art. 11. A Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva desdobra-se em 2 (duas) ações-chave:

- I - Investigação de Problemas de Saúde Coletiva; e
- II - Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva.

Subseção I
Da Atenção às Necessidades Individuais de Saúde

Art. 12. A ação-chave Identificação de Necessidades de Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

I - Realização da História Clínica:

- a) estabelecimento de relação profissional ética no contato com as pessoas sob seus cuidados, familiares ou responsáveis;
- b) identificação de situações de emergência, desde o início do contato, atuando de modo a preservar a saúde e a integridade física e mental das pessoas sob cuidado;
- c) orientação do atendimento às necessidades de saúde, sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa;
- d) utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, estimulando o relato espontâneo da pessoa sob cuidados, tendo em conta os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sociofamiliares, assegurando a privacidade e o conforto;
- e) favorecimento da construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado;
- f) identificação dos motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde-doença;
- g) orientação e organização da anamnese, utilizando o raciocínio clínico-epidemiológico, a técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas;
- h) investigação de sinais e sintomas, repercussões da situação, hábitos, fatores de risco, exposição às iniquidades econômicas e sociais e de saúde, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares; e
- i) registro dos dados relevantes da anamnese no prontuário de forma clara e legível.

II - Realização do Exame Físico:

- a) esclarecimento sobre os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos, obtendo consentimento da pessoa sob seus cuidados ou do responsável;
- b) cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto da pessoa sob seus cuidados;
- c) postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, palpitação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência; e
- d) esclarecimento, à pessoa sob seus cuidados ou ao responsável por ela, sobre os sinais verificados, registrando as informações no prontuário, de modo legível.

III - Formulação de Hipóteses e Priorização de Problemas:

- a) estabelecimento de hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e exames clínicos;
- b) prognóstico dos problemas da pessoa sob seus cuidados, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes;
- c) informação e esclarecimento das hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis;

d) estabelecimento de oportunidades na comunicação para mediar conflito e conciliar possíveis visões divergentes entre profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis; e

e) compartilhamento do processo terapêutico e negociação do tratamento com a possível inclusão das práticas populares de saúde, que podem ter sido testadas ou que não causem dano.

IV - Promoção de Investigação Diagnóstica:

a) proposição e explicação, à pessoa sob cuidado ou responsável, sobre a investigação diagnóstica para ampliar, confirmar ou afastar hipóteses diagnósticas, incluindo as indicações de realização de aconselhamento genético.

b) solicitação de exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, conforme as necessidades da pessoa sob seus cuidados, avaliando sua possibilidade de acesso aos testes necessários;

c) avaliação singularizada das condições de segurança da pessoa sob seus cuidados, considerando-se eficiência, eficácia e efetividade dos exames;

d) interpretação dos resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa sob seus cuidados; e

e) registro e atualização, no prontuário, da investigação diagnóstica, de forma clara e objetiva.

Art. 13. A ação-chave **Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos** comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

I - Elaboração e Implementação de Planos Terapêuticos:

a) estabelecimento, a partir do raciocínio clínico-epidemiológico em contextos específicos, de planos terapêuticos, contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação;

b) discussão do plano, suas implicações e o prognóstico, segundo as melhores evidências científicas, as práticas culturais de cuidado e cura da pessoa sob seus cuidados e as necessidades individuais e coletivas;

c) **promoção do diálogo entre as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável, e as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando a pessoa sob seus cuidados a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado;**

d) estabelecimento de pacto sobre as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário;

e) implementação das ações pactuadas e disponibilização das prescrições e orientações legíveis, estabelecendo e negociando o acompanhamento ou encaminhamento da pessoa sob seus cuidados com justificativa;

f) informação sobre situações de notificação compulsória aos setores responsáveis;

g) consideração da relação custo-efetividade das intervenções realizadas, explicando-as às pessoas sob cuidado e familiares, tendo em vista as escolhas possíveis;

h) atuação autônoma e competente nas situações de emergência mais prevalentes de ameaça à vida; e

i) exercício competente em defesa da vida e dos direitos das pessoas.

II - Acompanhamento e Avaliação de Planos Terapêuticos:

a) acompanhamento e avaliação da efetividade das intervenções realizadas e consideração da avaliação da pessoa sob seus cuidados ou do responsável em relação aos resultados obtidos, analisando dificuldades e valorizando conquistas;

b) favorecimento do envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos;

c) revisão do diagnóstico e do plano terapêutico, sempre que necessário;

d) explicação e orientação sobre os encaminhamentos ou a alta, verificando a compreensão da pessoa sob seus cuidados ou responsável; e

e) registro do acompanhamento e da avaliação do plano no prontuário, buscando torná-lo um instrumento orientador do cuidado integral da pessoa sob seus cuidados.

Subseção II **Da Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva**

Art. 14. A ação-chave Investigação de Problemas de Saúde Coletiva comporta o desempenho de Análise das Necessidades de Saúde de Grupos de Pessoas e as Condições de Vida e de Saúde de Comunidades, a partir de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde, com os seguintes descritores:

I - acesso e utilização de dados secundários ou informações que incluam o contexto político, cultural, discriminações institucionais, socioeconômico, ambiental e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e baseado na determinação social no processo saúde-doença, assim como seu enfrentamento;

II - relacionamento dos dados e das informações obtidas, articulando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais relacionados ao adoecimento e à vulnerabilidade de grupos; e

III - estabelecimento de diagnóstico de saúde e priorização de problemas, considerando sua magnitude, existência de recursos para o seu enfrentamento e importância técnica, cultural e política do contexto.

Art. 15. A ação-chave Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva comporta os seguintes descritores de seu desempenho único:

I - participação na discussão e construção de projetos de intervenção em grupos sociais, orientando-se para melhoria dos indicadores de saúde, considerando sempre sua autonomia e aspectos culturais;

II - estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde;

III - estímulo à inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos na elaboração dos projetos em saúde;

IV - promoção do desenvolvimento de planos orientados para os problemas prioritizados;

V - participação na implementação de ações, considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade; e

VI - participação no planejamento e avaliação dos projetos e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), prestando contas e promovendo ajustes, orientados à melhoria da saúde coletiva.

Seção II **Da Área de Competência Gestão em Saúde**

Art. 16. A Área de Competência Gestão em Saúde estrutura-se em 2 (duas) ações-chave:

I - Organização do Trabalho em Saúde; e

II - Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde.

Subseção I
Da Organização do Trabalho em Saúde

Art. 17. A ação-chave Organização do Trabalho em Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

I - Identificação do Processo de Trabalho:

a) identificação da história da saúde, das políticas públicas de saúde no Brasil, da Reforma Sanitária, dos princípios do SUS e de desafios na organização do trabalho em saúde, considerando seus princípios, diretrizes e políticas de saúde;

b) 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, integralidade e continuidade da atenção;

c) utilização de diversas fontes para identificar problemas no processo de trabalho, incluindo a perspectiva dos profissionais e dos usuários e a análise de indicadores e do modelo de gestão, de modo a identificar risco e vulnerabilidade de pessoas, famílias e grupos sociais;

d) incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade, favorecendo sua maior autonomia na decisão do plano terapêutico, respeitando seu processo de planejamento e de decisão considerando-se, ainda, os seus valores e crenças;

e) trabalho colaborativo em equipes de saúde, respeitando normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético-profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde;

f) participação na priorização de problemas, identificando a relevância, magnitude e urgência, as implicações imediatas e potenciais, a estrutura e os recursos disponíveis; e

g) abertura para opiniões diferentes e respeito à diversidade de valores, de papéis e de responsabilidades no cuidado à saúde.

II - Elaboração e Implementação de Planos de Intervenção:

a) participação em conjunto com usuários, movimentos sociais, profissionais de saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores na elaboração de planos de intervenção para o enfrentamento dos problemas priorizados, visando melhorar a organização do processo de trabalho e da atenção à saúde;

b) apoio à criatividade e à inovação, na construção de planos de intervenção;

c) participação na implementação das ações, favorecendo a tomada de decisão, baseada em evidências científicas, na eficiência, na eficácia e na efetividade do trabalho em saúde; e

d) participação na negociação e avaliação de metas para os planos de intervenção, considerando as políticas de saúde vigentes, os colegiados de gestão e de controle social.

Art. 18. A ação-chave Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores:

I - Gerenciamento do Cuidado em Saúde:

a) promoção da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, articulando as ações de cuidado, no contexto dos serviços próprios e conveniados ao SUS;

b) utilização das melhores evidências e dos protocolos e diretrizes cientificamente reconhecidos, para promover o máximo benefício à saúde das pessoas e coletivos, segundo padrões de qualidade e de segurança; e

c) favorecimento da articulação de ações, profissionais e serviços, apoiando a implantação de dispositivos e ferramentas que promovam a organização de sistemas integrados de saúde.

II - Monitoramento de Planos e Avaliação do Trabalho em Saúde:

- a) participação em espaços formais de reflexão coletiva sobre o processo de trabalho em saúde e sobre os planos de intervenção;
- b) monitoramento da realização de planos, identificando conquistas e dificuldades;
- c) avaliação do trabalho em saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação e certificação;
- d) utilização dos resultados da avaliação para promover ajustes e novas ações, mantendo os planos permanentemente atualizados e o trabalho em saúde em constante aprimoramento;
- e) formulação e recepção de críticas, de modo respeitoso, valorizando o esforço de cada um e favorecendo a construção de um ambiente solidário de trabalho; e
- f) estímulo ao compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura organizacional, no sentido da defesa da cidadania e do direito à saúde.

Seção III

Da Área de Competência de Educação em Saúde

Art. 19. A Área de Competência de Educação em Saúde estrutura-se em 3 (três) ações-chave:

I - Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva;

II - Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento; e

III - Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos.

Subseção I

Da Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva

Art. 20. A ação-chave Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva comporta os seguintes desempenhos:

I - estímulo à curiosidade e ao desenvolvimento da capacidade de aprender com todos os envolvidos, em todos os momentos do trabalho em saúde; e

II - identificação das necessidades de aprendizagem próprias, das pessoas sob seus cuidados e responsáveis, dos cuidadores, dos familiares, da equipe multiprofissional de trabalho, de grupos sociais ou da comunidade, a partir de uma situação significativa e respeitando o conhecimento prévio e o contexto sociocultural de cada um.

Subseção II

Da Ação-chave Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento

Art. 21. A ação-chave Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento comporta os seguintes desempenhos:

I - postura aberta à transformação do conhecimento e da própria prática;

II - escolha de estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades de aprendizagem identificadas, considerando idade, escolaridade e inserção sociocultural das pessoas;

III - orientação e compartilhamento de conhecimentos com pessoas sob seus cuidados, responsáveis, familiares, grupos e outros profissionais, levando em conta o interesse de cada segmento, no sentido de construir novos significados para o cuidado à saúde; e

IV - estímulo à construção coletiva de conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho, propiciando espaços formais de educação continuada, participando da formação de futuros profissionais.

Subseção III

Da Ação-chave Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos

Art. 22. A ação-chave Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos comporta os seguintes desempenhos:

I - utilização dos desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses e buscando dados e informações;

II - análise crítica de fontes, métodos e resultados, no sentido de avaliar evidências e práticas no cuidado, na gestão do trabalho e na educação de profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, famílias e responsáveis;

III - identificação da necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde, a partir do diálogo entre a própria prática, a produção científica e o desenvolvimento tecnológico disponíveis; e

IV - favorecimento ao desenvolvimento científico e tecnológico voltado para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da sociedade.

CAPÍTULO III

DOS CONTEÚDOS CURRICULARES E DO PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Art. 23. Os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde, contemplando:

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-pessoa sob cuidado;

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;

VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte), bem como das atividades físicas, desportivas e das relacionadas ao meio social e ambiental;

VII - abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com

deficiência, educação ambiental, ensino de Libras (Língua Brasileira de Sinais), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena; e

VIII - compreensão e domínio das novas tecnologias da comunicação para acesso a base remota de dados e domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira, que seja, preferencialmente, uma língua franca.

Art. 24. A formação em Medicina incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, sob supervisão, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme previsto no art. 12 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

§ 1º A preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da Instituição de Educação Superior (IES);

§ 2º A carga horária mínima do estágio curricular será de 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina.

§ 3º O mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato.

§ 4º Nas atividades do regime de internato previsto no parágrafo anterior e dedicadas à Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, deve predominar a carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica sobre o que é ofertado nos serviços de Urgência e Emergência.

§ 5º As atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade.

§ 6º Os 70% (setenta por cento) da carga horária restante do internato incluirão, necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades eminentemente práticas e com carga horária teórica que não seja superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio, em cada uma destas áreas.

§ 7º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar a realização de até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para o estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES, 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, ou em outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

§ 8º O colegiado acadêmico de deliberação superior da IES poderá autorizar, em caráter excepcional, percentual superior ao previsto no parágrafo anterior, desde que devidamente motivado e justificado.

§ 9º O total de estudantes autorizados a realizar estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES não poderá ultrapassar o limite de 50% (cinquenta por cento) das vagas do internato da IES para estudantes da mesma série ou período.

§ 10. Para o estágio obrigatório em regime de internato do Curso de Graduação em Medicina, assim caracterizado no Projeto Pedagógico de Curso (PPC), a jornada semanal de prática compreenderá períodos de plantão que poderão atingir até 12 (doze) horas diárias, observado o limite de 40 (quarenta) horas semanais, nos termos da Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, que dispõe sobre o estágio de estudantes.

§ 11. Nos estágios obrigatórios na área da saúde, quando configurar como concedente do estágio órgão do Poder Público, poderão ser firmados termos de compromisso sucessivos, não ultrapassando a duração do curso, sendo os termos de compromisso e respectivos planos de estágio atualizados ao final de cada período de 2 (dois) anos, adequando-se à evolução acadêmica do estudante.

Art. 25. O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá ser construído coletivamente, contemplando atividades complementares, e a IES deverá criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais ou a distância, como monitorias, estágios, programas de iniciação científica, programas de extensão, estudos complementares e cursos realizados em áreas afins.

Art. 26. O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência.

Art. 27. O Projeto Pedagógico que orientará o Curso de Graduação em Medicina deverá contribuir para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas e práticas nacionais e regionais, inseridas nos contextos internacionais e históricos, respeitando o pluralismo de concepções e a diversidade cultural.

Parágrafo único. O Currículo do Curso de Graduação em Medicina incluirá 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. 28. A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado de curso, que indicará sua modalidade e periodicidade.

Art. 29. 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 identificadas pelo setor saúde;

II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão;

III - incluir dimensões ética e humanística, desenvolvendo, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos;

IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais;

V - criar 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 profissional com perfil generalista;

VI - inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem;

VII - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VIII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, proporcionando-lhe a oportunidade de 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;

IX - vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS;

X - promover a integração do PPC, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do

SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e interprofissional, coadunando problemas reais de saúde da população;

Art. 30. A implantação e desenvolvimento das DCNs do Curso de Graduação em Medicina deverão ser acompanhadas, monitoradas e permanentemente avaliadas, em caráter sequencial e progressivo, a fim de acompanhar os processos e permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

Art. 31. As avaliações dos estudantes basear-se-ão em conhecimentos, habilidades, atitudes e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as DCNs objeto desta Resolução.

Art. 32. O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, bem como desenvolver instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, em consonância com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e com a dinâmica curricular definidos pela IES em que for implantado e desenvolvido.

Art. 33. O Curso de Graduação em Medicina deverá constituir o Núcleo Docente Estruturante (NDE), atuante no processo de concepção, consolidação, avaliação e contínua atualização e aprimoramento do Projeto Pedagógico do Curso, com estrutura e funcionamento previstos, incluindo-se, dentre outros aspectos, atribuições acadêmicas de acompanhamento, em consonância com a Resolução CONAES nº 1, de 17 de junho de 2010.

Art. 34. O Curso de Graduação em Medicina deverá manter permanente Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, com vistas à valorização do trabalho docente na graduação, ao maior envolvimento dos professores com o Projeto Pedagógico do Curso e a seu aprimoramento em relação à proposta formativa contida no documento, por meio do domínio conceitual e pedagógico, que englobe estratégias de ensino ativas, pautadas em práticas interdisciplinares, de modo a assumirem maior compromisso com a transformação da escola médica, a ser integrada à vida cotidiana dos docentes, estudantes, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Parágrafo único. A instituição deverá definir indicadores de avaliação e valorização do trabalho docente, desenvolvido para o ensino de graduação e para as atividades docentes desenvolvidas na comunidade ou junto à rede de serviços do SUS.

Art. 35. Os Cursos de Graduação em Medicina deverão desenvolver ou fomentar a participação dos Profissionais da Rede de Saúde em programa permanente de formação e desenvolvimento, com vistas à melhoria do processo de ensino-aprendizagem nos cenários de práticas do SUS e da qualidade da assistência à população, sendo este programa pactuado junto aos gestores municipais e estaduais de saúde nos Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde.

Art. 36. Fica instituída a avaliação específica do estudante do Curso de Graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, devendo ser implantada no prazo de 2 (dois) anos a contar da publicação desta Resolução.

§ 1º A avaliação de que trata este artigo é de caráter obrigatório, processual, contextual e formativo, considerando seus resultados como parte do processo de classificação para os exames dos programas de Residência Médica, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), sendo sua realização de âmbito nacional.

§ 2º A avaliação de que trata este artigo será implantada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) para as Instituições de Educação Superior, no âmbito dos Sistemas de Ensino.

Art. 37. Os programas de Residência Médica, de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão, anualmente, vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A determinação do *caput* é meta a ser implantada, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018.

Art. 38. Nos cursos iniciados antes de 2014, as adequações curriculares deverão ser implantadas, progressivamente, até 31 de dezembro de 2018.

Art. 39. Os cursos de Medicina em funcionamento terão o prazo de 1 (um) ano a partir da data de publicação desta Resolução para aplicação de suas determinações às turmas abertas após o início da sua vigência.

Art. 40. Os estudantes de graduação em Medicina matriculados antes da vigência desta Resolução têm o direito de concluir seu curso com base nas diretrizes anteriores, podendo optar pelas novas diretrizes, em acordo com suas respectivas instituições, e, neste caso, garantindo-se as adaptações necessárias aos princípios das novas diretrizes.

Art. 41. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Resolução CNE/CES nº 4, de 9 de novembro de 2001, e demais disposições em contrário.

ERASTO FORTES MENDONÇA
Presidente em Exercício