

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM
SAÚDE**

**A ORGANIZAÇÃO PEDAGÓGICA NOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE E SEUS
REFLEXOS NO PROCESSO FORMATIVO – UMA ANÁLISE A PARTIR DA
AVALIAÇÃO**

Suzana Schwerz Funghetto

Brasília
2015

SUZANA SCHWERZ FUNGHETTO

**A ORGANIZAÇÃO PEDAGÓGICA NOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE E SEUS
REFLEXOS NO PROCESSO FORMATIVO – UMA ANÁLISE A PARTIR DA
AVALIAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor.

Orientador: Profa. Dra. Margo Gomes de Oliveira Karnikowski

BRASÍLIA
2015

SUZANA SCHWERZ FUNGHETTO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília, na área de Estratégias Interdisciplinares em Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Margo Gomes de Oliveira Karnikowski (Orientadora)
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Luiz Roberto Liza Curi
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Prof. Dr. Guilherme Marback Neto
Universidade Federal da Bahia/Centro Universitário UniJORGE

Profa. Dra. Neila Osório
Universidade Federal do Tocantins

Prof.Dra. Dayani Galato
Universidade de Brasília

Brasília, 9 de dezembro de 2015.

FUNGHETTO, Suzana. S.

A organização pedagógica nos cursos da área da saúde e seus reflexos no processo formativo – uma análise a partir da avaliação– Brasília, 2015.

220f.;

Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências e Tecnologias em Saúde), Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília.

Orientadora: Margo Gomes de Oliveira Karnikowski.

Todo conhecimento começa como o sonho. O conhecimento nada mais é que aventura pelo mar desconhecido, em busca da terra sonhada. Mas sonhar é coisa que não se ensina. Brota das profundezas do corpo, como a água brota das profundezas da terra. Como Mestre, só posso então lhe dizer uma coisa: ‘Conte-me os seus sonhos, para que sonhemos juntos!’ (RUBEM ALVES – A alegria de ensinar, 1993)

Dedico esse trabalho

À pessoa que me descobriu professora, aos dez anos de idade, meu querido tio e padrinho Edson Santos Schwerz.

Aos meus pais que sempre me incentivaram a ser uma pessoa melhor.

Aos meus filhos para que não se esqueçam nunca de sonhar.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao Deus Pai pelo dom da vida.

Sou grata aos meus pais, Humberto David Funghetto e Jussara Schwerz Funghetto, por todo amor e dedicação que dispensaram a mim e por me ensinarem quanto é importante a educação em nossa vida.

Aos meus filhos João Pedro e Maria Eduarda que sempre foram maravilhosos, suportaram minha ausência e me alegraram nos momentos mais difíceis dessa jornada.

Ao meu amor, Alexandre que teve a paciência de aguentar esses últimos e intermináveis meses e meus novos filhos Xande e Luísa, obrigado por tudo.

A todos os amigos do coração e familiares que, embora não citados nominalmente, fizeram, fazem e farão parte da minha vida. Principalmente, Silvana, Alessandro, Ihanmark, Flávia, Claudia, Soraia, Salete e Lilian, obrigado por tudo.

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Margo Gomes de Oliveira Karnikowski pelo incentivo, apoio e pela parceria e claro, paciência ao longo desses anos.

Aos meus sobrinhos Henrique, Júlia e Mateus pela compreensão, quando da minha ausência em decorrência deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho pela compreensão da situação vivenciada. Em especial agradeço a Claudia, Alexandre, Sueli, Robson, Ana Carolina, Luciana, Nadir e Rachel, obrigado por todos os conselhos e orientações.

Para meu colega Alexandre o agradecimento de todas as aulas prestadas, pois sem ele não seria possível entender a lógica de toda a pesquisa.

Enfim, a todos os que, direta ou indiretamente, me ajudaram com: torcida coletiva e tantas outras formas de incentivo. Meus sinceros agradecimentos!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS	17
1.2. REFERENCIAL TEÓRICO	19
1.2.1 MARCOS DA EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL: TEXTO E CONTEXTOS	19
1.2.1.1 O período de 1808 a 1889.....	21
1.2.1.2 O período da Primeira República.....	22
1.2.1.3 O período dos anos 20 e 30 do século XX	23
1.2.1.4 O período de 1945 até 1964.....	26
1.2.1.5 O período de 1964 e o Regime Militar	29
1.2.1.6 O período iniciado em 1985 aos anos 2014	32
1.2.2 AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL	41
1.2.3 O SISTEMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR – SINAES.....	45
1.2.3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SINAES.....	47
1.2.3.2 O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CURSOS	52
1.2.4 DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE	547
1.2.4.1 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE E CONTEXTUALIZAÇÃO DAS DCNS	58
1.2.4.2. AS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO CICLO AVALIATIVO DO SINAES	69
1.2.5 O DESENHO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL TENDO COMO PRINCÍPIO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	76
1.2.5.1 OS PRINCÍPIOS DO SUS	79
2. ARTIGOS SUBMETIDOS/ACEITOS/PUBLICADOS.....	87
2.1 Artigo 1	87
2.2 Artigo 2	98
2.3 Artigo 3	111
2.4 Artigo 4	129
2.5 Artigo 5	149
2.6 Artigo 6	170
3. DISCUSSÃO GERAL E CONCLUSÕES.....	186
4. REFERÊNCIAS.....	189
ANEXOS	199
ANEXO A.....	199
ANEXO B.....	203
ANEXO C.....	207
ANEXO D.....	209
ANEXO E.....	213

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Conceitos centrais da DCN Medicina 2014.....	614
Figura 2: Conceitos centrais da DCN de Biomedicina.....	61
Figura 3: Conceitos centrais da DCN de Fisioterapia.....	62
Figura 4: Conceitos centrais da DCN de Farmácia	63
Figura 5: Conceitos centrais da DCN de Odontologia.....	63
Figura 6: Conceitos centrais da DCN de Fonoaudiologia.....	64
Figura 7: Conceitos centrais da DCN de Enfermagem.....	65
Figura 8: Conceitos centrais da DCN de Nutrição.....	658
Figura 9: Conceitos centrais da DCN de Terapia Ocupacional	66
Figura 10: Página do Artigo publicado Revista Interfaces Científicas – Humanas e Sociais, v.4, n.1(2015).....	98
Figura 11: Página de Submissão de Artigo – Revista Scielo Interface – Comunicação, Saúde, Educação.	111
Figura 12: Página do Artigo nos Cadernos de Pesquisa Pensamento Educacional	129
Figura 13: Página de submissão do Artigo na Revista Educação UNISINOS.....	149
Figura 14: Página de submissão do artigo na Revista Saúde em Redes.....	170
Figura 15: Artigo submetido aos Cadernos de Pesquisa Pensamento Educacional – Qualis B2.....	185

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Gráfico 1: Número total de Instituições de Educação Superior (IES) (2003 a 2013) .38	
Tabela 1 – Reformas Educacionais Brasileiras	311
Tabela 2 – Histórico dos Conselhos de Educação	33
Tabela 3 – Evolução do número de IES, cursos e matrículas na educação Superior no Brasil, 2004-2013	67
Tabela 4 – Média a cada 10.000 habitantes de Matrículas, Ingressos e Concluintes por Área do Conhecimento – Brasil – 2012.....	693
Tabela 5 – Distribuição por região e modalidade dos cursos da área da saúde e quantidade de matrículas, ingressantes e concluintes.	70
Tabela 6 – Cursos da área da Saúde participantes do 1º, 2º e 3º Ciclo Avaliativo do SINAES	73
Tabela 7 – Resultado do CPC da área da saúde de 2007, 2010 e 2013	75
Tabela 8 – Número de avaliações <i>in loco</i> de cursos da área da Saúde 2012 a 2014	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACG	Avaliação dos Cursos de Graduação
BASis	Banco de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CC	Conceito de Curso
CEA	Comissão Especial de Avaliação
CEFET	Centro Federal de Educação Tecnológica
CI	Conceito Institucional
CNE	Conselho Nacional de Educação
CONAES	Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior
CPC	Conceito Preliminar de Curso
DAES	Diretoria de Avaliação da Educação Superior
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNAS	Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área da Saúde
DEAES	Diretoria de Estatística e Avaliação da Educação Superior
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
FIES	Fundo de Investimento Estudantil
IACG	Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação
IDD	Indicador de Diferença entre os Desempenhos Observado e Esperado
IES	Instituições de Educação Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
ITA	Instituto Tecnológico da Aeronáutica
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação
MIT	Massachusetts Institute of Technology
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDI	Plano de Desenvolvimento Institucional
PNE	Plano Nacional de Educação
PPC	Projeto Pedagógico de Curso

PPGCTS	Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde
PROUNI	Programa Universidade para Todos
SAPIEnS	Acompanhamento de Processos das Instituições de Ensino Superior
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SEMTEC	Secretaria de Educação Média e Tecnológica
SESu	Secretaria de Educação Superior
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
UB	Universidade do Brasil
UDF	Universidade do Distrito Federal
UnB	Universidade de Brasília
UNE	União Nacional dos Estudantes
USP	Universidade de São Paulo

RESUMO

Construir políticas de formação na área de saúde pressupõe uma articulação entre as instituições normativas, regulatórias, as instituições formadoras e o Sistema Único de Saúde (SUS), o que se constitui em desafio permanente para os que fazem saúde e educação no Brasil. A avaliação *in loco* preconizada pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), além de ser referencial básico para o processo regulatório, é organizada e conduzida como ação indutora de qualidade. Essa tese, apresentada na modalidade escandinava, por meio de seis artigos científicos, tem como objetivo verificar os elementos de indução da qualidade e do potencial formativo das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos da Saúde a partir dos relatórios da avaliação *in loco* tendo como recorte o *perfil profissional e os princípios do SUS*. Para tal, apresenta um panorama inédito de 1048 avaliações que foram realizadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP), no período de 2012 a 2014, tendo como foco os cursos da área da saúde, em especial os indicadores da dimensão 1, do instrumento matricial, que verifica a coerência do projeto pedagógico dos cursos cujas diretrizes curriculares são o insumo para o processo avaliativo. Para atender a cada um dos objetivos da tese foi realizado a análise de conteúdo das DCN, por meio pré-análise, descrição analítica, interpretação referencial. Em relação as avaliações foi realizado o tratamento estatístico a partir dos dados extraídos do Instrumento de Avaliação de Cursos (IACG) de 2012 por meio de medidas de tendência central (média, mediana, moda) e de dispersão (desvio-padrão e variância) e simetria. Foi aplicado também o teste de hipóteses Kruskal-Wallis para identificar as diferenças e como *post hoc* o teste de Mann-Whitney caso a caso, com correção de Bonferroni. Os resultados encontrados nas avaliações da área da saúde refletem apenas o proposto pelas DCN elaboradas entre os anos 2001 a 2004. Os dados encontrados também evidenciam que a média 3 como resultado do processo avaliativo precisam ser observados pois eles apontam para a necessidade de inovação na construção de projetos pedagógicos alinhados aos princípios do SUS. Para que a garantia da qualidade seja eficaz conclui-se que para os cursos é necessário a internalização das DCN e; para o aprimoramento do SINAES que seja público todos os resultados de todos os indicadores das avaliações realizadas.

Palavras-chave: saúde; cursos; SUS, SINAES, DCN, formação, avaliação.

ABSTRACT

Formulating *bildung* policies in health field presupposes articulation between the normative institutions, regulatory one, training institutions and the Unified Health System (SUS), which constitutes an ongoing challenge for those who make health and education in Brazil. The *in loco* evaluation recommended by the National System of Higher Education Assessment (SINAES), besides being basic reference for the regulatory process, is organized and conducted as inducing action of quality. This thesis presented at Scandinavian mode, through scientific articles, aim to verify the quality induction elements and the *bildung* potential of the National Curricular Guidelines (DCN) of the Health Courses from the reports of evaluation *in loco* having as cropping the *professional profile* and the *principles of SUS*. To this end, it presents an unprecedented panorama of 1048 assessments were carried out by the National Research and Studies Teixeira Institute (INEP) in 2012 to 2014, focusing on the healthcare courses, especially the indicators of dimension 1 of the evaluation instrument, a matricial tool, that checks the consistency of the education program of courses whose national curriculum guidelines (DCN) are the input to the evaluation process. To meet each of the thesis goals was conducted content analysis of DCN, through pre-analysis, analytical description, reference interpretation. Regarding evaluations was performed statistical analysis starting from data extracted from Course Evaluation Instrument (IACG) 2012 through measures of central tendency (mean, median, mode) and dispersion (standard deviation and variance) and symmetry. It was also applied the Kruskal-Wallis test hypotheses to identify the differences and how post hoc Mann-Whitney test case by case, with Bonferroni correction. The results in health assessments only reflect proposed by DCN developed between the years 2001 to 2004. The data also found evidence that the average 3 as a result of the evaluation process must be observed because they point to the need for innovation in construction pedagogical projects aligned with the SUS principles. For quality assurance to be effective it is concluded that for the courses internalization of DCN is necessary and; to improve the SINAES to be public all the results of all indicators of the evaluations.

Keywords: health, courses, SUS, SINAES, DCN, training, evaluation.

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde (PPGCTS) da Universidade de Brasília prevê em seu regimento a modalidade de apresentação de tese na modalidade escandinava por meio de artigos científicos^{a,1}

Essa modalidade foi escolhida devido à problemática da pesquisa que se traduz no universo da avaliação da educação superior no Brasil, especificamente a avaliação *in loco* dos cursos da área da saúde, cujo foco central é a formação de profissional generalista para atender os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e inclui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) na discussão entendendo-a como insumo central para o processo avaliativo. Nesse sentido, a orientação da pesquisa versa sobre quais são os elementos de indução da qualidade e do potencial formativo das Diretrizes curriculares nacionais dos Cursos da Saúde a partir dos relatórios da avaliação *in loco*, tendo como recorte o *perfil profissional e os princípios do SUS*.

Para tal, discute a perspectiva da avaliação na educação superior como indutora de qualidade, com viés epistemológico, de construção de currículos e práticas pedagógicas, cumprindo um papel dinâmico, respondendo a demandas sociais e acadêmicas do seu tempo.^{2,3,4,5,6}

O Brasil tem realizado desde 2004, práticas e políticas de avaliação da educação superior voltadas a demonstrar a capacidade das Instituições de Educação Superior (IES) para o desenvolvimento educacional, do desenvolvimento dos cursos de graduação e a formação dos estudantes, tendo como principal orientação a garantia da qualidade da oferta, previstas de acordo com o preceito constitucional desde 1988.^{7,8,9}

A política de avaliação tem como reflexo as ações pertinentes do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) que combina questões pertinentes de regulação, avaliação e supervisão em diferentes atos autorizativos. Esse sistema prevê avaliação da qualidade para instituições, cursos e desempenho dos estudantes, por meio de instrumentos específicos.^{10,11}

^a Na modalidade de artigos científicos, de acordo com o PPGCTS, os manuscritos submetidos ou aceitos compõem o corpo da tese. A estrutura da tese deve conter: introdução geral; artigo(s) científico(s), redigido(s) de acordo com as normas específicas dos periódicos para os quais foram submetidos, aceitos ou publicados; discussão geral e conclusões; referências das citações não contidas no(s) artigo(s) científico(s), de acordo com as normas Vancouver.

O artigo 4º da Lei nº 10.861/2004 define que a avaliação dos cursos de graduação tem por objetivo “identificar as condições de ensino oferecidas aos estudantes, em especial as relativas ao perfil do corpo docente, às instalações físicas e à organização didático-pedagógica”. Para avaliação institucional e de cursos a avaliação é realizada por meio de visita em que especialistas docentes da educação superior, do Banco Nacional de Avaliadores do SINAES (BASis) que verificam as condições de oferta por meio de dimensões, indicadores e critérios.^{12,51}

A avaliação *in loco* é realizada a partir um instrumento matricial^b, em uma escala de cinco níveis, adaptado aos diferentes momentos dos cursos, que considera as especificidades das diferentes DCN, enfoca o projeto pedagógico, o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), os requisitos legais e normativos, os objetivos do SINAES e os processos de avaliação institucional, interna e externa.^{13,14,51}

Especificamente em relação às DCN, há um desenho particular que envolve o núcleo comum de formação para todos os cursos da saúde, que define o perfil dessas profissões, conforme expresso na Lei Orgânica de Saúde (LOS) nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Os princípios e diretrizes do SUS preveem uma formação que deve ser iniciada desde a graduação e continuada em serviço, pois está atrelada às necessidades de saúde da população, por meio de uma política de educação permanente, da atenção integral e a construção da cadeia do cuidado progressivo à saúde.^{15,16,17}

Essa característica, definida pela LOS 8080/90, impôs a área uma longa discussão que resultou nas Diretrizes Curriculares para a Área da Saúde (DCNAS) assegurando a base do processo formativo a partir do incentivo a uma formação geral sólida por meio do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente em saúde.^{18,19,20}

As DCNAS definem a importância no processo formativo da atuação em equipe, por meio de competências comuns, tendo como foco a articulação entre teoria e prática no SUS com elementos de indução no currículo em um sistema de referência

^b Até o presente momento, para a avaliação *in loco*, foram construídos diferentes instrumentos para a visita pelos avaliadores do BASis, as IES e cursos. Somente em 2012, foi construído um instrumento matricial para todos os atos autorizativos, denominado de Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação – IACG. Em abril 2015, o IACG obteve atualizações, decorridas do acompanhamento do processo avaliativo pela DAES, que foram aprovadas pela CONAES. Após essa data, houve a necessidade de nova atualização do IACG, por causa da Lei dos Mais Médicos, que determina novos paradigmas para formação médica, para os processos regulatórios e avaliativos, bem como para autorização de novos cursos via edital. Dessa lei, foi originada a nova DCN para o curso de Medicina.

e contra-referência^c e^d, bem como o estabelecimento de orientações para avaliações do processo de ensino aprendizagem com o objetivo de formar um perfil generalista que atenda as principais necessidades de saúde da população.^{18,19,20} As DCNAS são a linha mestra para a construção de cada DCN de cada curso da saúde.

Nesse sentido, a avaliação - que também é indutora de qualidade - deve ter aferida *in loco*, pelos avaliadores do BASis, a interligação do PDI, do PPC e das diretrizes em três dimensões, que produzem um conceito de curso (CC). Em especial na dimensão 1, na qual é avaliada a organização pedagógica, existem indicadores comuns que traçam o perfil descrito nas DCNAS. Esse perfil é avaliado de acordo com critérios de análise, porém deve ser visto por meio dos projetos políticos pedagógicos de cursos (PPC), tendo as diretrizes como insumo principal de todo processo avaliativo.^{10,4,14}

Apesar do SINAES e de toda a legislação decorrente discorrer sobre o processo de indução da qualidade, transparência, respeito à diversidade do sistema, apenas de conhecimento para o público em geral, um sistema eletrônico denominado e-MEC, que divulgue resultados dos relatórios de avaliação e dados de Exame Nacional que afere o Desempenho dos Estudantes – ENADE.²³

De acordo com o artigo 2º da Lei do SINAES, o sistema assegurará o caráter público de todos os procedimentos, dados e resultados dos processos avaliativos.¹²

Nesse sentido, desvelar o universo avaliativo, no que concerne a formação, por meio da análise de indicadores basilares, elementares para construção

^c Sistema de Referência e Contra-Referência é um mecanismo administrativo, cujos serviços estão organizados de forma a possibilitar o acesso a todos os serviços existentes no SUS pelas pessoas que procuram as unidades básicas de saúde. Essas unidades são, portanto, a porta de entrada para os serviços de maior complexidade, caso haja necessidade do usuário. As unidades de maior complexidade são chamadas “*unidades de referência*”. O usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é “referenciado” (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade a fim de receber o atendimento que necessita. Quando finalizado atendimento da necessidade especializada, o usuário deve ser “contra-referenciado”, ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que dê continuidade do atendimento.^{21,22}

^d O Sistema de Referência e Contra-referência era verificado na avaliação *in loco*, no Instrumento de Avaliação de Curso de 2012 (IACG 2012), alvo desta tese, no indicador 3.16, apenas para o curso de Medicina, na dimensão 3, que trata de infraestrutura. No instrumento vigente, em 2015, até o presente momento, esse indicador existe para todos os cursos da área da saúde, desde que esteja previsto no PPC e tem como critério de análise: Quando está previsto/implantado, o acompanhamento da rede de atenção em saúde, o funcionamento do sistema de referência e contra-referência que assegure a integralidade da atenção e a resolubilidade dos problemas existentes, permitindo que o aluno participe do atendimento nos diferentes níveis de complexidade.¹⁴

do projeto pedagógico, do perfil para a área da saúde, é inédito, e só é possível a partir de um instrumento matricial^e, que traz uma mesma escala e um mesmo conjunto de indicadores para os atos autorizativos de Autorização, Reconhecimento e Renovação de Reconhecimento.

Outro fator importante que justifica a presente pesquisa de doutorado é o fato de analisarmos as perspectivas da avaliação pelo INEP, por meio de 1.048 relatórios de avaliação *in loco*, tendo as DCNAS como insumo/fio condutor de construção dos projetos pedagógicos e do perfil profissional de acordo com os princípios do SUS.

Para tal, elencamos os seguintes objetivos:

1.1 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

Objetivo Geral:

- Verificar os elementos de indução da qualidade e do potencial formativo das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Saúde a partir dos relatórios da avaliação *in loco* tendo como recorte o *perfil profissional e os princípios do SUS*.

Objetivos Específicos

- Analisar aspectos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da Saúde na perspectiva da política de avaliação enquanto indutora da qualidade.
- Identificar os pilares comuns constantes nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Saúde no Brasil.
- Verificar a organização didáticos dos cursos da área da Saúde revelada pela análise dos indicadores do instrumento avaliativo matricial do relatório da avaliação *in loco* e seus reflexos no processo formativo.
- Relacionar a concepção de perfil profissional da área da saúde descrita nas diretrizes curriculares nacionais e os resultados obtidos na

^e Para a pesquisa desta tese serão utilizados os relatórios de avaliação, que trarão os resultados do processo avaliativo de da área da Saúde, no período de 2012 a 2014, vigência do IACG 2012.

avaliação *in loco* previstos pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES.

Após a descrição dos objetivos referentes a essa tese de doutoramento, segue o arcabouço teórico que dá origem aos seis artigos que foram produzidos para atender o objetivo geral e os objetivos específicos.

Os seis artigos que foram submetidos/aceitos serão dispostos no capítulo 3, de acordo com as orientações previstas pelo PPGCTS.¹

1.2 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente referencial teórico foi elaborado com o intuito de fornecer subsídios para a construção dos artigos e fundamentar toda a problemática da pesquisa.

1.2.1 MARCOS DA EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL: TEXTO E CONTEXTOS

Embora o Brasil tenha tido contato há mais de 500 anos com a cultura Ocidental europeia, cujas universidades começaram a surgir nos séculos XI e XII, as primeiras instituições de ensino superior foram criadas apenas em 1808 e as primeiras universidades datam da década de 30 do século XX. No Brasil, até a década de 1980, as universidades constituíram uma parte pequena do ensino superior, coexistindo com instituições de ensino superior confessionais e de escolas criadas por elites locais e sem fins lucrativos. Somente a partir da década de 70 surge outro tipo de estabelecimento: o não confessional, não universitário e organizado como empresa que, explícita ou disfarçadamente, que tinha como objeto principal a obtenção de lucro, considerado, portanto, como um negócio.²⁴ Este recente contexto, que coincide com a redemocratização do País a partir dos anos 80, coloca em questão a necessidade do cumprimento da Constituição Brasileira de 1988 em seus artigos 204 a 214 e, a partir de 2004, da Lei do SINAES (Lei nº10.861) e do Plano Nacional de Educação para o decênio 2014-2023. Para compreender a complexidade que envolve o ensino superior no Brasil, portanto faz-se necessário uma breve síntese histórica.

Ao iniciar o relato histórico, retomo a reflexão de Cunha²⁵ sobre a discussão da existência ou não do “campo universitário” como categoria de análise de Pierre Bourdieu, correlata ao conceito de *campo educacional*, enquanto

[...] um espaço social complexo, cuja estrutura é um estado de relações de força entre agentes ou instituições que lhes são próprias. Cada campo é, assim, um espaço de luta desses agentes e dessas instituições pelo monopólio da violência simbólica legítima no seu interior e pela posse do capital próprio desse campo. [...] As relações de força simbólicas que demarcam os limites de cada campo estão baseadas nas relações de força material entre grupos e/ou classes sociais, dominantes e dominados, mas de uma maneira tal que as dissimulam e as reforçam. (p.20)

Para Cunha²⁵, no entanto, universidades não constituem um campo propriamente dito. As universidades participam pelo menos de quatro campos:

Campo educacional

As universidades participam desse campo ao lado (e em concorrência) com faculdades, institutos e escolas, que não integram universidades. Dependendo dos países, estas instituições podem outorgar diplomas dotados de valor material e simbólico, igual, menor ou maior do que os conferidos pelas universidades. Ademais, há universidades que atuam no ensino secundário e no técnico de nível médio, um indicador a mais de sua inserção no campo educacional.

- Campo profissional

Trata-se do mercado de trabalho, com suas exigências, com os valores materiais e simbólicos atribuídos aos diversos diplomas conferidos, com seus processos de elevação de requisitos educacionais, seus órgãos de controle corporativo, seus sindicatos. As empresas e esses órgãos entram na disputa pela legitimidade da formação e do exercício profissional, cujo efeito as universidades são compelidas a levar em conta em seus currículos e na definição dos diplomas que outorgam.

- Campo da pesquisa

Embora a universidade desenvolva a pesquisa científica, tecnológica e cultural, chegando a ser essa função estabelecida como condição de recebimento do status privilegiado, não é a única instituição que a faz. Na engenharia, na agronomia, na saúde e até mesmo nas ciências humanas, há institutos não universitários, públicos e privados, que competem com as universidades pelo financiamento das agências públicas e privadas, assim como valor material e simbólico de seus produtos.

- Campo cultural

Artes plásticas, música, dança, letras clássicas e modernas, línguas vivas e mortas, comunicação cultural constituem áreas de atuação universitária, nas quais é óbvia a concorrência encetada com espaços e entidades que lhe são externos e estranhos. (p.21-22)

Diante do cenário das relações de forças que afetam a universidade podemos compreender melhor a trajetória do ensino superior no Brasil, tendo como referência a periodização sugerido por Durham²⁶ que acompanham as transformações políticas e econômicas no país.

O período monárquico, de 1808 até o início da República, em 1889. É caracterizado pela implantação de um modelo de escolas autônomas para formação de profissionais liberais, de exclusiva iniciativa da Coroa.

O período da Primeira República, de 1889 a 1930, quando o sistema se descentraliza e, ao lado das escolas federais, surgem outras, tanto públicas (estaduais ou municipais), quanto privadas. Neste período não há universidades no Brasil apenas escolas superiores autônomas centradas em curso único.

O período da década de 20 e 30 do século passado coincide com o final da Primeira República e com a instalação do governo autoritário de Getúlio Vargas, o Estado Novo. Nesta época são criadas as primeiras universidades do país.

O período de 1945 até 1964 inicia-se com a queda de Vargas e a redemocratização do país e é caracterizado pela ampliação do número de universidades públicas e a criação das primeiras confessionais.

O período de 1964, quando se instala o Regime Militar, durante o qual o modelo de universidade é reformado e o sistema privado se desenvolve de maneira acelerada constituindo o setor privado das instituições de ensino superior.

O período iniciado em 1985, marcado pelo processo de redemocratização gradual do país, quando se tem a nova Constituição de 1988, a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996 e por profundas transformações políticas econômicas e educacionais.²⁶

Para seguirmos com o período dos anos 90 a 2014, quando acontecem os dois mandatos do Presidente Fernando Henrique Cardoso, os dois mandatos do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e um mandato da Presidenta Dilma Rousseff e quando o Governo Federal assume o seu papel previsto na Constituição ao buscar estabelecer políticas públicas de avaliação da oferta de um ensino superior de qualidade dentro dos parâmetros legais vigentes.

1.2.1.1 O período de 1808 a 1889

Segundo Cunha²⁵, Favero²⁷, Martins²⁸ e Durham²⁶, nos períodos colonial e monárquico foram malogradas inúmeras tentativas de criação de universidades no Brasil, o que denota uma política de controle por parte da Metrópole de qualquer iniciativa que vislumbresse sinais de independência cultural e política da Colônia. Apesar de sede da Monarquia em 1808, algumas escolas superiores de caráter profissionalizante entram em funcionamento. Ou seja, segundo Cunha²⁵,

O novo ensino superior nasceu sob o signo do Estado Nacional. Com a reforma pombalina em Portugal buscou-se eliminar os entraves conservadores que atrasavam o país adotando o modelo napoleônico que separava o ensino da pesquisa científica, voltando-se para atender a formação de quadros e burocratas para atender as necessidades do rei e compor os quadros burocráticos do aparelho de Estado. A partir de 1808, são criados cursos e academias destinados a formar, sobretudo, profissionais para o Estado e profissionais de nível médio. (p.32).

Favero²⁷ descreve essa época ao colocar que, por meio do Decreto de 18 de fevereiro de 1808, é criado o Curso Médico de Cirurgia na Bahia; e, em 5 de novembro do mesmo ano, é instituída, no Hospital Militar do Rio de Janeiro, uma Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica. Outros atos são sancionados e contribuem para a instalação, no Rio de Janeiro e na Bahia, de dois centros médico-cirúrgicos, matrizes das atuais Faculdades de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Em 1810, cria-se a Academia Real Militar, hoje Escola Nacional de Engenharia da UFRJ. Segundo ainda

Fávero, no Império, outras tentativas de criação de universidades se fizeram sem êxito: uma delas foi apresentada pelo próprio Imperador, em sua última Fala do Trono (1889), propondo a criação de duas universidades, uma no Norte e outra no Sul do país, que poderiam constituir-se centros de alta organização científica e literária.

1.2.1.2 O período da Primeira República

Com a Proclamação da República, outras tentativas são feitas. Cabe lembrar que na Constituição de 1891, o ensino superior é mantido como atribuição do Poder Central, porém não exclusivamente. De 1889 até a Revolução de 1930, o ensino superior sofreu várias alterações em decorrência da promulgação de diferentes dispositivos legais. Seu início coincide com a influência positivista na política educacional, marcada pela atuação de Benjamin Constant de 1890-1891. Tal orientação é ainda mais acentuada com a Reforma Rivadávia Corrêa^f, em 1911, que institui também o ensino livre. O regime de “desoficialização” do ensino acabou por gerar condições para o surgimento de universidades, tendendo o movimento a deslocar-se provisoriamente da órbita do Governo Federal para a dos Estados. Nesse contexto surge, em 1909, a Universidade de Manaus; em 1911 é instituída a de São Paulo e, em 1912, a do Paraná como instituições livres.²⁷

Na Reforma de Carlos Maximiliano^g, o Decreto nº 11.530 de 1915, em seu artigo 6º, dispôs a respeito da criação de uma universidade, determinando que o Governo Federal, quando achar oportuno, reunirá em universidade as Escolas Politécnicas e de Medicina do Rio de Janeiro, incorporando a elas uma das Faculdades Livres de Direito, dispensando-a da taxa de fiscalização e dando-lhe gratuitamente edifício para funcionar”.²⁷ Como decorrência do decreto, o Presidente Epitácio Pessoa decide justapor três escolas tradicionais do Rio de Janeiro e cria a Universidade do Rio de Janeiro (URJ) assegurando sua autonomia didática e

^f Lei Orgânica do Ensino Superior e Fundamental foi implementada em 5 de abril de 1911 pelo decreto nº 8.659. Esta Reforma adotava a liberdade e a desoficialização do ensino no país, retirando da União o monopólio da criação de instituições de ensino superior. Pela Lei o governo dispensava a exigência de equiparação a uma instituição modelo de nível federal, o que tornava possível a criação de universidades pela iniciativa privada.

^g Reforma Carlos Maximiliano (1915) determina o cancelamento das alterações de 1911. Criou exames de vestibular aos cursos superiores, a obrigação da conclusão do curso secundário para o ingresso nas faculdades. Porém, o ensino superior não foi alterado e recuperou a oficialização do ensino, colocando limites estreitos à equiparação, concedendo-a por meio de rigorosa inspeção, e resolveu o problema da expansão controlada com a criação do vestibular e a obrigatoriedade do diploma do secundário para a matrícula no superior.

administrativa. A criação da URJ nos anos 20, fomentou o debate fomentado Associação Brasileira de Educação (ABE) e da Academia Brasileira de Ciências (ABC). Entre as questões recorrentes estavam: concepção de universidade; as funções das universidades brasileiras; a autonomia universitária e modelo de universidade a ser adotado no Brasil.

Entre 1889 e 1918 foram criadas no Brasil 56 novas escolas superiores, a grande maioria privada. Era assim dividido o cenário da educação naquele momento: de um lado, instituições católicas, empenhadas em oferecer uma alternativa confessional ao ensino público, e, de outra, iniciativas de elites locais que buscavam dotar seus estados de estabelecimentos de ensino superior. Desses, alguns contaram com o apoio dos governos estaduais ou foram encampados por eles, outros permaneceram essencialmente privados.²⁹ (p.3)

Começa, assim, se configurar neste período, o cenário do ensino superior brasileiro atual no qual convivem instituições públicas e leigas, federais ou estaduais, ao lado de instituições privadas, confessionais ou não.

1.2.1.3 O período dos anos 20 e 30 do século XX

O embate do ensino laico e religioso no Brasil continuou a ser uma questão mal resolvida desde que Portugal não permitiu aos jesuítas a criação de universidades tanto lá quanto em terras brasileiras. Embora a Igreja católica tenha conseguido colocar o ensino religioso dentro das escolas públicas, nunca obteve a permissão de organizar uma instituição de ensino superior, mesmo prometendo apoio ao governo.

Nesse período todo o setor privado, especialmente o confessional, já era bem forte. As primeiras estatísticas educacionais, em 1933, mostravam que as instituições privadas respondiam por cerca 44% das matrículas e por 60% dos estabelecimentos de ensino superior. Embora a clientela para essa estrutura fosse muito pequena, o número de alunos era de apenas 33.723. A reforma do governo Vargas instituiu as universidades e definiu o formato legal ao qual deveriam obedecer todas as instituições que viessem a ser criadas no Brasil, mas, não propôs a eliminação das escolas autônomas e nem negou a liberdade para a iniciativa privada.²⁹

O modelo de universidade proposto, segundo Durham²⁴ era conservador, pois consistia numa confederação de escolas que buscaram preservar a sua autonomia anterior.

O Governo Provisório cria o Ministério da Educação e Saúde Pública (14/11/1930), tendo como seu primeiro titular Francisco Campos, que, a partir de 1931, elabora e implementa reformas de ensino (secundário, superior e comercial) bastante centralizadora. Busca-se adaptar à educação escolar a diretrizes que vão

assumir formas bem definidas, tanto no campo político quanto no educacional, tendo como preocupação desenvolver um ensino mais adequado à modernização do país, com ênfase na formação de elite e na capacitação para o trabalho.²⁷

Medidas são tomadas neste período: o Governo Federal elabora seu projeto universitário, articulando medidas que se estendem desde a promulgação do Estatuto das Universidades Brasileiras (Decreto-lei nº 19.851/31) à organização da Universidade do Rio de Janeiro (Decreto-lei nº 19.852/31) e à criação do Conselho Nacional de Educação (Decreto-lei nº 19.850/31). Para Schartzmann³⁰, o que se pretendia com o Estatuto das Universidades Brasileiras era “obter legitimidade junto a várias correntes de opinião num momento de transição em que o próprio governo recém-instalado não tinha um projeto educacional claro.”³¹

Favero²⁷, ao analisar as medidas do Governo Federal, destaca o Estatuto das Universidades Brasileiras e a questão da cátedra. Chama atenção para a integração das escolas ou faculdades na nova estrutura universitária. Pelo Estatuto, elas se apresentam como verdadeiras “ilhas” dependentes da administração superior. Outra questão relaciona-se à cátedra, unidade operativa de ensino e pesquisa docente, entregue a um professor. No Brasil, os privilégios do professor catedrático adquiriram uma feição histórica, apresentando-se o regime de cátedra como núcleo ou *alma mater* das instituições de ensino superior. A ideia de cátedra contida nesse Estatuto ganha força com as Constituições de 1934 e 1946, subsistindo até 1968, quando é extinta na organização do ensino superior, mediante a Lei nº 5.540/68.

Em meio a tendência de centralização cada vez maior, reflexo da política autoritária adotada pelo Governo Provisório, acontece a criação da Universidade de São Paulo (USP) em 1934, por um grupo de intelectuais ligados ao jornal O Estado de São Paulo liderados por Fernando Azevedo, e criação da Universidade do Distrito Federal (UDF), cujo projeto foi liderado por Anísio Teixeira em 1935, no Rio de Janeiro.

A USP, instituída por meio do Decreto nº 6.283/1934, surge com a finalidade de promover, pela pesquisa, o progresso da ciência; transmitir, pelo ensino, conhecimentos que enriqueçam ou desenvolvam o espírito ou sejam úteis à vida; formar especialistas em todos os ramos da cultura, bem como técnicos e profissionais em todas as profissões de base científica ou artística; realizar a obra social

de vulgarização das ciências, das letras e artes por meio de cursos sintéticos, conferências e palestras, difusão pelo rádio, filmes científicos e congêneres.

As duas universidades são resultantes do *Manifesto ao Povo e ao Governo*^h, em 1932, por meio do qual os membros da Associação Brasileira de Educação ABE (grupo dos renovadores) divulgaram, na direção oposta do programa de reforma da educação, entre elas a *verdadeira* universidade.

Esse Manifesto endossa uma concepção de universidade bastante próxima àquela defendida pelos *engenheiros* da Seção de Ensino Técnico e Superior. A universidade é concebida numa tríplice função de “criadora de ciências (investigação), docente ou transmissora de conhecimentos (ciência feita) e de vulgarizadora ou popularizadora, pelas instituições de extensão universitária, das ciências e das artes”. Defende-se a centralidade da pesquisa, como “sistema nervoso da Universidade, que estimula e domina qualquer outra função”, assumindo a crítica às instituições de ensino superior existentes no Brasil, que nunca teriam ultrapassado *os limites e as ambições* da formação profissional. À universidade assim concebida competiria o “estudo científico dos grandes problemas nacionais”, gerando um “estado de ânimo nacional” capaz de dar “força, eficácia e coerência à ação dos homens”, independentemente das suas divergências e diversidades de ponto de vista. Nessa instituição seriam formadas as elites de pensadores, sábios, cientistas, técnicos e os educadores – aí entendidos os professores para todos os graus de ensino.³¹ (p.138)

Tanto no caso da USP quanto da UDF, a preocupação com a pesquisa (*altos estudos*) é central. No caso da USP, o esforço foi concentrado na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras como eixo integrador da universidade e no entorno da qual deveriam gravitar as demais unidades, inclusive as escolas já existentes. No caso da UDF, sua estrutura era radicalmente diferente das universidades até então criadas no país e a própria denominação das escolas é indicativa da ruptura do modelo de agregação de escolas profissionalizantes. São cinco as escolas que a constituem: as Escolas de Ciências, Educação, Economia e Direito, Filosofia e o Instituto de Artes. Todas com proposta de desenvolver de forma integrada o ensino, a pesquisa e a extensão universitária (entendida prioritariamente na perspectiva da divulgação científica) nas suas respectivas áreas de conhecimento.³¹

Porém, apesar do caráter político de resgate da hegemonia paulista e carioca, nota-se por parte do Governo Federal após 1937, a intenção de assumir o

^h Também conhecido como Manifesto dos Pioneiros, o manifesto de 26 intelectuais brasileiros, discute, entre outros temas, o Plano de Reconstrução Educacional colocando seu conceito de universidade moderna: ampliação das áreas para além da engenharia, direito e medicina, sua gratuidade e formação técnica de pesquisadores. Teria o papel de pesquisar ciências, transmitir conhecimento e popularizá-lo através da extensão universitária.

controle das iniciativas no campo cultural. Ao governo federal interessava ter o monopólio da formação de suas elites e passou a com a Reforma de Campos a tentar resgatar a tutela sobre a universidade. Nesta perspectiva surge a Universidade do Brasil (UB) criada em 1937 por iniciativa de Gustavo Capanema, ministro da Educação de 1934 -1945. Um embate marcou as duas experiências universitárias e de seu resultado decorre uma concepção hegemônica de ensino superior.

A centralização imposta com a instituição da UB como universidade-padrão atingiu diferentemente as duas instituições universitárias. A UDF acabou por ser extinta, apesar do eufemismo legal, pelo qual era *incorporada* à Faculdade Nacional de Filosofia, que teve vida curta e conturbada. Desde o início, Capanema posicionara-se contra a sua criação. Inaugurada em junho de 1935 por Anísio Teixeira, este se demitiria em novembro da Secretaria de Educação, no que seria seguido pelo primeiro reitor da universidade, Afrânio Peixoto, e por vários dos colaboradores diretos de Anísio que integravam o seu quadro docente, no contexto de caça às bruxas que se seguiu ao malfadado levante de 1935. A universidade ainda conseguiu sobreviver até 1939, graças, principalmente, ao grupo de cientistas nucleados na Faculdade de Ciências. O Estado Novo, entretanto, forneceria a Capanema os instrumentos políticos de que necessitava para destruir a UDF. A esse respeito, aliás, é significativo constatar que Capanema oscilou entre uma posição inicial de eliminar pura e simplesmente a universidade e a atitude mais pragmática, que acabou sendo adotada, de *incorporá-la* à UB, feitos os devidos e necessários expurgos. Cumpre destacar que nesse processo a Igreja Católica, por intermédio especialmente de Alceu de Amorosa Lima, teve um papel decisivo. A USP conseguiu opor maior resistência à interferência do Governo Federal, talvez pela forte presença de professores estrangeiros no seu quadro docente (mais de dois terços desse quadro, e sua articulação com *grupo do Estado*, e por possuir respaldo financeiro do governo estadual). De qualquer forma, foi também atingida no seu coração – a Faculdade de Filosofia (que, por outro lado, sofria uma forte oposição das escolas profissionalizantes) – e teve excluída do seu bojo o Instituto de Educação como a UDF teve excluída a Escola de Educação no processo de incorporação da UDF com a Faculdade Nacional de Filosofia. ³¹(p.140)

1.2.1.4 O período de 1945 até 1964

É o período marcado pelo surgimento da rede de Universidades Federais e pela criação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, a primeira de muitas pelo Brasil; pela expansão das universidades estaduais paulistas, surgimento de instituições estaduais e municipais de menor porte em todas as regiões do país. Entre 1946 a 1960 foram criadas 18 universidades públicas e dez particulares, a maioria confessional católica e presbiteriana. Do ponto de vista do número de estudantes matriculados, a taxa de crescimento no ensino superior, nesse mesmo período, foi de 236,7%, o que indica uma intensificação do ritmo de crescimento bastante significativa em comparação com os períodos anteriores (2,4%, a taxa média anual, entre 1932 e 1945, e 12,5%, entre 1945 e 1964).³¹

Segundo Santos e Cerqueira²⁹ (p.5), pode-se tratar esse período “como uma das primeiras experiências de expansão do sistema. Ao contrário do crescimento do setor privado, o que se pretendia era a ampliação das vagas nas universidades públicas e gratuitas, que associassem o ensino à pesquisa, com foco no desenvolvimento do país, aliado às classes populares na luta contra a desigualdade social no ensino superior”. A expansão do setor privado encontrou forte resistência do movimento estudantil, liderados pela União nacional dos Estudantes (UNE) que desejava uma reforma profunda de todo sistema educacional, pois o que importava era alterar a estrutura existente e romper com o modelo compromissado com o Estado Novo. Porém, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), votada em 1961, atendeu aos anseios dos setores privatistas e conservadores, o que acabou por legitimar e ampliar o sistema existente. A LDB se preocupou basicamente em estabelecer mecanismos de controle da expansão do ensino superior e do conteúdo a ser ofertado.

Cunha^{32,33} explica a expansão como uma resposta ao aumento da demanda ocasionado pelo deslocamento dos canais de ascensão social das camadas médias e pela própria ampliação do ensino médio público, bem como pelo alargamento do ingresso na universidade decorrente do processo de equivalência dos cursos técnicos ao curso secundário, que se iniciou nos anos 50 e culminou com a Lei de Diretrizes e Bases de 1961, considerado pelos pesquisadores uma proposta tímida, que não incorporou o debate da época, por falta de força política [contrárias às forças do Estado Novo] no Congresso Nacional.

Na década de 50, assiste-se ainda a criação em 1947 do Instituto Tecnológico da Aeronáutica (ITA) como decorrência da constituição do Ministério da Aeronáutica. Mendonça destaca que a criação do ITA foi proposta no Relatório Smith, elaborado por uma comissão presidida pelo brigadeiro Casimiro Monteiro e assessorada pelo professor Richard H. Smith, do Massachusetts Institute of Technology (MIT). O ITA surge como modelo de universidade *moderna*.

Embora criado para atender às necessidades de formação de pessoal de alto nível para um setor específico, sua estrutura rompia com a forma como estavam organizadas até então as instituições de ensino superior, particularmente com a estrutura da cátedra vitalícia. Seus professores eram contratados sob normas trabalhistas, sendo o contrato sujeito a rescisão de acordo com o desempenho do docente. A seleção de professores era responsabilidade da comunidade acadêmica que se constituía em um corpo governativo próprio. Havia uma carreira estruturada em quatro níveis, sendo condição para ingresso na mesma estar cursando a pós-graduação.

Alunos e professores dedicavam-se exclusivamente ao ensino e à pesquisa, inclusive residindo no campus universitário. As cátedras foram substituídas pelos departamentos e adotou-se o sistema de créditos, nos moldes das universidades americanas.³¹ (p.42).

Com o crescimento e organização da comunidade científica, com melhor articulação política, criam-se a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), em 1948, e o Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas (CBPF), em 1949. No âmbito da SBPC, organiza-se um grupo de pensamento mais politizado em, sob certos aspectos, nacionalista. Era essa vertente que empunhava a bandeira da reforma global da universidade e que se articulou junto a Darcy Ribeiro e Anísio Teixeira em torno ao projeto da Universidade de Brasília.

É significativo que a SBPC tenha-se posicionado contra a criação pelo MEC, em 1958, da Comissão Supervisora dos Institutos (COSUPI), órgão destinado a renovar o ensino de engenharia, através principalmente da criação de institutos específicos nas universidades, alegando não só a dispersão de recursos provocada pelo programa, mas o seu *especialismo* e a tendência a concentrar nos institutos as atividades de pesquisa, desestimulando os núcleos já consolidados nas faculdades (especialmente as de Filosofia) e em outros organismos científicos mais apropriados. Essa Comissão, após 1964, seria incorporada à CAPES.³¹ (p.144).

Ao longo do final dos anos 50, início dos 60, outras experiências isoladas vão começando a ensaiar mudanças na estrutura pedagógico-administrativa do ensino superior, algumas das quais serão posteriormente incorporadas à Reforma de 68. Entre elas, a Universidade Federal do Ceará, criada em 1955, na qual se retomava a concepção nuclear da Faculdade de Filosofia; a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, articulada à USP, criada entre 1957 e 1962; a Universidade Rural de Minas Gerais, hoje Universidade Federal de Viçosa, instalada em 1958; as Escolas Superiores de Agricultura de Piracicaba e a do Rio Grande do Sul, em 1963.

A Universidade de Brasília, instituída em dezembro de 1961, em regime de fundação de direito público, não só pela sua posição de universidade da nova capital, mas pela originalidade da sua proposta, foi endossada por setores de ponta da comunidade científica. A UnB foi implantada com rapidez e seus professores foram recrutados entre os melhores no país, atraídos, em grande parte, pela mística que se constituiu em torno da *nova* universidade. O projeto original da Universidade de Brasília teve, sem dúvida, uma de suas fontes de inspiração na experiência da UDF, tendo Anísio Teixeira como um de seus mentores, embora de início tenha resistido à ideia da criação de uma universidade na nova capital. Entretanto, sua vinculação com a ideia

nacional desenvolvimentista estava expressa na própria formulação dos seus objetivos, tendo como primeira das suas finalidades:

Formar cidadãos empenhados na busca de soluções democráticas para os problemas com que se defronta o povo brasileiro na luta por seu desenvolvimento econômico e social. ³³ (p.171)

Com o golpe militar de 64, a Universidade de Brasília foi fortemente atingida, tendo seu campus invadido em 65 e sofreu intervenção governamental armada uma semana após o golpe de 31 de março de 1964, quando 900 homens tomaram as instalações, permanecendo administrada “por amigos do governo” o que iria como consequência descaracterizar totalmente o projeto originalⁱ.

Vale lembrar, segundo Cunha³³ que é importante recuperar as experiências desenvolvidas ao longo desses anos, para desmitificar a ideia de que o processo de modernização da universidade brasileira teria se iniciado apenas após 1964, sob a influência direta dos acordos MEC-USAID.

1.2.1.5 O período de 1964 e o Regime Militar

O movimento estudantil marcou a resistência ao regime militar dos anos 60, tendo a universidade pública como bandeira. Levou o então Presidente Castelo Branco a acabar com as organizações de representação estudantil nacional, estadual e municipal, a proibir manifestações ou propaganda de caráter político-partidário, racial e religioso bem como promover ou apoiar quaisquer ausências em trabalhos escolares. Diante da proibição, os manifestantes organizaram passeatas maiores e embates mais radicais entre estudantes de universidades públicas e grupos que apoiavam o regime militar. Em 1968, a rua Maria Antônia, na área central da capital paulistana, virou um campo de batalha entre estudantes da USP e da Universidade Mackenzie com bombas de gás e coquetel molotov. Como em Paris, o mês de maio de 1968 aconteceu também no Brasil.

O regime militar conseguiu derrotar o movimento estudantil pela força e promoveu uma profunda reforma no ensino superior visando a modernização do sistema de ensino no Brasil:

ⁱ Fonte: *A primeira intervenção na UnB*. Retirado da Web em 15/11/2015 <http://campus.fac.unb.br/arquivo/campus12014/especiais/item/3286-a-primeira-interven%C3%A7%C3%A3o-na-unb>.

A reforma dos militares continha basicamente as seguintes mudanças: extinção da cátedra; fim da autonomia das faculdades; criação de institutos, faculdades e/ou escolas; introdução do sistema de créditos; ciclo básico antes da formação profissional; garantia da representação discente e docente; ingresso contínuo por carreiras e currículos mínimos fixados pelo MEC (não à flexibilização). A ampliação do acesso se deu nos cursos tradicionais, na organização da rede federal; no estímulo à pesquisa e na qualificação pela Capes e pelo CNPq; foi criado um programa modular de apoio à pós-graduação e à pesquisa e a introdução do regime de tempo integral para docentes. A reforma foi incompleta; não houve verdadeira reforma curricular e a ampliação do sistema se deu simplesmente através da multiplicação da matrícula nos mesmos cursos tradicionais. A reforma tentou organizar todo o sistema federal em universidades e de promover a pesquisa, o que ia ao encontro das reivindicações dos estudantes e constava do ideário modernizador desde 1930.²⁹ (p.5).

Nas décadas de 60 e 70, tanto o setor público quanto o setor privado foram beneficiados com os resultados da política econômica do regime militar. Com o aval do Conselho Federal Educação, o ensino superior no país sofreu, ao longo dos anos 70, um incrível processo de massificação, através da multiplicação de instituições isoladas de ensino superior, criadas pela iniciativa privada. Entre 1968 e 1974, enquanto as matrículas nas universidades passaram de 158,1 mil para 392,6 mil, pouco mais do que o dobro, nas instituições isoladas, das quais $\frac{3}{4}$ privadas, esse número cresceu de 120,2 mil para 504,6 mil.³¹

Ao analisar os decretos-leis de 1966 e 1967, que reestruturaram as universidades federais, renunciando as medidas propostas na Reforma de 1968, Anísio Teixeira manifestou seu descrédito com relação às mudanças, pois a reforma não se fazia “*de dentro* da universidade, pelo debate e resultante consenso do magistério, mas por atos legislativos a princípio permissivos e depois coercitivos” que terminaram por descaracterizar a UnB.

Desta forma é possível considerar que as soluções pedagógico-administrativas incorporadas à Reforma de 1968 tenham emergido do momento anterior a 1964 (Tabela 1), pois há um evidente deslocamento do eixo em torno do qual se articula a reforma da universidade. Este se transfere do âmbito da reflexão sobre a sua responsabilidade social e política num projeto global de desenvolvimento, para o âmbito da racionalidade administrativa e econômica, num contexto marcadamente repressivo.

Tabela 1 – Reformas Educacionais Brasileiras

ANO	REFORMA
1891	Reforma Benjamin Constant
1901	Reforma Epiácio Pessoa
1911	Reforma Rivadávia Corrêa
1915	Reforma Carlos Maximiliano
1925	Reforma João Luiz Alves
1931	Reforma Francisco Campos
1961 ^j	Lei de Diretrizes de Bases da Educação Nacional (LDB)
1968	Lei da Reforma Universitária

Fonte: Autora

Mendonça³¹, entretanto, faz um balanço do impacto efetivo Reforma Universitária de 1968, consubstanciada na Lei nº 5.540/68 e legislação complementar, sobre o ensino superior em geral e particularmente sobre a instituição.^k

Um primeiro impacto do golpe militar de 1964 sobre os rumos da universidade brasileira foi, sem dúvida, o de conter o debate que se travava no momento anterior e isso se fez através da intervenção violenta nos *campi* universitários, do expurgo no interior dos seus quadros docentes, da repressão e da desarticulação do movimento estudantil. Por outro lado, não era mais possível ao governo segurar o processo de transformação da universidade, seja pela pressão exercida pelas classes médias no sentido da ampliação da oferta, que se traduzia na complicada questão dos *excedentes*, seja pelas próprias necessidades do projeto de modernização econômica que se pretendia implementar no país. Não é, portanto, de forma alguma gratuito o fato de que o governo militar tenha, desde o início, empenhando-se na reorganização do ensino superior, assumindo a liderança do seu processo de modernização. Já em 1966 seriam emitidos os dois decretos-lei que encaminhavam a reestruturação das universidades federais, incorporando várias das medidas ensaiadas nas experiências universitárias citadas anteriormente e renunciando a reforma global do sistema. ³¹ (p.149)

Ressalta ainda Mendonça³¹, o Relatório Meira Mattos, produzido por uma outra comissão presidida pelo general que acabou dando nome ao documento aprovado a toque de caixa, foi transformado em lei. O Relatório do GT forneceria as linhas gerais do paradigma com base no qual a universidade brasileira se consolidaria. Desta perspectiva, a Lei 5.540 de 28 de novembro de 1968 afirmava explicitamente constituir-se a universidade na forma ideal de organização do ensino superior, na sua trílice função de ensino, pesquisa e extensão, enfatizando-se a indissolubilidade

^j A primeira LDB foi promulgada em 1961, que seguiu uma versão em 1971. A renovação mais recente da LDB ocorreu em 1996.

^k Em 1968, no contexto da crise institucional, que culminou com o AI-5, foi instituído o Grupo de Trabalho (GT) encarregado de *estudar a reforma da Universidade brasileira*, constituído por representantes dos Ministérios da Educação e Planejamento, do Conselho Federal de Educação e do Congresso.

entre essas funções, particularmente entre ensino e pesquisa, sendo esta última o próprio distintivo da universidade. Segunda a pesquisadora:

A partir daí, as universidades, particularmente as públicas – num primeiro momento, mantidas na sua quase totalidade pelo governo federal – entrariam em um processo de consolidação, mesmo que irregular em seu conjunto, bastante ajudado pela institucionalização da carreira docente e, especialmente, pela definitiva implantação dos cursos de pós-graduação. Este último foi, sem dúvida, o principal fator responsável pela mudança efetiva da universidade brasileira, garantindo, por um lado, o desenvolvimento da pesquisa no âmbito da universidade e, por outro, a melhoria da qualificação dos docentes universitários. Privilegiando, de início, as áreas das chamadas ciências exatas, as agências de fomento criadas ao longo dos anos 50 acabaram por garantir uma surpreendente expansão da pós-graduação no país, que atingiu, num segundo momento, também as áreas das ciências humanas e sociais.³¹ (p.152)

Por outro lado, para Mendonça, a autonomia da universidade não teve condições para se efetivar, no contexto do regime autoritário. Em parte porque o controle centralizado dos recursos materiais e financeiros pelo governo federal acabou por atrelar o seu funcionamento às políticas governamentais. E também, internamente, o governo da universidade estruturou-se por uma espécie de pacto entre as oligarquias acadêmicas tradicionais e os novos segmentos da comunidade acadêmica, formando-se, de acordo com as peculiaridades históricas de cada instituição, diferentes tipos de composição entre essas partes que definem uma estrutura de poder nem sempre orientada pela dimensão propriamente acadêmica.³¹

1.2.1.6 O período iniciado em 1985 aos anos 2014

Anos 80, conhecida como a década perdida, foi atingido pela crise econômica e transição política. É também uma década de mobilização de educadores, reivindicando maior participação nas decisões; na elaboração do projeto político pedagógico das escolas; na gestão do ensino; na formulação de políticas públicas. A grande mudança inicia-se com a promulgação da nova Constituição Federal em 1988, elaborada pela Assembleia Constituinte, e suas leis subsequentes que consagraram o princípio da gestão democrática; a exigência de concurso para a docência e a forte vinculação da escolar com a comunidade resultando na responsabilidades social, reafirmando a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão para as universidades.

Destaca-se a Lei 9.192/95 que passou a regulamentar o processo de escolha dos dirigentes universitários. Essa medida possibilitou criar entendimentos únicos sobre as eleições democráticas de manutenção e preservação da autonomia

universitária. A nomeação de reitores, vice-reitores, diretores e vice-diretores seguem um entendimento jurídicos e não mais obedecerá a critérios políticos.

A Lei 9.131/95 regula também o Conselho Nacional de Educação (CNE) que passou a instituir avaliações periódicas nas instituições e nos cursos superiores. Dessa maneira, o CFE passou a não mais existir e a Portaria N° 249/96 do MEC instituiu o exame nacional de cursos, conhecido como *Provão*. Já o Decreto n° 2.026/96 definiu os procedimentos necessários para a avaliação das IES e dos cursos.

Todas essas medidas objetivavam construir um arcabouço legal para sedimentar as leis e seus objetivos que estariam centrados no controle exercido pelo poder central e, em menor escala, na busca pela qualidade do ensino. Como pode ser observado no momento histórico de criação dos Conselhos Federais (Tabela 2):

Tabela 2 – Histórico dos Conselhos de Educação

Conselho de Instrução Superior	1891
Conselho Superior de Ensino	1911
Conselho Nacional de Educação	1925
Conselho Federal de Educação	1961
Conselho Nacional de Educação	1995

Fonte: Autora

Depois de nove anos de discussão no Congresso Nacional do PL 1258/33 é promulgada em 20 de dezembro de 1996 a Lei 9.394 - a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), coroando, embora não contemplando os anseios dos educadores, o processo das reformas do século XX.³⁴

Segundo as considerações de Zanetti³⁵, o texto final da LDB descaracteriza nível de ensino superior, enquanto público-estatal, em relação ao PL 1258/88 dispunha:

- quanto às finalidades da educação superior, estas aparecem precarizadas, por exemplo: "incentivar o trabalho de pesquisa" ao invés de pesquisar; "promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos" ao invés de divulgar;

- a avaliação institucional, no PL 1258/88, buscava a análise criteriosa do funcionamento das instituições de ensino superior, identificando onde estão os seus problemas, de quem é a responsabilidade de solução (interna ou externa à instituição) - que no caso de universidade pública será do Poder Executivo; definia o prazo e quem participaria da avaliação (comunidade interna - professores, alunos, funcionários - e, comunidade externa - membros da Comissão Autônoma da Avaliação e do Poder Executivo), tudo isto com o caráter de revitalização da instituição avaliada. Na LDB aprovada,

por outro lado, o caráter é punitivo, ou seja, a instituição que não obtiver resultados satisfatórios pode ter desativados seus cursos e habilitações, bem como sofrer intervenção, suspensão temporária de prerrogativas da autonomia ou descredenciamento;

- a autonomia^l aparece com o caráter de desresponsabilização do Estado para com a manutenção deste nível de ensino, empurrando-o para a captação de recursos na iniciativa privada, porém, mantendo o controle dos resultados através da avaliação.

- o regime jurídico único desaparece e com ele o plano de carreira único e a isonomia salarial, colocando-se, no seu lugar, o regime jurídico especial, que "possibilita" a criação diferenciada - nas universidades públicas - de um quadro de pessoal docente, técnico e administrativo, bem como um plano próprio de cargos e salários;

- a dedicação exclusiva, que tem como uma das funções garantir a pesquisa, é substituída pelo regime de tempo integral, que pode levar ao sistema horista de trabalho, ou seja, cada professor ser remunerado pelo número de horas-aula;

- a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão desaparece quando são criados diferentes tipos de ensino superior: universidades, centros de educação superior, institutos, faculdades e escolas superiores, não definindo claramente, qual a função de cada um deles^m e favorecendo a formação de profissionais fora da universidade;

- a universidade se caracteriza, segundo a LDB, dentre outros aspectos, pela maioria dos docentes com titulação em nível de especialização, mestrado e doutorado. Com este critério, várias faculdades particulares que, hoje, funcionam com a maioria dos seus docentes com especialização, se transformarão em universidades. Além disso, o CRUB - Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras -, seria composto, em sua maioria, por representantes de instituições privadas de ensino superior, que poderão ter suas posições privilegiadas, quando do voto. ³⁵

A aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), como uma política educacional, desencadeou um processo de reformulação profunda em todo sistema educacional brasileiro.

No caso da Educação Superior foram regulamentadas formas diferenciadas de processo seletivo, introdução de diretrizes curriculares para os cursos de graduação, diferenciação institucional (art. 45º da LDB e Decreto 2306/97), dentre outras. Assim permitindo novas formas de organização das instituições do ensino superior como os centros universitários.

O decreto que criou e regulamentou o funcionamento do Centro

^l O governo FHC encaminhou ao Congresso Nacional, Proposta de Emenda Constitucional - PEC 370/96, visando modificar o artigo 207 da Constituição onde diz que "as universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão". E em seu Parágrafo único: "A lei poderá estender às demais instituições de ensino superior e aos institutos de pesquisa diferentes graus de autonomia."

^m Em uma de suas versões, a LDB-DR apresentava como instituição de ensino superior, outras formas de organização, porém não definia naquele momento como seriam estas formas.

Universitário foi o Decreto nº 2.207, de 15/04/1997, posteriormente substituído pelo Decreto nº 2.306, de 19/08/1997. A criação desta nova forma de organização – o Centro Universitário – e a posterior concessão de autonomia ao mesmo, respondia a uma demanda específica do setor privado de ensino superior: a possibilidade de quebra do chamado “modelo único”, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, e que preconizava a indissociabilidade entre as atividades de ensino, pesquisa e extensão. Com este novo formato institucional, abriu-se a possibilidade de muitas instituições gozarem das prerrogativas da autonomia universitária, mas sem que cumprissem os seus pressupostos legais, sobretudo no que se refere à pesquisa científica. Mais direitos, menos deveres. Para o setor privado, a maior de todas as vantagens alcançadas foi a de obter a liberdade para abertura de novos cursos de graduação, bem como o número de vagas oferecidas. Sem necessitar investir em atividades de pesquisa, os Centros Universitários tornaram-se verdadeiras empresas de ensino. Desde sua criação, o crescimento das atividades do setor privado passou a concentrar-se neste tipo de instituição, sendo a maior parte delas, naquelas instituições declaradamente lucrativas.

Embora a Constituição de 1988 determinasse que o ensino fosse indissociado da pesquisa, ensino, pesquisa e extensão, os efeitos do artigo 207 tornaram-se quase nulos por meio do decreto 3.860/2001, precedido pelos decretos nº. 2.207/1997 e 2.306/1997: quando a letra “a” do artigo 207 é liberalizada, pois, não existe nenhuma imposição legal que condicione a aprovação de novas IES à sua organização na forma de universidade. O decreto 3.860/2001, nos artigos 7º e 8º, institui novas regras de organização e avaliação das instituições de ensino superior classificando as instituições em universidade, centros universitários, faculdades integradas, faculdades, institutos e escolas superiores. O decreto diversificou as instituições, abriu possibilidades de quebra do princípio da indissociabilidade, na medida em que algumas se dedicam a pesquisa, outras se dedicam a transmissão de ensino e outras vivem da exploração com fins lucrativos.

Se nos anos 70, a pesquisa foi uma alavanca propulsora das universidades, dotando-as de mais recursos e docentes qualificados, nos anos 90 a realidade é outra. As causas e as implicações desta política para a estrutura de pesquisa do país, desde então, tem sido discutida pela comunidade acadêmica. Assim a política educacional em vigor criou as condições legais, políticas e ideológicas para que se estabelecesse, no Brasil, um mercado educacional - estrito senso – de

mercantilização da produção dos trabalhos acadêmicos e da gestão das universidades públicas – onde o sistema de educação superior em poucos anos terá um perfil não universitário.³⁶

Segundo Vieira³⁷, a gestão e o financiamento da educação Superior requerem o desenvolvimento de capacidades e estratégias apropriadas de planejamento e análise de políticas, com base em parcerias estabelecidas entre instituições de educação superior e organismos nacionais e governamentais.

O financiamento da educação superior requer recursos públicos e privados. E o Estado mantém seu papel essencial neste financiamento. O financiamento público da educação superior reflete o apoio que a sociedade presta a esta educação e deve, portanto, continuar sendo reforçado a fim de garantir o desenvolvimento, aumentar sua eficácia e de manter sua qualidade e relevância. Não obstante o apoio público à educação superior e a pesquisa permanece essencial, sobretudo como forma de assegurar um equilíbrio na realização de missões educativas e sociais. (p.78)

Com a Reforma do Estado – portanto, na confluência de diversos campos educacional, campo profissional e campo da pesquisa – há um deslocamento de concepção, significados e de funções. Ou seja, da Universidade como instituição que cria, produz, inventa, abriga, transforma e socializa os conhecimentos ao produzir elementos constituintes da soberania política, científica e tecnológica dos governos nacionais, tendo como referência valorativa a sociedade, para uma outra universidade agora como organização social: reprodutora de conhecimento, inovadora de tecnologias e prestadora de serviços para venda no mercado, sob égide da gerência empresarial e tem a si mesmo como referência.³⁸

Neste momento se dá a crise institucional, induzida pela redução do compromisso político do Estado e a transnacionalização do mercado universitário. Desencadeia-se dessa maneira um processo de redução e diversificação das fontes de investimento público, de desqualificação do fazer científico e acadêmico das instituições públicas destituindo-a de suas funções, significado, tempo e ritmo.³⁹

A política de diversificação e diferenciação da educação superior, que reconfiguram o sistema de educação superior no Brasil, com mais intensidade, a partir do primeiro governo de FHC acentuam pressupostos fundamentais do neoliberalismo; entre eles a subordinação do ensino superior ao mercado, no que diz respeito a formação profissional e a produção de bens e serviços acadêmicos, bem como dão ao Estado os instrumento legais e burocráticos necessários à **avaliação** e controle do sistema, o que permite promover uma maior competitividade no sistema, induzir a

qualidade.^{40,8,3} Segundo ainda Vieira³⁷, a diversificação e a diferenciação dos sistemas surgem, a partir de 2000 como alternativa de solução para a demanda crescente de vagas nas universidades – para atender as metas do ensino superior do PNE - e para a questão da massificação bem exige a integração dos diferentes procedimentos de avaliação (novas formas de controle e regulação).

Neste processo de reestruturação da educação superior [em curso] a política que articula reforma curricular dos cursos de graduação com as alterações do mundo do trabalho, – ocasionadas pela reestruturação produtiva – interfere diretamente na esfera da produção do conhecimento e da formação profissional (Catani et al.ⁿ)³⁷

A aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 20 de dezembro de 1996, introduziu um conjunto de modificações importantes no sistema educacional brasileiro. A LDB, com uma política educacional determinada, desencadeia um processo de reformulação profunda. No caso da Educação Superior, foram regulamentadas formas diferenciadas de processo seletivo, introdução de diretrizes curriculares para os cursos de graduação, diferenciação institucional (art. 45º da LDB e Decreto 2306/97), dentre outras.

A LDB trouxe ainda a diversidade dos cursos de nível superior, tais como os sequenciais, de graduação (tecnologia, bacharelado e licenciatura), de pós-graduação *strictu sensu* e *lato sensu* (doutorado, mestrado, especialização, aperfeiçoamento, atualização) e cursos de extensão. O decreto 3.860/2001, nos artigos 7º e 8º, institui novas regras de organização e avaliação das instituições de ensino superior classificando as instituições em universidade, centros universitários, faculdades integradas, faculdades, institutos e escolas superiores. Portanto, o decreto diversificou as instituições, abriu possibilidades de quebra do princípio da indissociabilidade, na medida em que algumas se dedicam a pesquisa, outras se dedicam a transmissão de ensino e outras vivem da exploração com fins lucrativos.

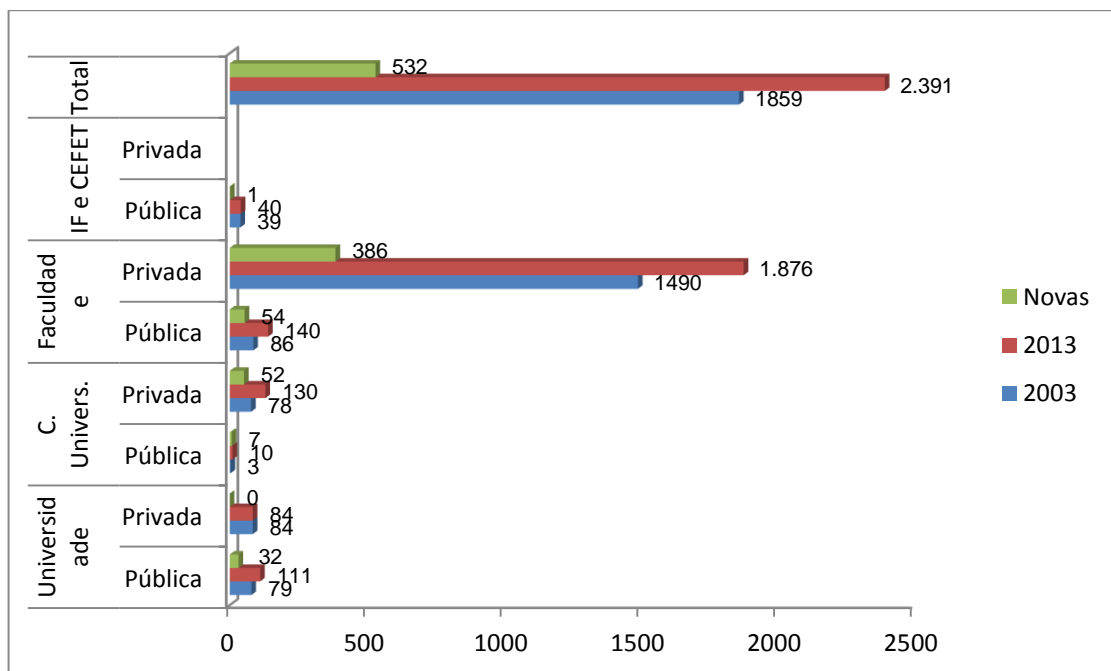
As causas e as implicações desta política para a estrutura de pesquisa do país, desde então, tem sido tratada intensamente pela comunidade acadêmica. Desse processo os principais resultados são o crescimento expressivo no campo das instituições privadas e quanto às universidades, que em 1996 já representavam um

ⁿ Catani AM, Dourado LF, Oliveira JF. A política de avaliação da educação superior no Brasil em questão. Avaliação. 2001; 6(4):7-16 *apud* 37.

percentual pequeno (14,8%) em relação ao total de instituições, em 2004 o percentual baixou para 8,4%. Segundo Catani, Dourado e Oliveira⁴¹, o sistema instituído para avaliar a educação superior no Brasil, passou a observar os seguintes critérios: implementar ações de economia da educação que altera objetivos, valores e processos educativos; ampliar o poder de controle do Estado e altera a lógica do relacionamento entre as IES; promover mudanças significativas na gestão universitária que aumente a produção do trabalho acadêmico e sua formação profissional. Para os autores, “na prática, a avaliação vem ganhando, no Brasil, grande centralidade como forma de controle e de definição de políticas que estimulam a expansão competitiva no ensino superior”.⁴¹ (p.43).

Conforme dados do Censo da Educação Superior, comparando os relativos aos anos de 2003 e 2013, registra-se elevação do número total de Instituições de Educação Superior (IES) que, em 2003, somavam 1.859 IES e, em 2013, passaram a totalizar 2.391, havendo um acréscimo de 532 instituições. Os dados comparativos por organização acadêmica e organização administrativa (se pública ou privada), considerando o período em questão, conforme a seguir:

Gráfico 1: Número total de Instituições de Educação Superior (IES) (2003 a 2013)



Fonte: Censo da Educação Superior / INEP. Comparativo de quantidades de Instituições de Educação Superior nos anos de 2003 e 2013.

Em 2004, é criado o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) que tem o objetivo de assegurar processo nacional de avaliação das instituições de educação superior, dos cursos de graduação e do desempenho

acadêmico de seus estudantes. O Decreto N° 5.773 de 9 de maio de 2006, instituiu o exercício de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino, tendo como princípio da Lei 10.861, de 14 de abril de 2004, que criou o SINAES.

A promulgação do Decreto N° 5.773/2006 que ainda regula/avalia a entrada dos Centros Federal de Educação Tecnológica (CEFET), Institutos Federais (IF), que devem primar pela educação superior dos cursos tecnólogos que são voltados para uma formação superior mais rápida, porém robusta, e voltada para o mercado de trabalho.

Na prática, as políticas governamentais para o setor da educação traduzem a um meio estímulo à expansão das matrículas e à diversificação institucional e passam a ser entendidas como um serviço e condicionam a educação superior à função de ensino. A profunda diferenciação institucional provoca mudanças na identidade e na função social que deveriam orientar o cotidiano da universidade.

A entrada dos Institutos Federais no rol de Instituições de Ensino Superior evoca outro debate, que não será tratado aqui, sobre a finalidade dos IF: graduação, pós-graduações ou cursos tecnólogos. Assim, as universidades passam pelo processo de metamorfose institucional como prestadora de serviço. E deveria ser entendida como instituição histórica autônoma em relação ao Estado e ao mercado.³⁸

As discussões voltam-se para a política de educação superior quanto à diversidade do sistema, sua articulação (pública/privada) e os impactos do modelo avaliação/supervisão.

Todos os questionamentos passaram a ser encarados em um novo formato devido ao processo de avaliação sancionar uma crescente expansão quando são observados as IES: CEFET - Institutos Federais de Educação Pública voltados aos cursos de tecnólogos (cursos superiores de duração de 2 anos) sem obrigação de criar pesquisa institucional; Faculdades - de caráter público ou privado, mantêm cursos de graduação e pós-graduação; Centros Universitários - de caráter privado, cujas IES detém autonomia de expansão limitada e sem obrigação de desenvolver pesquisa institucional e Universidades - caráter pública ou privada, gozam de autonomia e têm o dever de instituir pesquisas institucionais nas áreas de ciências: sociais, da saúde e exatas. Ou seja, devem abranger todos os campos do conhecimento.

A gestão e o financiamento da educação Superior requerem o

desenvolvimento de capacidades e estratégias apropriadas de planejamento e análise de políticas, com base em parcerias estabelecidas entre instituições de educação superior e organismos nacionais e governamentais. O financiamento da educação superior requer recursos público e privado. E o Estado mantém seu papel essencial neste financiamento. O financiamento público da educação superior reflete o apoio que a sociedade presta a esta educação e deve, portanto, continuar sendo reforçado a fim de garantir o desenvolvimento, aumentar sua eficácia e de manter sua qualidade e relevância. Não obstante o apoio público à educação superior, a pesquisa permanece essencial, sobretudo como forma de assegurar um equilíbrio na realização de missões educativas e sociais.

Com a Reforma do Estado há um deslocamento de concepção, significados e de funções. Isto é, da Universidade como instituição: que cria, produz, inventa, abriga, transforma e socializa os conhecimentos que são parte dos elementos constituinte da soberania política, científica e tecnológica dos governos nacionais, e que tem como referência valorativa a sociedade, para outra universidade agora como organização social: reprodutora de conhecimento, inovadora de tecnologias e prestadora de serviços para venda no mercado, sob égide da gerência empresarial e tem a si mesmo como referência.³⁸

Neste momento se dá a exacerbação da crise institucional, induzida pela redução do compromisso político do Estado e a transnacionalização do mercado universitário. Desencadeia-se dessa maneira um processo de redução e diversificação das fontes de investimento público, de desqualificação do fazer científico e acadêmico das instituições públicas destituindo-a de suas funções, significado, tempo e ritmo.³⁹

A expansão da oferta de instituições, cursos e matrículas da educação superior, assim como o investimento de recursos públicos refletem a relevância estratégica da educação superior para o desenvolvimento econômico, cultural e social. Esses dados tem relação com as diretrizes do Plano Nacional de Educação aprovado mediante sanção das Leis nº 10.172 de 9 de janeiro de 2001 e 13.005, de 25 de junho de 2014. Destacam-se a universalização do atendimento escolar, o que se relaciona diretamente com a expansão da oferta, e a melhoria da qualidade da educação.

1.2.2 AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL

Os processos de avaliação da educação superior em diferentes países têm origens internas e externas aos sistemas de educação superior, uma vez que os governos necessitam direcionar a aplicação dos recursos, assim como os gestores das IES precisam ter critérios definidos para a concentração dos esforços, os estudantes precisam conhecer o *status* de qualidade da oferta dos cursos e a sociedade precisa saber quais são os mecanismos de indução construídos para oferta e sua expansão.^{42,43,3,5}

Nos sistemas de educação superior são identificadas diversas concepções e práticas de avaliação, desde aquelas direcionadas por propósitos financeiros, ou por simples mérito avaliativo para obtenção de ato autorizativo.^{42,5}

Outros sistemas como SINAES, com foco na avaliação de cursos e de instituições, com práticas avaliativas desenvolvidas a partir de princípios formativos que concebem a avaliação como um processo sistemático e integrado à proposta pedagógica da instituição com objetivos de autoconhecimento, tomada de decisão e aperfeiçoamento ou reconstrução institucional.^{42,43,3,5}

Nas palavras de Sguissard⁴² (p.552):

Multiplicam-se as propostas e experiências de avaliação fundadas nas mais diferentes filosofias e concepções de sociedade, de desenvolvimento social, de universidade e do próprio mecanismo da avaliação. Implantam-se propostas e experiências extremamente diversificadas quanto à sua abrangência (instituições, níveis de ensino, cursos, atividades-fim, atividades-meio), à sua concepção e à forma de sua implantação. Ao observador ingênuo, que acredita na neutralidade político-científica da instituição universitária e na avaliação como um bem universal, ocorreria pensar que isto é oportuno e positivo para instituições que contrairiam, todo o dia, a imensa dívida social, por serem públicas ("sustentadas pelas verbas da arrecadação fiscal") ou por serem privadas ("sustentadas pela retribuição do trabalho alienado de seus alunos").

A autonomia para criar o plano de desenvolvimento da instituição e acolher a diversidade presente em nossa sociedade deve garantir a implantação de estratégias avaliativas coerentes com a demanda social e o projeto nacional de consolidação da cultura da avaliação na educação superior.^{43,3,5}

Desvelando essa realidade em instituições que apresentam vocações distintas, Souza⁴⁴, contribui:

Na realidade, a evolução do sistema de ensino superior no País mostra que esse sistema tem se constituído em um campo acadêmico de extrema complexidade, envolto por uma expressiva heterogeneidade institucional. Em

função disso, a compreensão da diversidade de estabelecimentos de ensino demanda uma análise, dentre outros, do papel e alcance assumidos na rede privada em sua configuração. (p.144)

A Constituição de 88 exigiu que a educação superior se orientasse pela “*garantia de padrão de qualidade*”, ao mesmo tempo reafirmando a liberdade de atuação à iniciativa privada, resguardada a “*autorização e avaliação de qualidade pelo Poder Público*”. Oito anos depois, a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) trouxe avanços, tais como os processos de avaliação da qualidade dos cursos e instituições, além da avaliação do rendimento dos alunos vinculada às Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação.^{7,45}

A LDB de 1996 instituiu que a União incumbir-se-ia de coletar, analisar e disseminar informações sobre a educação (art 9º, V) e a partir de 1997, a Lei nº 9.448, deu ao INEP a incumbência de cuidar das estatísticas educacionais. Em 2004, foi criado o Sistema de Acompanhamento de Processos das Instituições de Ensino Superior - SAPIEnS, que nos termos da Portaria MEC nº 4.361, configurava-se como um sistema informatizado que possibilitaria a inserção de documentos, despachos e relatórios nos respectivos processos, “por meio da Internet com utilização de tecnologias de informação [...] visando a tramitação dos processos, o acompanhamento e o controle”. A Secretaria de Educação Superior do MEC seria o gestor e o INEP, o responsável pela infraestrutura e pelo banco de dados.^{45,46}

Em 1996, antes mesmo da aprovação da LDB, foi aprovado o Decreto nº 2.026, que estabeleceu “procedimentos para o processo e avaliação dos cursos e instituições de ensino superior”. Observa-se que, na ementa do decreto, ele tem por base o art. 9º, § 2º, alínea “e”, da Lei nº 4.024/1961 com a redação dada pela Lei nº 9.131/1995:

Art. 9º... § 2º São atribuições da Câmara de Educação Superior, do conselho Nacional de Educação (...)

*e) deliberar sobre a autorização, o credenciamento e o credenciamento periódico de instituições de educação superior, inclusive de universidades, **com base em relatórios e avaliações** apresentados pelo Ministério da Educação e do Desporto.*

O referido relacionou para cada tipo de avaliação, (curso, IES e alunos) quais os indicadores de qualidade que seriam considerados, além de “indicadores de desempenho global”. Na ocasião, os processos de avaliação eram conduzidos pela

Secretaria de Educação Superior, SESu/MEC, enquanto os processos regulatórios estavam a cargo do CNE.³

Em dezembro do mesmo ano, a LDB estipulava que os atos regulatórios seriam renovados após “processo regular de avaliação” (art. 46). No que concerne à avaliação da educação superior, a LDB passou a ser densamente regulamentada pelo Poder Executivo mediante Decretos e Portarias.

Neste sentido podemos citar, além do decreto anterior, os Decretos nº 2.207 e 2.306 de 1997, que dispunham sobre a classificação das IES e forma de atuação das mantenedoras. Estes dois decretos também determinaram que a vigência dos atos regulatórios dependeria do “processo regular de avaliação”. Portanto, a destinação da avaliação era, sobretudo, regulatória, sem indicação de que seus resultados pudessem pautar ações de aprimoramento da qualidade ou mesmo embasar políticas públicas na área.⁴⁶

A avaliação avolumou-se e conquistou seu espaço quando o INEP ganhou autonomia do MEC, na qualidade de autarquia^o, mediante a Medida Provisória nº 1.568, de 14/02/1997, promovida pelo Ministério da Reforma do Estado (MARE), que tinha como linha de ação que o Governo deveria ter órgãos com capacidade técnica e que não fossem capturados pelas rotinas burocráticas.

Com a avaliação devidamente alocada no INEP, o Poder Executivo baixou o Decreto nº 3.860/2001, para tratar da “organização do ensino superior, a avaliação de cursos e instituições”. Na origem, os temas tratados no decreto ingressaram no ordenamento educacional por meio da Medida Provisória nº 1.477-37, de 15/04/1997, que tratava da relação entre IES e alunos, tendo em vista abusos na contratação das mensalidades escolares^p.

Na reedição de número 37, a MPV alterou a Lei nº 9.131/1995 quanto à constituição das entidades mantenedoras e sua forma de atuação na Educação Superior. Na ocasião, o referido decreto consolidou uma série de temas, a começar pela classificação e organização das instituições e os critérios para ingresso e permanência das mesmas no Sistema Federal de Ensino, pautados na avaliação de qualidade. Na sequência, apresentou um capítulo para tratar da organização das

^o O ato de criação do INEP da Década de 30 enfatizava que ele funcionaria “como o centro de estudos de todas as questões educacionais relacionadas com os trabalhos do Ministério da Educação e Saúde”. Efetivamente, o órgão nunca perdeu esta função.

^p O tema, inicialmente tratado em Medida Provisória e depois no Decreto surgiu no contexto de muitos problemas enfrentados por alunos, em relação aos valores das mensalidades escolares. Não por acaso, no mesmo contexto o Decreto tenha inserido normas para supervisão e avaliação das IES.

entidades mantenedoras; outro capítulo resgatava o teor do mencionado Decreto nº 2.026/1996, no tocante à avaliação. Assim, o Decreto nº 3.860/2001 disciplinou com mais profundidade o elo entre avaliação e regulação, mas mesmo assim não havia nele outra destinação à avaliação que instruir os processos regulatórios.

O processo foi rompido em 2003, quando foi instituída a Comissão Especial de Avaliação⁴⁷ para propor o sistema de avaliação previsto no PNE de 2001. Em 2004, o SINAES esclareceu quais as finalidades da avaliação, para além de instruir os atos regulatórios.

No contexto do SINAES os resultados da avaliação possuem duas destinações bem demarcadas avaliação e regulação. Outra destinação inaugurada com a implantação do SINAES é sua função de produzir dados que permitam analisar a qualidade da Educação Superior, conforme ordenaram a CF/88, PNE/2001 e PNE/2014 para orientar as políticas públicas no campo da IES. Tais como expansão com qualidade, permitindo diagnósticos quantitativos e qualitativos para cada uma das finalidades apresentadas nos artigos 2º e 3º da Lei nº 10.861/2004, seja quanto ao perfil e missão das IES, seja de natureza e eficácia dos cursos de graduação ou desempenho do alunado.¹²

O amplo processo de discussão da avaliação da educação superior, realizado na última década, originou o atual SINAES. Embora bastante tensionado pelas diferenças existentes entre as IES principalmente quanto à sua categoria administrativa (pública ou privada) e sua organização acadêmica (universidades, centros universitários ou faculdades), a proposta do SINAES visa constituir um efetivo sistema integrador, com informações e análises dos resultados das IES, dos cursos e do desempenho dos estudantes permitindo assim a instalação de políticas educativas de abrangência nacional e também no âmbito institucional formuladas no interior de cada IES.¹²

Nesta perspectiva, a avaliação como um processo dinâmico exige uma permanente mediação pedagógica, fazendo com que o órgão estatal responsável pela implementação do SINAES, o INEP, acompanhe e revise periodicamente seus procedimentos e instrumentos em consonância com os princípios formativos e pressupostos da qualidade, sempre estabelecendo relações de aproximação conceitual entre avaliador e avaliado.⁵

Deste processo avaliativo, articulado com mecanismos regulatórios do Estado, decorrem medidas de natureza corretivas, planos de expansão qualificados,

que assegurem o desenvolvimento da educação superior, em patamares compatíveis, com os padrões mínimos de qualidade para a oferta de cursos de graduação.^{42,43,3}

Conforme o documento Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI: visão e ação⁴⁸, o conceito de qualidade deve envolver todas as funções e atividades da instituição: ensino, programas acadêmicos, pesquisa, incentivo tecnológico e inovação, ambiente acadêmico em geral:

Devem ser criadas instâncias independentes e definidas normas comparativas de qualidade, reconhecidas no plano internacional. Visando levar em conta a diversidade e evitar a uniformidade, deve-se dar atenção aos contextos institucionais, nacionais e regionais específicos. Os protagonistas devem fazer parte integrante do processo de avaliação institucional. (Art. 11, Alínea a, p.47)

Visando essa permanente melhoria da qualidade da educação superior, o sistema de avaliação brasileiro prevê o levantamento sistemático de dados quantitativos sobre a IES e seus cursos; a criação de espaços institucionais para a realização da autoavaliação pela comunidade acadêmica; a realização de avaliação externa por docentes de várias IES, com competência e domínio técnico adquirido pela experiência profissional na educação superior e formação na área de atuação do curso a ser avaliado; além da necessária reflexão sobre os resultados avaliativos e resultados do desempenho acadêmico produzidos, propiciando a análise e mudanças efetivas na gestão institucional e do próprio curso.⁴

1.2.3 O SISTEMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR – SINAES

A política de avaliação do sistema educacional brasileiro, instituído pela Lei nº 10.861 de 14 de abril de 2004, sustenta-se no tripé “Avaliação – Regulação – Supervisão”, envolvendo ações distintas intrinsecamente interligadas, que buscam possibilitar e contribuir para a qualidade da educação nos diferentes níveis de ensino.

12

Os principais elementos da avaliação de cursos do SINAES são o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) e a avaliação *in loco* realizada por comissões externas de avaliação institucional e de cursos, designadas pelo INEP. Tais comissões de avaliação são constituídas por especialistas em suas respectivas áreas do conhecimento, cadastrados no Banco de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (BASis) e capacitados nos diferentes

instrumentos de avaliação.¹²

Dessa forma, as instituições de educação superior são avaliadas desde a sua criação, para obter o credenciamento ou o reconhecimento, assim como seus cursos são avaliados para obtenção dos atos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento. A legislação prevê que todos os cursos sejam avaliados no período de três anos, constituindo o Ciclo Avaliativo do SINAES que se inicia com ENADE sendo aplicado aos estudantes nas áreas definidas anualmente por Portaria Ministerial, e, na sequência, realiza-se a avaliação *in loco* dos respectivos cursos e IES.²³

A comparação dos cursos com base em indicadores é fundamental para a gestão das Instituições de Educação Superior (IES), assim como para a mudança de atitudes pessoais ou profissionais dos docentes e demais envolvidos no processo educativo, além de garantir à sociedade maior credibilidade dos cursos ofertados. É importante que esses dados sejam utilizados na gestão acadêmica dos cursos, visando à proposição de mudanças curriculares que atendam à perspectiva de uma melhor formação dos estudantes e contribua para o estabelecimento da cultura de avaliação na educação superior.

Na medida em que as IES se apropriam dos indicadores de avaliação como referenciais de qualidade da gestão, possibilitam a transparência e visibilidade das ações educacionais no sentido da prestação de contas à sociedade e da institucionalização da política de avaliação. É preciso aproximar o discurso da ação, requerendo atitudes de participação que supere o isolamento e a tensão entre avaliador e avaliado. Arendt⁴⁹ contribui nesta reflexão quando afirma que:

Todas as atividades humanas são condicionadas pelo fato de que os homens vivem juntos; mas a ação é a única que não pode sequer ser imaginada fora da sociedade dos homens. A atividade de labor não requer a presença de outros, mas um ser que *laborasse* em completa solidão não seria humano, e sim um *animal laborans* no sentido mais literal da expressão. (p.31).

Na busca de qualidade da educação superior a presença do SINAES como parte de um conjunto de políticas públicas direcionadas para a expansão do sistema de ensino, qualificação e valorização da educação superior, tornou-se um importante instrumento para a garantia da oferta de cursos de qualidade.^{8,3,4,5}

O SINAES afirma em seus princípios a diversidade do sistema de educação superior: o respeito à identidade, à missão e à trajetória das IES e ao ter incorporado experiências implementadas anteriormente, as ressignificou e ampliou

buscando atender aos objetivos propostos de uma avaliação participativa. Por tudo isso, constitui-se em avanço quando propõe a característica de avaliação formativa e inclui a autoavaliação participativa nas instituições, além da necessária articulação com a regulação do sistema.^{12,8,3,4,5}

Entretanto, não pode ser desconsiderada a grande quantidade de instituições, e principalmente de cursos, para desenvolver um sistema que se mostra bastante complexo e de difícil operacionalização, devido à necessidade de articular as funções regulatórias com os tempos exigidos à incorporação dos seus princípios às instituições.

1.2.3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SINAES

A criação do SINAES representou, assim, uma mudança no processo de avaliação da educação superior em vigor, cuja natureza quantitativa dava prioridade à comparação entre IES e cursos, incentivando a competição entre eles.⁵¹

A mudança promovida pelo SINAES pode ser resumida nos seguintes pontos: i) enfatiza a avaliação institucional; ii) combina autoavaliação institucional e avaliação externa; iii) considera que avaliação e regulação se alimentam mutuamente; iv) articula os diversos instrumentos de avaliação mediante uma concepção global; v) amplia a concepção de educação superior e de formação; vi) reorienta o objeto da avaliação, os sujeitos envolvidos e a função dos avaliadores); vii) comunica resultados do processo realizado às IES e aos alunos; viii) institui política de recrutamento e de capacitação de avaliadores; ix) substitui o Exame Nacional de Curso (ENC) por processos globais; x) valoriza processos formativos e abordagem qualitativa; xi) adapta instrumentos de avaliação vigentes à nova concepção; xii) introduz a meta-avaliação.^{12,51}

O art.1º da Lei nº 10.861/2004 resume a proposta do SINAES, destacando as suas finalidades, o seu desenvolvimento em cooperação com os sistemas de ensino dos Estados e do Distrito Federal. Tais finalidades podem ser resumidas nos seguintes destaques: “melhoria da qualidade da educação superior, orientação da expansão da sua oferta, aumento permanente de sua eficácia e efetividade acadêmica e social”, “promoção e aprofundamento dos compromissos e responsabilidades sociais das IES”.

O art. 2º estabelece em seu parágrafo único que os resultados da

avaliação referida no seu *caput* “constituirão referencial básico dos processos de regulação e supervisão da educação superior”.¹²

Já o art.3º, que trata das dimensões institucionais a serem consideradas na avaliação das IES, destaca no §1º o “respeito à diversidade e às especificidades das diferentes organizações acadêmicas”, mas salienta que “no caso das universidades, de acordo com critérios estabelecidos em regulamento, deverá ser contemplada pontuação específica pela existência de programas de pós-graduação e pelo seu desempenho” na avaliação da CAPES.¹²

Ainda neste mesmo artigo, § 3º, é prevista “a aplicação de conceitos, ordenados em uma escala de cinco níveis, a cada uma das dimensões e ao conjunto das dimensões avaliadas”. O mesmo procedimento é aplicado na avaliação dos cursos de graduação, conforme estabelece o art. 4º, § 2º.¹²

O art.4º, §1º, dispõe que, na avaliação de cursos um dos *procedimentos obrigatórios* constitui as visitas por comissões de especialistas das respectivas áreas de conhecimento.^{12,51}

O art. 6º institui no âmbito do Ministério da Educação e vinculada ao Gabinete do Ministro de Estado, a Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior - CONAES, órgão colegiado de coordenação e supervisão do SINAES, com as atribuições de:

– propor e avaliar as dinâmicas, procedimentos e mecanismos de avaliação institucional, de cursos e de desempenho dos estudantes; II – estabelecer diretrizes para organização e designação das comissões de avaliação, analisar relatórios, elaborar pareceres e encaminhar recomendações às instâncias competentes; III- formular propostas para o desenvolvimento das IES, com base nas análises e recomendações produzidas no processo de avaliação; IV – articular-se com os sistemas estaduais de ensino, visando a estabelecer ações e critérios comuns de avaliação e supervisão da educação superior.¹²

O Art. 8º especifica que a *realização da avaliação* das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes *será de responsabilidade do INEP*.¹²

Já o Art. 11 indica que: Cada IES, pública ou privada, constituirá Comissão Própria de Avaliação, com atuação autônoma, tendo como atribuições a condução dos processos de avaliação internos da instituição, de sistematização e prestação das informações solicitadas pelo INEP.

Finalmente, o Art. 14 diz que: O Ministro de Educação regulamentará os procedimentos de avaliação do SINAES.

Alguns aspectos ganharam saliência na passagem da proposta

formulada pela Comissão para a formulação da Lei, valendo destacar, inicialmente, a afirmação da avaliação como referencial básico dos processos de regulação e supervisão da educação superior.⁵¹

Ou seja, não apenas é explicitada a demarcação de territórios de atuação e de atribuições das instâncias concernidas com a avaliação, como também o entendimento de que a avaliação como julgamento de mérito e valor da formação oferecida constitui referencial básico para ação supervisora e regulatória do Estado na sua tarefa de assegurar a qualidade da oferta educacional. Por outro lado, é afirmado que o respeito à diversidade institucional requer consideração da especificidade da universidade que associa ensino e pesquisa nos cursos de pós-graduação.^{8,51,3,4,51}

A materialização da orientação contida na proposta da Comissão de Avaliação prevê o estabelecimento de referenciais para distinguir patamares de qualidade atingidos, sendo priorizado o caráter educativo, de melhora e de autorregulação mediante comparações internas.^{12,51} Entretanto, o SINAES determina a aplicação de conceitos em uma escala de cinco níveis para expressar resultados de avaliação de IES, de cursos e desempenho dos estudantes, fórmula que sugere deslocamento de sentido na medida em que facilita classificações e, portanto, comparações externas entre instituições e cursos.^{5,12,51}

A obrigatoriedade das visitas das comissões de avaliação às IES e cursos é indicada como procedimento favorecedor da melhoria da qualidade porque permite observação externa da ação formadora empreendida mediante a interlocução com pares.^{12,51}

Um aspecto que merece especial atenção é a forma como a Lei 10.861/2004 aborda a CONAES. Define-a como órgão coordenador e supervisor do processo avaliativo localizado no âmbito do Gabinete do Ministro da Educação, em consonância com a proposta do SINAES e menciona a sua composição.^{12,51}

Em contrapartida, a responsabilidade do INEP pela realização do processo avaliativo obtém o devido respaldo, de imediato, por intermédio da promulgação da Lei nº 10.870, de 19 de maio de 2004, um mês após a sanção da Lei do SINAES. Nela é instituída a Taxa de Avaliação *in loco* em favor do INEP, pelas avaliações periódicas que deverá realizar.^{12,51}

Nesta Lei é também disposta a composição das comissões de avaliação, que deverá levar em conta a complexidade e amplitude do curso ou da instituição a

visitar, conforme critérios arrolados e que justificam alocação de recursos diferenciados. A crescente responsabilidade do INEP na organização do processo avaliativo, que sugere redirecionamento do sentido formativo e educativo originalmente salientado na Lei, será mais adiante objeto de atenção. ^{12,51}

A Diretoria de Avaliação da Educação Superior (DAES) do INEP, desde a implementação do SINAES é responsável por sua implementação, tanto no que se refere a avaliação institucional quanto à avaliação dos cursos de graduação que se dá pela visita *in loco* e a aplicação do ENADE para avaliação do desempenho dos estudantes. ^{12,51}

Vale ressaltar que a avaliação institucional interna e a externa são realizadas considerando dez dimensões estabelecidas pelo SINAES: (i) missão e o Plano de Desenvolvimento Institucional; (ii) política para o ensino, a pesquisa, a pós-graduação e a extensão; (iii) responsabilidade social da instituição; (iv) comunicação com a sociedade; (v) políticas de pessoal; (vi) organização e gestão da instituição; (vii) infraestrutura física; (viii) planejamento e a avaliação; (ix) políticas de atendimento aos estudantes; (x) sustentabilidade financeira. Já para a avaliação externa de cursos, são consideradas três dimensões: (i) organização didático-pedagógica; (ii) corpo docente e técnico-administrativo; e (iii) instalações físicas. Os instrumentos de avaliação consideram ainda, a verificação do atendimento aos requisitos legais, imprescindíveis para a regulação da educação e atendimento aos referenciais mínimos para efeito de autorizar e reconhecer a participação no sistema federal de educação superior. ^{12,51}

Em concomitância, são explicitadas atribuições de instâncias relacionadas à educação superior na estrutura do Ministério de Educação mediante a edição de três Portarias MEC: a de nº1.263, de 13 de maio de 2004, que define a Secretaria de Educação Superior (SESu) como órgão responsável pela regulação do Sistema Federal de Ensino; a de nº. 1.685, de 08 de junho de 2004, que define a então Secretaria de Educação Média e Tecnológica (SEMTEC) como órgão responsável pela regulação e supervisão do ensino profissional de nível tecnológico, e a de nº 3.643, de 09 de novembro de 2004, que reordena funções da SESu e da SEMTEC. ^{12,51}

Na mesma linha de organizar a ação avaliativa da educação superior, o MEC, dando cumprimento ao art. 14 da Lei do SINAES, publica a Portaria nº 2.051, de 09 de julho de 2004, regulamentando procedimentos de avaliação. Nesta Portaria é reafirmada a coordenação e supervisão do processo avaliativo das IES, cursos de

graduação e desempenho do estudante pela CONAES (Art.2º). São igualmente transcritas no art. 3º suas competências definidas na Lei nº 10.861/2004, às quais são acrescidas as seguintes atribuições:

I – institucionalizar o processo de avaliação a fim de torná-lo inerente à oferta de ensino superior de qualidade; II- oferecer subsídio ao MEC para formulação de políticas de educação superior de médio e longo prazo; III- apoiar as IES para que estas avaliem, periodicamente, o cumprimento de sua missão institucional, a fim de favorecer as ações e melhoramentos, considerando os diversos formatos institucionais existentes; IV- garantir a integração e coerência dos instrumentos e das práticas de avaliação, para consolidação do SINAES; V- assegurar a continuidade do processo de avaliação dos cursos de graduação e das IES; VI- analisar e aprovar relatórios de avaliação, consolidados pelo INEP, encaminhando-os aos órgãos competentes do MEC; VIII- promover atividades de meta-avaliação do sistema para exame crítico das experiências de avaliação concluídas.¹²

Embora sejam aprofundadas e ampliadas as atribuições da CONAES na sua relação com as IES, às quais essa Comissão deveria dar apoio e assegurar a continuidade de seus processos de avaliação, não é prevista a sua institucionalização efetiva de forma que, como sabido, ela continuou envidando esforços para obter espaço, equipamento e pessoal para dar conta de suas tarefas. Desse modo, a função coordenadora da Comissão finda por se sobrepor à de supervisão, caracterizando-se como instância pensante, crítica e impulsionadora do processo avaliativo em curso, inclusive com a incumbência da capacitação dos avaliadores, mas tornando-se vulnerável, entretanto, a conjunturas ministeriais.¹²

Já em relação ao INEP, definido como órgão responsável pela operacionalização da avaliação no âmbito do SINAES, conforme disposto no art. 11 da Portaria MEC nº.2.051, de 2004, constavam entre outras atividades, a divulgação eletrônica das orientações gerais para a avaliação de IES, cursos e desempenho do estudante, requisitos, procedimentos, prazos, constituição de comissões de avaliadores e sua capacitação, elaboração de parecer conclusivo a ser submetido à apreciação da CONAES.

Na Portaria MEC nº 398, de 03 de fevereiro de 2005, no art 1º, é reiterada a responsabilidade do INEP na operacionalização de ações e procedimentos referentes ao SINAES, ao ENADE, à Avaliação Institucional (AI) e à Avaliação dos Cursos de Graduação (ACG) (art.1º), cabendo à Diretoria de Estatística e Avaliação da Educação Superior (DEAES) - realizar o cadastro e a análise das propostas de autoavaliação elaboradas pelas Comissões Próprias de Avaliação (CPA) -, bem como proceder à avaliação externa das IES (Parágrafo Único). Essas tarefas são retiradas

na Portaria INEP nº 31, de 17 de fevereiro de 2005, e atribuídas à Coordenação Geral de Avaliação Institucional da Educação Superior e dos Cursos de Graduação da Diretoria de Estatísticas e Avaliação da Educação Superior (DEAES) que, no exercício de suas competências (art. 4º) não mais incluía relacionamento com a CONAES.^{12,51}

Vale assinalar que tal postura já marcara a Portaria INEP nº04, de 12 de janeiro de 2005, na qual foram definidos (art. 2º) os elementos constitutivos do Instrumento de Avaliação Institucional Externa para fins de credenciamento e reconhecimentos de universidades, assim como a Portaria MEC n.398/2005, de 03 de fevereiro de 2005.⁵¹

Visando assegurar apoio às IES para melhoria de sua atuação formativa e educativa, foi estabelecida, no art. 32, a atribuição de conceitos em uma escala de cinco níveis.

Os indicativos de pontos fortes e fracos e de mínimo aceitável poderiam dar substrato a recomendações de ações institucionais passíveis de produzir efeitos positivos no curto prazo, aprofundando a dimensão educativa da avaliação institucional propugnada no Documento da CEA. Entretanto, poderiam igualmente abrir espaço para a competição interinstitucional, nos moldes do que House^{50 52} (1992) denominou de perspectiva tecnológica, pautada por metas e valorizando a eficiência que, no caso, certamente foi mesclada às perspectivas política e cultural, conforme anteriormente mencionadas.

Esse aparato normativo inicial constituído para dar corpo à proposta do SINAES pode ser considerado a principal referência para a sua implementação progressiva. É, pois, em diálogo com as delimitações por ele operadas que será examinada a direção que foi sendo dada à ação avaliativa da educação superior, cujas principais preocupações eram a sua abrangência, complexidade e efetivação.

1.2.3.2 O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CURSOS

O instrumento de avaliação de cursos passou desde o início do SINAES por três momentos diferentes em 2006, em 2009 a 2010 e 2012. Em 2006, foi construído um instrumento único, de Avaliação de Cursos de Graduação que foi utilizado para os atos de reconhecimento e renovação de reconhecimento dos cursos de Bacharelado, Licenciatura e Tecnológicos, nas modalidades presencial e a distância. Esse instrumento único tinha como características, abrangência e a

flexibilização necessárias para assegurar avaliação fidedigna dos cursos, respeitando suas peculiaridades contempladas nas DCN de cada curso, a diversidade regional e a identidade institucional.³⁶

Entre 2008 a 2009, foram criados doze instrumentos, sendo cinco para autorizações de funcionamento, seis para reconhecimentos de cursos e um para as renovações de reconhecimento de cursos. Nesse período, cada instrumento tinha uma lógica.⁵³ (p.61)

Em 2012, passou a existir um instrumento de avaliação⁹ capaz de subsidiar os processos avaliativos em caso de diferentes atos regulatórios, cursos (bacharelados, licenciaturas e tecnológicos) e modalidades (presencial e a distância).⁵⁴ Por essas características, associadas ao fato de ter sido elaborado a partir de uma releitura dos instrumentos vigentes até então e contemplar critérios de qualidade dos cursos de graduação e sequenciais, o instrumento tem cunho matricial.^{13,53}

Tendo em vista a necessidade de aprimoramento constante que o processo avaliativo do SINAES exige, o extrato do novo instrumento, publicado por meio da Portaria nº 1.741, de 13 de dezembro de 2011, permite a alteração por indicador, sem alterar o instrumento em sua totalidade.¹³

O instrumento adotado para as avaliações de cursos é o - disponível na íntegra em (www.inep.gov.br). O IACG 2012 é composto por 63 indicadores, divididos em três dimensões: organização didático-pedagógica (22 indicadores), corpo docente e tutorial (20) e infraestrutura (21). Além dos indicadores há uma seção referente aos requisitos legais e normativos.

Os procedimentos de aplicação, previstos pelo SINAES, consistem em realizar uma avaliação na IES para investigar o curso a partir de documentos apensados antecipadamente em formulário eletrônico próprio para esse fim, de documentos relevantes disponibilizados na ocasião da visita, da análise crítica às instalações e de entrevistas com interlocutores chave ao processo.

Com base nas informações obtidas os avaliadores, que atuam em pares, preenchem o instrumento, indicador a indicador, em uma escala intervalar de cinco conceitos, sendo 1 o mínimo da escala e 5 o máximo, a média dos valores inseridos por dimensão formam o conceito da dimensão. Os conceitos 3, 4 e 5 são considerados

⁹ O IACG 2012 foi DOU em 13 de dezembro de 2011, Seção 1, p. 45.

satisfatórios pelo SINAES. Uma média ponderada dos conceitos das dimensões, com peso diferenciado em função do ato autorizativo, forma o conceito final que tem arredondamento para se enquadrar numa escala categórica de cinco pontos.^{13,53}

Assim, é por meio das escalas e das descrições dos avaliadores, baseadas nas observações *in loco* e nos estudos das documentações, que os aspectos objetivo e subjetivo da avaliação se comunicam e são descritos qualitativamente. Os pesos por ato e dimensão são assim definidos para Autorização: organização didático-pedagógica (30), corpo docente e tutorial (30) e infraestrutura (40); e para Reconhecimento e Renovação de reconhecimento: organização didático-pedagógica (40), corpo docente e tutorial (30) e infraestrutura (30). Os conceitos das dimensões resultam da média aritmética simples dos seus respectivos indicadores, considerando no resultado a primeira casa decimal.^{13,53}

O conceito do curso (CC) é calculado, pelo sistema eletrônico e-MEC, com base na média aritmética ponderada dos conceitos das dimensões, com arredondamento no resultado final. Os requisitos legais e normativos não fazem parte do cálculo, que são essencialmente regulatórios.¹³

1.2.4 DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE

O conceito de Saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural e não representa a mesma coisa para todas as pessoas, pois depende da época, do lugar, da classe social.⁵⁵ Em termos legais, o conceito de saúde expresso na Constituição Federal de 1988, no artigo 196, é definido como direito fundamental, de todos os cidadãos brasileiros, sendo dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.⁷

Ainda com relação às ações e serviços públicos de saúde, o artigo 198 da Carta Magna coloca que essas ações integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, que prevê ainda a ordenação para a formação de recursos humanos na área de Saúde.⁷

Para que o conceito de Saúde seja construído na formação dos profissionais de saúde dentro dos princípios, das diretrizes e das necessidades do

Sistema Único de Saúde (SUS), é necessária uma permanente articulação com a Educação, por meio de políticas e mecanismos capazes de suprir as reais necessidades de atendimento da população. Nesse sentido, construir políticas de formação pressupõe uma articulação entre as instituições normativas, regulatórias, as instituições formadoras e o SUS, e tem sido um desafio permanente para os que fazem Saúde e Educação no Brasil.¹⁰

Cabe ao Conselho Nacional de Educação (CNE), órgão colegiado deliberativo e normativo do Ministério da Educação (MEC), a construção de diretrizes curriculares que devem ser seguidas por instituições de educação superior, por municípios, estados e União após homologação do ministério.

As diretrizes seriam a expressão do compromisso que a mudança na formação teria ao posicionar a universidade perante seu papel social nos campos de Saúde e Educação. Feuerwerker, Almeida e Llanos⁵⁶ enfatizam, no entanto, a existência de imprecisões no texto das diretrizes, que refletiriam a existência de disputas em torno das futuras mudanças e que, ao deixarem brechas sobre o tipo de orientação a ser adotado, apenas sugerem a superação das abordagens tradicionais:

Diretrizes curriculares expressam uma orientação geral, algumas vezes genérica, justamente porque não pretendem ser a expressão de um Currículo Nacional (...). A orientação das diretrizes estimulam as escolas a superar as concepções conservadoras, a rigidez, o conteudismo e as prescrições estritas existentes nos currículos mínimos, mas não definem um caminho único” (p.14).

As diretrizes curriculares nacionais para área da saúde foram construídas sobre a égide das discussões da Reforma Sanitária Brasileira, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo com base a Constituição Federal, a Lei Orgânica 8080/1990, no acesso à educação, com a participação da família, do Estado no processo educacional, além do vínculo ao mundo do trabalho e à prática social, prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, no Plano Nacional de Educação, Lei nº 10.172/2001; no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), Lei nº 10.861/2004 e Decreto nº 5.773/2006. Essas diretrizes tiveram uma concepção que traçou habilidades específicas, competências gerais associadas a um perfil profissional capaz de tomar decisões, de se comunicar com os pares e com a sociedade, de liderar para mudanças, de gestão, tendo como base um processo de educação permanente e de atenção às questões da saúde e da

formação.¹⁹

O Conselho Nacional de Educação (CNE) por meio da Câmara de Educação Superior é órgão responsável pela construção de diretrizes curriculares nacionais que visam expressar o conceito de qualidade expresso na Constituição de 1988, bem como orientar as instituições brasileiras de ensino na organização, articulação, desenvolvimento de suas propostas pedagógicas e de seus currículos. Esse conselho foi instituído pela Lei 9.131 de 1995, tem atribuições normativas, deliberativas e de assessoramento ao Ministro de Estado da Educação.⁵⁷

A construção do texto das diretrizes elaboradas pelo CNE após ampla discussão entre a área da Educação e Saúde, envolvendo instituições de educação superior, rede de trabalhadores da saúde e sociedade em geral, tem na descrição do perfil desejado do formando o ponto principal do processo de formação para a área da saúde, com foco na atenção básica, com competências comuns e habilidades para atuação no SUS.^{19,58,59} Desta diretriz geral para os cursos da área da Saúde foram discutidas pelo CNE, no período de 2001 a 2004, as diretrizes para cada curso.¹⁹

As competências expressas nessa proposta de formação comum têm como objetivo propiciar, conforme a base de formação para o século XXI da UNESCO, que os alunos possam, ao longo do currículo: aprender a aprender, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e humanização do atendimento.⁶⁰ Para subsidiar construção de currículos dos cursos para a área da saúde as diretrizes colocam ações de articulação entre teoria e prática, o estabelecimento de orientações para avaliações periódicas do processo de ensino aprendizagem e o incentivo a uma formação geral sólida por meio do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente e saúde.¹⁹

Por outro lado, um movimento de definição de Diretrizes Curriculares Nacionais, que atendesse às tendências contemporâneas da educação, representou uma significativa contribuição à formação profissional para o SUS.⁶¹

O processo de elaboração das diretrizes inclui análise das propostas constantes nos pareceres elaborados pelo CNE e submetidos à consulta da comunidade educacional, para que, após esse procedimento, sejam formalizadas em termos de resoluções, de caráter mandatório para todos os sistemas de ensino do território nacional e servem também de referência para os processos de avaliação dos cursos.⁶² As diretrizes dos cursos da Saúde foram elaboradas pelas Comissões de

Especialistas da Secretaria de Ensino Superior (SESu) do Ministério da Educação (MEC) e encaminhadas ao CNE em 2001 para que subsidiassem os pareceres e as resoluções dos cursos dos respectivos cursos graduação.

Após amplo debate^r com a comunidade educacional, científica, dos conselhos profissionais, dos trabalhadores da área da saúde e tendo como elementos básicos de estruturação a definição do *perfil do egresso; as competências e habilidades desejáveis; organização do curso, os conteúdos curriculares; os estágios, sistema de referencia e contrareferencia, as atividades complementares, acompanhamento e avaliação* foram encaminhados pelo CNE^s os textos dos pareceres que fundamentaram as resoluções que constituíram-se em orientações para a elaboração dos currículos *com competências comuns^t aos profissionais de saúde* que devem necessariamente ser adotadas por todas as instituições de ensino.

Em especial, cabe destacar que a concepção de uma formação generalista expressa nessas diretrizes^u, teve como premissa a atuação em equipe, em um sistema descentralizado, hierarquizado de referência e contra-referência recebeu influências do Sistema Único de Saúde (SUS), da Constituição de 1988 e da

^r Foi realizada, também em 2001, na sede CNE, uma audiência pública, para apreciação das propostas apresentadas pelas Comissões de Especialistas de Ensino da SESu/MEC, com a participação de representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, Fórum Nacional de Pró-Reitores das Universidades Brasileiras, Conselhos Profissionais, Associações de Ensino, e outras entidades organizadas da sociedade civil, como a Rede Unida.

^s O CNE analisou as propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino e encaminhadas pela SESu/MEC ao CNE, tendo como referência os seguintes documentos: Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde Nº 080 de 19/9/1990; Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) Nº 394 de 20/12/1996; Lei que aprova o Plano Nacional de Educação Nº 172 de 9/1/2001; Parecer CES/CNE 776/97 de 3/12/1997; Edital da SESu/MEC Nº 4/97 de 10/12/1997; Parecer CES/CNE 583/2001 de 4/4/2001; Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998; Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000; Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999; Documentos da OPAS, OMS, Rede UNIDA e Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde.

^t A Rede Unida produziu em 1998 um texto preliminar encaminhado à SESu/MEC, no qual formulou competências comuns aos profissionais de saúde. Este texto é conhecido como “Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde”, publicado na *Revista Olho Mágico*.

^u As diretrizes curriculares para os cursos da área da Saúde foram aprovadas entre 2001 e 2004. As resoluções dos cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição são de 2001, Farmácia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Odontologia de 2002, Biomedicina, Medicina Veterinária de 2003 e Educação Física de 2004. Em 2014, baseada na Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, que cria o Programa Mais Médicos, são promulgadas as novas diretrizes para os cursos de Medicina.

Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990. Outro fator importante a ser destacado é que no momento da publicação em 7 de agosto do 2001 do Parecer CNE 1.133, da Câmara de Educação Superior que tratou Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.

Este Parecer¹⁹ definiu o objeto das diretrizes curriculares a partir da articulação entre a Educação Superior e a Saúde:

permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo de Reforma Sanitária Brasileira”(...)“levar os alunos dos cursos de graduação em saúde à aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação e profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.”

Stella e Puccini⁶³ (p.53) analisam que essas diretrizes se constituem em uma mudança paradigmática na formação dos currículos dos profissionais saúde, pois deixam de se centrar em um modelo flexneriano, biomédico e curativo para desenvolver estruturas curriculares que enfocam o binômio saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção.

Já Feuerwerker, Almeida e Llanos⁵⁶ lembram que as diretrizes para a área da Saúde foram definidas dentro de um contexto em que sua modulação se dava a partir dos interesses e orientações do sistema público de saúde, público, democrático garantindo a busca pela universalidade e integralidade da atenção.

Nessa perspectiva as diretrizes curriculares da área da Saúde para os seus respectivos cursos de graduação são também um conjunto de indicações que servem de referência para os processos de avaliação de cursos.⁶²

Nesse sentido os autores apontam como fundamental o papel da avaliação no processo de configuração de mudanças, ou seja, apesar de orientarem processos de mudanças profundos, por serem muito genéricas, também comportam mudanças mais tímidas e circunscritas.

1.2.4.1 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE E CONTEXTUALIZAÇÃO DAS DCNS

As diretrizes curriculares^v para a área da Saúde compreendem pressupostos que norteiam o ensino por meio da delimitação do que deve ser transmitido ao aluno e de que modo deve dar-se essa transmissão, tendo como perspectiva o aprender conviver, a ser, a fazer, a conhecer para aprender a aprender.⁴⁸

Nas DCN estão contidos os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação para a área com orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente respeitadas por todas as instituições de ensino superior.^{64,65}

As diretrizes curriculares seguiram as determinações expressas no Edital nº 4/97 da SESu/MEC. Este edital define o conjunto de elementos constitutivos que as diretrizes curriculares deveriam contemplar: *perfil, competências e habilidades, conteúdos curriculares, duração dos cursos, estrutura modular, estágios e atividades complementares e conexão com a avaliação institucional*. A apresentação desses elementos no Edital, ao mesmo tempo que procurou ordenar o debate nacional, também pode ter contribuído para limitar a criatividade e a flexibilidade necessárias ao processo de construção coletiva, para uma sistematização pela SESu e depois envio ao CNE, para construção das resoluções e pareceres de cada curso.

De acordo com o Parecer CNE/CES 776/97⁶⁶ e o Edital 4/97 da SESu/MEC⁶⁷, as diretrizes curriculares deveriam ser construídas para:

Ser orientações para a elaboração dos currículos; assegurar às IES ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida; apontar apenas indicações de tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem, evitando ao máximo a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas; diminuir a duração dos cursos; incentivar uma sólida formação geral, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferentes em um mesmo programa (flexibilidade).

A área construção e caracterização da área da Saúde, após amplo debate realizado pela Rede Unida, traçou o delineamento de um perfil comum que teve como foco a formação generalista. Esse delineamento fez com que o CNE descrevesse no CNE/CES Parecer nº. 1133 de 2001, construísse as DCNAS, que além de todos os elementos constitutivos elencados no Edital 4/97, incluísse a questão do SUS com a Referência e Contra-Referência. As DCNAS criaram uma

^v A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (n. 9394/96) é a legislação que preconiza o estabelecimento de diretrizes gerais para a elaboração de currículos dos cursos de graduação superior.

unidade para área e um conceito de formação profissional de acordo com os princípios do SUS. Todas as DCN dos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional e Educação Física têm artigos comuns em suas resoluções que fazem referências as DCNAS. Os artigos que expressam as competências comuns para a formação são os cinco primeiros: CNE/CES Resolução 2/2002, CNE/CES Resolução 3/2001, CNE/CES Resolução 4/2001, CNE/CES Resolução 5/2001, CNE/CES Resolução 3/2002, CNE/CES Resolução 4/2002, CNE/CES Resolução 5/2002, CNE/CES Resolução 6/2002, CNE/CES Resolução 2/2003.

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área da Saúde, em vários itens do art. 5º, reiteram a importância da formação superior: propiciar competências e habilidades para o trabalho em equipe multiprofissional e para atuar de forma a garantir a integralidade da assistência.^{68,69,70,71,72,73,74,75,76}

Nesse sentido ao verificarmos alguns elementos escritos em tais resoluções, a partir dos princípios do SUS, observamos que foram enfocados os conceitos centrais de acordo com a LOA 8080/90 e as DCNAS, que preveem as ações de promoção, prevenção em educação e saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, enfocadas em propostas de currículos flexíveis que devem propiciar a aquisição de um perfil generalista, com habilidades e competências profissionais observadas e aprendidas tanto o individual quanto o coletivo, em diferentes metodologias de aprendizagem em múltiplos cenários de ensino.^{19,63} (p. 53).

A partir desse momento enfocaremos por meio de figuras as similaridades e as diferenças dos conceitos centrais presentes nas DCN dos cursos da área da saúde que foram elencados para essa tese.

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação na área da Saúde apontam, como necessidade, a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva dos profissionais das diversas áreas da saúde como descrito no artigo terceiro:

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional, o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.^{19,77}

As primeiras duas linhas deste artigo se repetem na íntegra nas diretrizes curriculares de todos os cursos analisados, assim como outros pontos são comuns em todas elas como veremos em outros artigos das resoluções. Porém, em 2014, as diretrizes da Medicina foram modificadas a partir da Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013, modificando todas as competências de formação, mas manteve na íntegra a escrita, do artigo 3º.

Figura 1: Conceitos centrais da DCN Medicina 2014

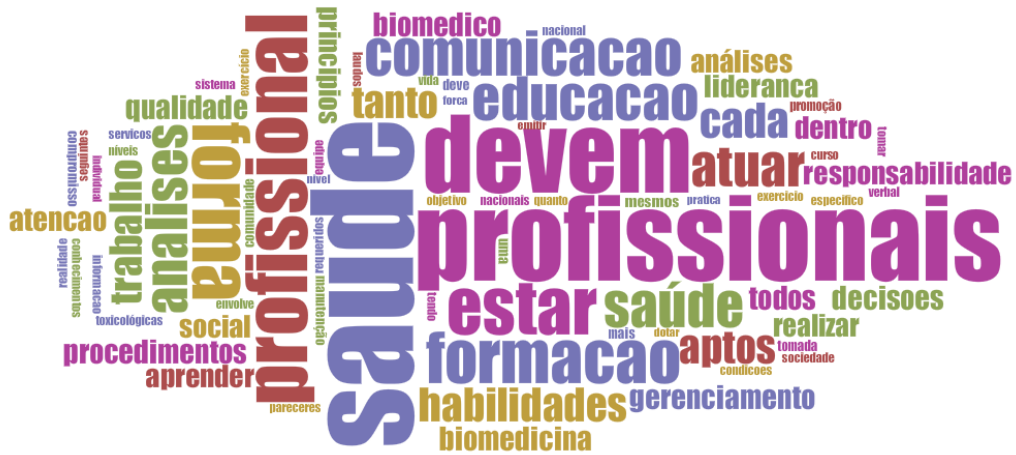


Fonte: Diretriz Curricular Nacional de Medicina, 2014 (CNE/CES Res. 2/2014).

Talvez essa modificação tenha ocorrido porque a Lei nº 12.871/2014 que estabelece o Programa Mais Médicos coloque a importância da formação desde o primeiro ano do curso em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do SUS.

A Resolução CNE/CES 2, de 18 de fevereiro de 2003, instituiu as DCN para o curso de Biomedicina tanto para o bacharelado como para a licenciatura (educação básica e ensino profissional).

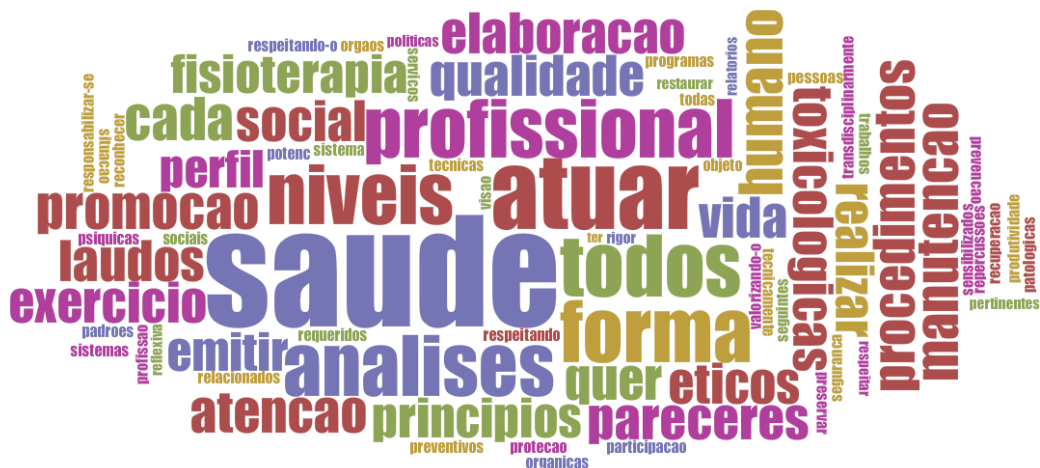
Figura 2: Conceitos centrais da DCN de Biomedicina



Fonte: Diretriz Curricular Nacional de Biomedicina, 2003. (CNE/CES Res. 2/2003).

O perfil do egresso de biomedicina contempla a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico, intelectual, tendo como competências a serem construídas ao longo do curso, a capacidade a para o exercício de atividades referentes às análises clínicas, citologia oncológica, análises hematológicas, análises moleculares, produção e análise de bioderivados, análises bromatológicas, análises ambientais, bioengenharia e análise por imagem, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Figura 3: Conceitos centrais da DCN de Fisioterapia



Fonte: Diretriz Curricular Nacional de Fisioterapia, 2002. (CNE/CES Res. 4/2002).

As diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde, em seu artigo 5º, parágrafo único, mostram preocupação com esta questão, mantendo textos iguais ou semelhantes nas diretrizes de todos os cursos.

A formação do farmacêutico contempla, o trabalho em equipe e a integralidade da assistência, nos itens III, IV e XIX do artigo 5º, como descrito:

III - atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética; IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; e XIX - trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde.⁶⁸

Figura 4: Conceitos centrais da DCN de Farmácia

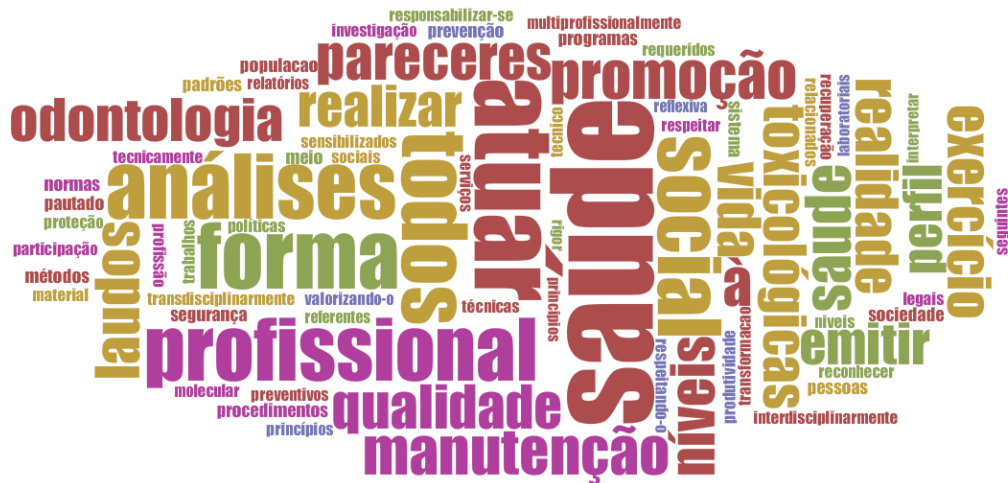


Fonte: Diretriz Curricular Nacional de Farmácia, 2002. (CNE/CES Res. 2/2002).

A formação do Farmacêutico deverá contemplar as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde (CNE/CES Res. 2/2002).

O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso o cirurgião dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. (CNE/CES Res. 3/2002).

Figura 5: Conceitos centrais da DCN de Odontologia

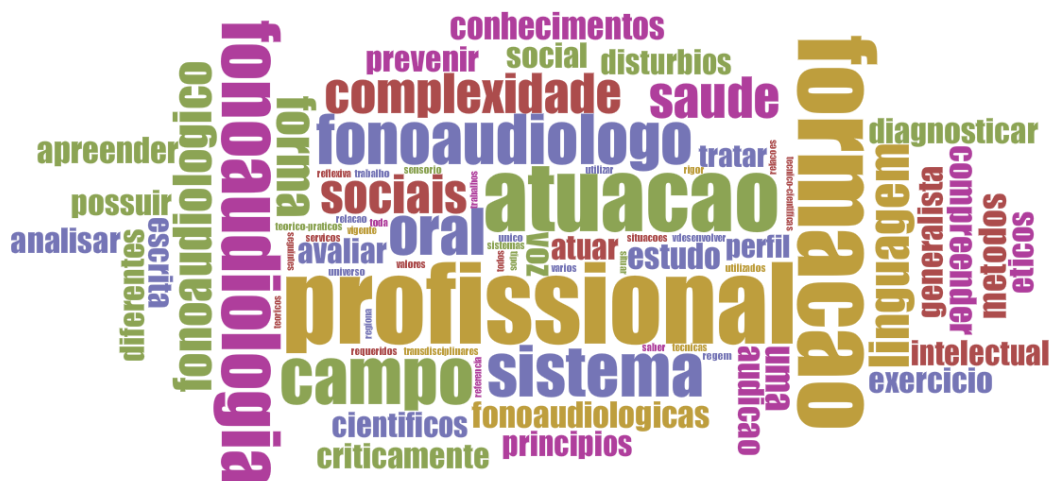


Fonte: Diretriz Curricular Nacional de Odontologia, 2002. (CNE/CES Res. 3/2002).

Capacitado para o exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, a formação deverá propiciar princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (CNE/CES Res. 3/2002).

O Curso de Graduação em Fonoaudiologia tem como perfil do formando egresso o Fonoaudiólogo, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva.

Figura 6: Conceitos centrais da DCN de Fonoaudiologia



Fonte: Diretriz Curricular Nacional de Fonoaudiologia, 2002. (CNE/CES Res. 5/2002).

O currículo deve capacitar o aluno para atuar, pautado em princípios éticos, no campo clínico-terapêutico e preventivo das práticas fonoaudiológicas. O PPC deverá

texto igual às demais profissões do grupo, mas refere quanto ao seu campo de saberes e ações as perspectivas da prevenção de problemas e agravos à saúde e a promoção, proteção e reabilitação da saúde.

1.2.4.2. AS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO CICLO AVALIATIVO DO SINAES

Considerando todo esse processo de avaliação da educação superior e o ciclo avaliativo realizado a cada três anos é possível caracterizar, comparar e acompanhar a evolução e o impacto que tem cada IES, área de atuação e curso de graduação ofertado no sistema educacional do País. Nesse contexto, tem relevância a expansão da educação superior, nas dimensões administrativas e acadêmicas.

Ao se observar o movimento de expansão da educação superior no Brasil, a partir de 2004, ano de implementação do SINAES, é possível verificar a crescente ampliação de matrículas, o que se prolonga até o momento atual, com tendência a permanecer nos próximos anos. Fenômeno semelhante ocorre em relação às IES e o número de cursos, com um rápido aumento a cada ano, principalmente na modalidade à distância. A Tabela 3 demonstra como se deu o crescimento no período.

Tabela 3 – Evolução do número de IES, cursos e matrículas na educação Superior no Brasil, 2004-2013.

Ano	IES	% crescimento	Cursos	% crescimento	Matrículas	% crescimen to
2004	2.013	8,3%	18.644	13,3	4.163.733	7,1
2005	2.165	86,0	20.407	92,7	4.453.156	65,2
2008	2.252	4,01	24.709	21,0	5.080.056	14,0
2009	2.314	2,8	28.671	16,0	5.954.021	17
2010	2.377	2,7	29.507	2,9	6.379.299	7
2011	2.365	-0,5	30.420	3,0	6.739.689	5,64
2012	2.416	2,2	31.866	4,8	7.037.688	4,4
2013	2.391	-1,3	32.049	9,7	7.305.977	7,5

Fonte: INEP. Censos da Educação Superior. Consulta: www.inep.gov.br em 23.11.2014

Tal expansão ocorreu com maior intensidade no ano de 2005, no setor privado, e em 2010, no setor público, em função dos programas implementados pelo Governo Federal, como o Fundo de Investimento Estudantil (FIES) e o Programa

Universidade para Todos (PROUNI). Corroborando com este cenário, Vieira⁷⁸, afirma que a análise das transformações recentes do campo da educação superior, de acordo com os números oficiais, permite a identificação de vários movimentos, a saber: um processo de democratização/expansão, privatização (relação público-privado) e massificação da educação superior, por meio de mudança na identidade institucional.

Nesse sentido, no cenário divulgado pelo censo do INEP em 2014, das 2.391 instituições de educação superior do Brasil apenas 8% são Universidades e detêm mais de 53% dos alunos, sendo, portanto, grandes instituições. Os Centros Universitários representam 5,9% das matrículas, os Institutos Federais e Centros Federais de Educação Tecnológica, 1,7%. Por outro lado, as Faculdades têm uma participação superior a 84%, mas atendem apenas 29% dos alunos. Outro dado importante se revela em relação à matrícula: entre os anos de 2012 a 2013 houve um crescimento de 3,9% nos cursos presenciais e 3,6% nos cursos à distância. Os cursos na modalidade à distância no ano de 2013 contam com uma participação superior a 15% na matrícula de graduação.

Em 2010, havia 6.379.299 de matriculados nos cursos de graduação (5.449.120 presencial e 930.179 à distância), sendo que 267.772 alunos tinham até 18 anos (259.259 presencial e 8.513 à distância) e 2.9991.587 alunos estavam na faixa etária dos 19 a 24 anos (2.829.037 presencial e 162.550 à distância). Em 2013, o percentual de pessoas frequentando a educação superior representou quase 30% da população brasileira na faixa etária de 18 a 24 anos e em torno de 15% está na idade teoricamente adequada para cursar esse nível de ensino.⁷⁹

Mesmo com essa expansão, o Brasil ainda precisa avançar na meta de crescimento do número de matrículas na educação superior, considerando os objetivos estabelecidos no Plano Nacional de Educação se comparado à realidade de outros países, com assegurada qualidade. Porém, surgiram no contexto educacional novas variáveis – aqui denominados de *entrantes* – como a oferta massiva de EaD, os grandes conglomerados educacionais e as correlações entre números quantitativos e os indicadores de qualidade.

As metas instituídas no Plano Nacional de Educação para decênio 2014-2024 de elevar a taxa bruta de matrícula na educação superior para 50% e a taxa líquida para 33% da população de 18 a 24 anos, assegurando a qualidade da oferta (Meta 12) e elevar a qualidade da educação superior pela ampliação da educação de

mestres e doutores nas instituições de educação superior para 75%, no mínimo, do corpo docente em efetivo exercício, sendo, do total, 35% doutores (Meta 13), induzem a necessidade de avaliar, por meio de indicadores, a qualidade em que ocorre a expansão nesse período.

Portanto, segundo a Constituição Federal, a educação a ser oferecida por instituições públicas e privadas deve ser objeto de avaliação, supervisão e regulação pelo poder público, com base nas normas gerais da educação nacional, para a garantia de padrão de qualidade. A CF ressalta, ainda, o Plano Nacional de Educação (PNE), de duração decenal, com o objetivo de articular o Sistema Nacional de Educação em regime de colaboração e por meio de ações integradoras dos poderes públicos das diferentes esferas federativas, visando, entre outros, à melhoria da qualidade do ensino e à promoção humanística, científica e tecnológica do país.

Quando se considera a média a cada 10.000 habitantes de matrículas, ingressantes e concluintes por área de conhecimento, observa-se que no Brasil, nos anos de 2010, 2011 e 2012, os cursos da área de Saúde e Bem estar social ultrapassaram para ingressantes, os indicadores da Organização para Cooperação e Desenvolvimento (OCDE) – conforme tabela a seguir:

Tabela 4 – Média a cada 10.000 habitantes de Matrículas, Ingressos e Concluintes por Área do Conhecimento – Brasil – 2012.

Área Geral do Curso	Matrículas para cada 10.000 habitantes				Ingressantes para cada 10.000 habitantes				Concluintes para cada 10.000 habitantes			
	Total OCDE	Brasil	Brasil	Brasil	Total OCDE	Brasil	Brasil	Brasil	Total OCDE	Brasil	Brasil	Brasil
	2010	2010	2011	2012	2010	2010	2011	2012	2010	2010	2011	2012
Ciências Sociais, Negócio e Direito	202,5	138,6	143,3	145,4	29,9	47,1	50,3	59,0	30,9	21,1	22,0	22,9
Educação	55,3	70,7	69,4	68,4	8,7	23,7	23,3	24,5	9,7	12,2	12,2	11,2
Saúde e Bem estar social	72,7	46,9	47,7	48,2	13,4	14,3	14,3	16,2	13,1	7,5	7,1	7,1
Engenharia, Produção e construção	78,5	33,1	38,9	44,5	15,3	12,3	14,8	18,8	10,6	3,1	3,3	3,7
Ciências, Matemática e Computação	47,3	21,8	21,7	21,6	8,4	8,5	8,2	9,0	7,4	2,1	2,9	2,9
Agricultura e Veterinária	9,5	7,6	8,0	8,3	1,9	2,2	2,3	2,7	1,3	1,0	1,0	0,9
Humanidades e Artes	63,8	7,7	7,9	8,0	12,6	2,8	3,0	3,4	11,1	1,2	1,3	1,4
Serviços	28,3	7,3	7,4	7,7	5,5	3,1	3,4	3,8	5,2	1,8	1,5	1,6

Fonte: Censo da Educação Superior, INEP, 2013.

Para o ano de 2013, o INEP divulgou novos dados em relação à área do

curso. Os cursos da área da Saúde continuam em terceiro lugar no acesso a graduação no Brasil, apresentando crescimento de um ano para outro, com o total de 49,0 matrículas para 10.000 habitantes, sendo que 17,0 para ingressantes e 7,0 para concluintes.

O crescimento no número de matrículas também pode ser observado em cada curso da área da saúde, no período de 2011 a 2013, conforme a seguir:

Tabela 5 – Distribuição por região e modalidade dos cursos da área da saúde e quantidade de matrículas, ingressantes e concluintes.

REGIÃO CURSO	OCDE	2011			2012			2013		
		QT CURSO	QT MATRICULA CURSO	QT CONCLUINTE CURSO	QT CURSO	QT MATRICULA CURSO	QT CONCLUINTE CURSO	QT CURSO	QT MATRICULA CURSO	QT CONCLUINTE CURSO
Centro-Oeste	Biomedicina	19	4428	630	19	4508	573	20	5303	686
Nordeste		30	6378	856	34	7191	944	40	8250	957
Norte		15	2662	242	18	3415	259	19	3499	253
Sudeste		109	16327	2334	115	18100	2580	121	19900	2350
Sul		37	4580	628	43	5088	743	44	5653	656
EAD	Educação física				1	501	0	1	1128	0
Centro-Oeste		29	3899	527	31	4327	740	33	5924	717
Nordeste		43	8448	943	45	10044	1183	50	12295	1165
Norte		24	1542	115	24	1573	695	17	1162	107
Sudeste		210	30596	7639	226	32153	7608	232	34483	6525
Sul		89	13652	2275	93	14792	2449	100	16313	2448
EAD	Enfermagem	3	648	24	3	788	126	2	692	96
Centro-Oeste		83	25851	5086	84	24731	4990	84	24874	3441
Nordeste		187	76928	12108	193	79302	13326	199	79703	11055
Norte		55	19248	3321	59	18934	2903	59	19655	2134
Sudeste		370	99249	22319	382	89307	21038	375	82489	12468
Sul	127	22267	4256	130	21618	4272	131	21071	3045	
Centro-Oeste	Farmácia	54	11813	2277	55	12176	2153	55	12914	1521
Nordeste		62	14906	1741	66	17003	1789	64	19510	1730
Norte		28	6573	944	29	6738	1092	27	6113	862
Sudeste		223	55061	10988	222	50139	9209	215	47944	7619
Sul		82	14723	2800	81	13788	2600	80	13176	2205
EAD	Fisioterapia	1	17	17	2	7	1	1	1	0
Centro-Oeste		44	8957	1420	45	9058	1249	44	9881	938
Nordeste		103	29010	4652	108	30975	3830	112	34406	3470
Norte		29	6903	1275	29	6584	1009	28	6768	753
Sudeste		256	42284	7722	256	41811	6745	255	43434	4976
Sul		81	14037	2415	82	14221	2034	81	14701	1748
Centro-Oeste	Fonoaudiologia	6	355	85	5	401	63	5	650	32
Nordeste		22	2550	378	22	2909	474	22	2986	390
Norte		7	917	189	6	906	125	6	1044	149
Sudeste		37	3614	747	38	3614	688	35	3678	743
Sul		18	1376	200	18	1536	268	19	1660	180
Centro-Oeste	Medicina	12	6278	821	14	6430	1008	16	6621	891
Nordeste		38	21061	2613	44	22553	3144	46	23303	3261
Norte		19	9557	1043	19	9982	1480	19	10024	1669
Sudeste		81	54873	7837	89	55888	8230	90	54851	8300
Sul		31	15551	2242	33	15951	2418	35	16399	2304
Centro-Oeste	Nutrição	24	5274	906	25	5150	914	26	5538	691
Nordeste		68	18552	2338	70	21784	2500	77	25521	2778
Norte		16	3770	448	17	4338	520	16	3954	435
Sudeste		187	31045	5424	192	31206	5194	193	32205	4708
Sul		61	9509	1732	62	9206	1653	63	9287	1491
Centro-Oeste	Odontologia	14	5070	811	15	5635	898	16	6270	778
Nordeste		41	13499	1636	44	15560	1954	46	17573	1860
Norte		21	6560	831	21	7536	908	20	8213	1002
Sudeste		94	27947	4506	94	30659	4779	95	34530	4784
Sul		39	10514	1853	41	10903	1730	42	11805	1756
Centro-Oeste	Terapia ocupacional	3	298	15	3	346	27	3	315	33
Nordeste		10	1033	188	10	981	192	11	958	144
Norte		5	478	71	5	506	70	4	428	42
Sudeste		30	2702	505	28	2652	422	27	2599	526
Sul		9	744	87	8	869	63	8	971	109

Fonte: Censo da Educação Superior, INEP, 2012,2013 e 2014.

Os dados do censo da educação superior são fundamentais para que a CONAES estabeleça quais os cursos que estão reconhecidos irão participar do

ENADE, conforme o ciclo avaliativo do SINAES. Todos os cursos da Saúde, exceto o de Terapia Ocupacional apresentam crescimento de acordo com os dados comparativos dos três censos para esse nível de ensino. Na tabela 5 apresentada aparecem três cursos da área da saúde propostos na modalidade à distância: educação física, enfermagem e fisioterapia.

O ENADE é desenvolvido pela DAES, após determinação da CONAES, com o apoio técnico de comissões assessoras de áreas, compostas por especialistas de notório saber, responsáveis pela determinação das competências, conhecimentos, saberes e habilidades a serem avaliadas e todas as especificações necessárias à elaboração da prova a ser aplicada em nível nacional.

A avaliação da educação superior, realizada por meio do ENADE, compreende o ciclo avaliativo definido pela realização periódica de avaliação de instituições e cursos superiores, com referência nas avaliações trienais de desempenho de estudantes.

O calendário do ciclo avaliativo para as áreas observa as seguintes referências: a) Ano I - saúde, ciências agrárias e áreas afins; b) Ano II - ciências exatas, licenciaturas e áreas afins; c) Ano III - ciências sociais aplicadas, ciências humanas e áreas afins. O calendário para os eixos tecnológicos, segue as áreas definidas para os cursos de graduação: a) Ano I - ambiente e saúde, produção alimentícia, recursos naturais, militar e segurança; b) Ano II- controle e processos industriais, informação e comunicação, infraestrutura, produção industrial; c) Ano III - gestão e negócios, apoio escolar, hospitalidade e lazer, produção cultural e design⁸⁰. Nesse processo totalizam-se de 2004 a 2012, 80 áreas avaliadas, distribuídas em cada ciclo avaliativo.

Tabela 6 – Cursos da área da Saúde participantes do 1º, 2º e 3º Ciclo Avaliativo do SINAES

Ciclo do SINAES	Bacharelado	Tecnológico	Ano do ENADE
1º Ciclo	Biomedicina Educação Física Enfermagem Farmácia	Fisioterapia Nutrição Odontologia Terapia Ocupacional	Radiologia 2004
2º. Ciclo	Terapia Ocupacional Biomedicina Educação Física Enfermagem Farmácia	Fisioterapia, Fonoaudiologia Medicina Nutrição Odontologia	Radiologia 2007
3º Ciclo	Terapia Ocupacional Biomedicina Educação Física Enfermagem Farmácia	Fisioterapia, Fonoaudiologia Medicina Nutrição Odontologia	Gestão Ambiental Gestão Hospitalar Radiologia 2010

Fonte: DAES/INEP/MEC - 2010

Tem-se, portanto, que no primeiro ciclo avaliativo (2004-2006) foram avaliados pelo ENADE 13.396 cursos e 804.676 estudantes, no segundo ciclo avaliativo (2007-2009) 17.371 cursos e 1.374.449 estudantes e no terceiro ciclo (2010-2012) 20.323 cursos e 1.183.798 estudantes. Os cursos da área da saúde foram novamente avaliados em 2013.

Os cursos da área da Saúde, conforme Ciclo Avaliativo do SINAES tiveram avaliação pelo ENADE nos anos de 2004, 2007, 2010 e 2013. No ENADE de 2010 foram avaliados os cursos da área da saúde: Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Terapia Ocupacional, Gestão Hospitalar e Radiologia. Este ENADE incluiu grupos de estudantes dos cursos em momentos distintos de sua graduação: um grupo, denominado ingressante, cursava o final do primeiro ano; e outro, considerado concluinte, encontrava-se no final do último ano do curso.

Os dois grupos de estudantes foram submetidos à mesma prova. Esses estudantes responderam a um questionário online (Questionário do Estudante), que teve a função de compor o perfil dos participantes, integrando informações do seu contexto às suas percepções e vivências, e investigou, ainda, a avaliação dos estudantes quanto à sua trajetória no curso e na IES, por meio de questões objetivas que exploraram a oferta de infraestrutura e a organização acadêmica do curso, bem como certos aspectos importantes da formação profissional.

A prova caracterizou-se por abranger, os conteúdos programáticos previstos nas diretrizes curriculares dos cursos avaliados, além de investigar temas contextualizados e atuais, problematizados em forma de estudo de caso e de situações calcadas em aspectos com os quais o futuro profissional pode vir a deparar-se, não tendo, portanto, ênfase exclusiva no conteúdo.

Em 2013 foram avaliados no ENADE os cursos Biomedicina; Educação Física; Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Medicina; Medicina Veterinária; Nutrição e Odontologia. Além desses, foram também avaliados os cursos que conferem diploma de tecnólogo de Gestão Hospitalar e Radiologia.

Naquela edição do ENADE houve inovações em relação ao tempo mínimo de permanência do estudante na sala de aplicação da prova, por uma hora, a obrigatoriedade de resposta ao questionário do estudante e a publicação do manual do estudante pela DAES em 2014. O exame foi aplicado aos estudantes concluintes desses cursos que se encontravam no último ano de formação. Esses estudantes responderam, antes da realização da prova, a um questionário on-line que teve a função de compor o perfil dos participantes, integrando informações do seu contexto às suas percepções e vivências, e investigou, ainda, a avaliação dos estudantes quanto à sua trajetória no curso e na IES, por meio de questões objetivas que exploraram a oferta de infraestrutura e a organização acadêmica do curso, bem como certos aspectos importantes da formação profissional. Os coordenadores dos cursos também responderam a um questionário com questões semelhantes às formuladas para os estudantes. A prova, aplicada aos estudantes apresentou questões discursivas e de múltipla escolha, relativas a um componente de avaliação da Formação Geral, comum aos cursos de todas as Áreas, e a um componente específico de cada área de formação dos cursos da área da saúde. No componente de avaliação da formação geral profissional ético e comprometido com a sociedade, além do domínio de conhecimentos e de níveis diversificados de capacidades e competências para perfis profissionais específicos, esperava-se que os graduandos das IES evidenciassem a compreensão de temas que transcendessem o ambiente próprio de sua formação e fossem relevantes para a realidade social. Essa compreensão vinculou-se a perspectivas críticas, integradoras e à capacidade de elaboração de sínteses contextualizadas.

Quanto aos resultados do CPC, ressalta-se que começaram a ser calculado em 2008 a partir do resultado do ENADE 2007. Os cursos da área das

ciências da saúde, conforme Ciclo Avaliativo do SINAES, aplicado apenas para cursos já reconhecidos pelo MEC, tiveram avaliação pelo ENADE nos anos de 2004, 2007, 2010 e 2013.

Nos resultados do CPC referente ao ano de 2007, divulgados em 2008, participaram 2607 cursos das Ciências da Saúde e do total de cursos avaliados 157 estão na Região Norte, 429 na Região Nordeste, 210 na Região Centro-Oeste, 1317 na Região Sudeste e 495 são ofertados na Região Sul do país.

Em 2010 obtiveram resultados do CPC 3079 cursos de ciências da saúde, distribuídos pelas regiões brasileiras: 189 na Região Norte, 552 na Região Nordeste, 276 na Região Centro-Oeste, 1501 na Região Sudeste e 561 na Região Sul. Em 2013 obtiveram CPC 4, 5294 cursos, sendo esse conceito calculado para as unidades de observação que tiveram pelo menos dois estudantes concluintes participantes e dois estudantes ingressantes registrados no Sistema ENADE. As unidades que não atendem a estes critérios não têm seu CPC calculado, ficando Sem Conceito (SC).

Tabela 7 – Resultado do CPC da área da saúde de 2007, 2010 e 2013.

Cursos Avaliados	Total			CPC S/C			CPC 1			CPC 2			CPC 3			CPC 4			CPC 5			sem info*
	2007	2010	2013	2007	2010	2013	2007	2010	2013	2007	2010	2013	2007	2010	2013	2007	2010	2013	2007	2010	2013	
Biomedicina	122	176	226	72	67	23	1	1	0	21	29	13	20	61	71	7	14	62	1	4	4	53
Educação Física	497	300	379	160	105	44	5	1	0	67	37	31	207	121	144	53	34	79	5	2	4	77
Enfermagem	540	689	748	211	193	148	1	1	0	104	102	46	166	290	256	50	96	149	8	7	14	136
Farmácia	271	339	386	82	84	55	1	1	0	56	44	25	102	144	141	24	64	92	6	2	5	68
Fisioterapia	399	448	471	137	97	90	3	2	0	56	77	19	165	210	147	36	59	139	2	3	11	65
Fonoaudiologia	88	82	78	42	33	15	1	0	0	1	10	11	22	23	16	20	15	24	2	1	3	9
Medicina	152	177	195	52	36	3	1	1	0	27	22	28	47	83	92	21	35	34	4	0	0	38
Nutrição	261	312	342	104	90	41	3	1	1	50	53	24	74	114	137	26	48	77	4	6	7	55
Odontologia	173	189	212	26	22	11	2	2	0	34	21	15	67	87	93	39	53	61	5	4	4	28
Terapia Ocupacional	44	49	0	20	24	0	0	0	0	6	0	17	13	0	6	4	0	1	2	0	0	
Tecnologia em Gestão Ambiental		197	195		72	50		2	0		53	11		46	68		24	31			1	34
Tecnologia em Gestão Hospitalar		44	53		24	21		1	1		6	1		7	12		6	3			1	14
Tecnologia em Radiologia	60	77	94	30	25	16	2	0	0	10	11	20	12	30	25	5	10	15	1	1	2	16

*OBS: referente aos cursos que não tiveram os CPCs divulgados por não terem sido Reconhecidos.

Após a divulgação dos resultados da tabela 7, os cursos com CPC insatisfatório foram encaminhados para o INEP para avaliação *in loco*, para o ato de renovação de reconhecimento.

A seguir o total de avaliações realizadas no período de 2012 a 2014, pela DAES, para os cursos da área da saúde, em todos os atos autorizativos.

Tabela 8 – Número de avaliações *in loco* de cursos da área da Saúde 2012 a 2014

Número de Avaliações in loco de cursos da Área de Saúde de 2012 a 2014	
CURSO	TOTAL DE AVALIAÇÕES
BIOMEDICINA	83
EDUCAÇÃO FÍSICA	268
ENFERMAGEM	229
FARMACIA	110
FISIOTERAPIA	11
FONOAUDIOLOGIA	15
MEDICINA	72
NUTRIÇÃO	97
ODONTOLOGIA	55
TERAPIA OCUPACIONAL	8

Fonte: DAES, 2014.

1.2.5 O DESENHO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL TENDO COMO PRINCÍPIO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira para ser o sistema de saúde de todos e para todos e possui em seu histórico lutas sociais associadas à necessidade de reforma nos direitos trabalhistas e principalmente à reforma sanitária.¹⁶

Atualmente o SUS é reconhecido como um dos maiores e mais completos sistemas públicos de saúde do mundo, embora não conste entre os dez melhores, onde se encontram listados os da França, Itália, São Marino, Andorra, Malta, Singapura, Espanha, Omã, Áustria e Japão.^{81,82}

Cabe ressaltar que o SUS realiza desde o simples atendimento ambulatorial até transplante de órgão, garantindo o acesso universal, integral e gratuito para toda a população do país e qualquer um que estiver em território nacional.¹⁶ Além de oferecer consultas, exames e internações, o sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos, demonstrando que no âmbito do SUS, a saúde não se restringe a ausência de doença, revelando a necessidade de considerar os determinantes sociais de saúde, a prevenção de agravos e doenças e a promoção de saúde.⁸³

Na fase da colonização do país, não havia amparo à saúde da população. Os primeiros colégios que lecionavam medicina foram instituídos somente a partir da chegada da família real ao Brasil.⁸⁴ Não havia acesso da população quanto a informações de saúde e os governos que se alternavam pouco esforço faziam para

mudar esse panorama.⁸⁴ A falta de estrutura ficou evidente durante a Revolta da Vacina, em 1904, momento no qual a população revoltou-se contra a obrigatoriedade da vacinação contra varíola.⁸⁵ Durante a era Vargas, disseminou-se a proposta de instituição da previdência social e dos direitos trabalhistas, assim, houve contribuição à criação e aperfeiçoamento de hospitais e escolas de medicina. A partir de então, algumas iniciativas de expansão da infraestrutura do sistema de saúde foram implementadas pelo setor público brasileiro. A partir da crise do Estado intervencionista no Brasil, buscou-se reposicionar o sistema de saúde nacional, a partir de ideais de democracia, justiça social e cultura de bem estar social, iniciando-se o debate sobre a possibilidade de um sistema de saúde universal e gratuito ao final da década de 1970.⁸⁵

O histórico do SUS iniciou seu caminho desde os anos 70, quando a população brasileira estava insatisfeita com a situação da saúde e começou a se organizar em suas vilas, igrejas, movimentos sociais e movimentos estudantis, entre outros, numa mobilização para adquirir direitos.⁸⁶ Portanto, o SUS foi formulado, na esteira da luta pela redemocratização do Brasil, por intelectuais, entidades de profissionais de saúde, estudantis e outras entidades da sociedade civil. Configurava-se o consenso da necessidade de serviços para todos e igualitário na área. Neste contexto surge o movimento sanitarista brasileiro, o qual tinha forte participação popular.⁸⁵

Como expressão institucional da Reforma Sanitária, o SUS, entre outras referências, inspirou-se no processo de mudança no sistema de saúde italiano – denominado Reforma Sanitária. Essas idéias que surgiam no Brasil se somaram as discussões mundiais debatidas na Organização Mundial de Saúde e na Conferência de Alma-Ata, que entre outros temas tinha como lema “Saúde para todos nos anos 2000”.⁸⁷ Toda a discussão desses grupos foi levada para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986⁸⁸ e considerada um marco histórico do SUS por ser onde ficaram definidos os princípios do sistema, os quais foram incorporados na Constituição Brasileira de 1988, garantindo a saúde como direito de todos e dever do Estado.⁸⁹ São definidos como princípios do SUS a Universalidade, a Integralidade e a equidade. Assim, em 1990 com as Leis 8.080 e 8.142 são criadas as bases de funcionamento do SUS, que entre seus princípios definem também a participação e controle social, inseridas justamente pelo movimento da reforma sanitária para garantir que o população tivesse voz e poder decisão garantidos

constitucionalmente.⁹⁰ Portanto o SUS se torna uma conquista de todos os brasileiros e a 'Saúde' passou a ser compreendida como resultante e condicionante de condições de vida, trabalho e acesso a bens e serviços e, portanto, componente essencial da cidadania e democracia e não apenas como ausência de doença, diagnóstico, cura e objeto de intervenção da medicina. Dessa forma, a saúde passou a ser compreendida a partir de determinações sociais e vista pela perspectiva de conquista da igualdade, se contrapondo a ideia de mercadoria assistencial.⁹¹ A saúde ultrapassou a figura de aspecto físico, passando a ser definida na VIII Conferência Nacional de Saúde como "a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde".⁹²

O SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público como previsto no Artigo 4 da lei 8.080.¹⁸ A participação da iniciativa privada é permitida no sistema de maneira complementar, consolidando o termo "único" do nome, considerando que a parte privada consiste complementariedade ao SUS.⁹³ O SUS representa a materialização de uma nova concepção de saúde em nosso país, voltada à prevenção dos agravos e a promoção da saúde, que passou a relacionar saúde com a qualidade de vida da população. Elaborado com uma legislação que visa beneficiar a toda a população independente de raça, crenças, cor, classe social e local de moradia, a saúde como direito de todos e dever do Estado⁷, juridicamente, há ainda o direito à saúde diretamente ligada ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana considerando sua ligação vital; ou seja, a saúde é diretamente necessária para que um direito essencial seja atendido em sua plenitude.

A necessidade de direitos trabalhistas que visassem não somente ao lucro do empresário, mas também ao bem-estar do trabalhador, mediou às negociações de implementação do novo sistema, onde não apenas teria direito aquele que trabalhasse, mas qualquer indivíduo que tivesse necessidade de saúde e também a manutenção de sua dignidade.⁹⁴

Os objetivos dos sistemas de saúde, em geral, baseiam-se em quatro grandes pilares: promoção à saúde, prevenção de doenças, assistência em saúde e recuperação da saúde⁹⁵. O primeiro pilar é o mais abrangente, por envolver políticas de informação à população e questões genéricas de saneamento básico. O segundo

item (prevenção) diz respeito à aplicação de ações prévias da estrutura de saúde junto ao cidadão para impedir a instalação de problemas de saúde evitáveis pela atuação do Estado ou eventual responsável pelo serviço. No que tange à assistência, entende-se como prestação imediata e emergencial de atendimento em saúde ao cidadão no momento de necessidade. Por fim, o aspecto de recuperação da saúde envolve o acompanhamento do indivíduo conclusão do atendimento e o resultado alcançado seja o mais eficiente possível.⁹⁵

Assim, a história da saúde no Brasil é acompanhada da história de implementação da democracia, outorga da nova constituição e de empoderamento do povo. Após um período de grande insatisfação e mobilização social para melhorias, atualmente temos o Sistema Único de Saúde como um patrimônio do Brasil, com sua carga de construção histórica e ainda em fase de crescimento.

Para atender essas exigências existem os objetivos e princípios que regem o sistema. Os objetivos do SUS são claramente benéficos para a população, sendo eles: A identificação e divulgação dos fatores condicionantes de saúde; a formulação de política de saúde destinada a garantir que a saúde seja direito do cidadão e dever do estado; a assistência de pessoas, por intermédio de proteção, promoção e recuperação da saúde. Estão inclusas ainda nos objetivos do SUS as execuções de ações de: Vigilância sanitária, Vigilância epidemiológica, Saúde do trabalhador Assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.¹⁸

1.2.5.1 OS PRINCÍPIOS DO SUS

O SUS é um sistema de saúde baseado em princípios doutrinários e organizacionais, chamados de princípios fundamentais. Para se compreender, no entanto, a importância de tais princípios, precisamos saber o que de fato é um princípio. Os princípios do SUS se caracterizam como fundamentais, regras e leis que são o início de todas as outras ações e leis que regem o SUS. Portanto, não podem ser quebrados e devem guiar todos os outros atos do SUS, como base de iniciação.

O primeiro trata-se da UNIVERSALIDADE, que significa que todos os brasileiros têm direito a saúde e serviços de saúde que necessitam independente da complexidade, custo, atividade ou da natureza. É uma universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, sendo que o financiamento desses serviços é feito pelo dinheiro pago em impostos, chamado de financiamento solidário, sendo de responsabilidade de toda sociedade e entidades federais.

A EQUIDADE trata-se de um princípio que indica solidariedade, generosidade e convivência entre diferentes e diferenças. A igualdade preza por um sistema sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a equidade não é igualdade, é mais que isso. Todos têm direitos iguais, mas para que uma pessoa com necessidades especiais tenha o mesmo acesso que outra pessoa, são necessárias medidas diferenciadas para garantir o acesso, já que algumas pessoas precisam de mais apoio para garantir esse direito. Equidade se resume a tratar diferente pessoas diferentes para que tenham direitos iguais. Carlos Drummond de Andrade disse que "Ninguém é igual a ninguém, Todo o ser humano é um estranho ímpar." Dessa forma, pode-se visualizar melhor a necessidade de se conhecer esses ímpares para tornar o acesso, serviços e direitos iguais a todos.

A INTEGRALIDADE atualmente se caracteriza como um dos grandes desafios do SUS, pois significa que os serviços devem ser integrados e funcionar em rede. Ou seja, se o usuário do SUS se consultar na unidade básica e precisar de outros serviços, deverá ter acesso. O serviço precisa, portanto, oferecer desde orientação de como escovar os dentes até cirurgia de transplante. A integralidade está muito ligada a maneira como a Reforma Sanitária Brasileira e a Constituição Federal de 1988 entendem saúde: A saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo saúde um todo que envolve aspectos econômicos, sociais, biológicos e até espirituais. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, saúde é o mais perfeito bem-estar físico, psíquico e social. Portanto, para fazer saúde é preciso unir conhecimentos tradicionais, populares, filosóficos, científicos e espirituais, pois cada pessoa é formada por tudo isso ao mesmo tempo. A Integralidade deve ser entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Diante dos três princípios doutrinários acima expostos, os princípios organizacionais do SUS mediam a maneira como o sistema deve agir e se organizar para a garantia e facilitação dos princípios doutrinários.

Pela REGIONALIZAÇÃO e HIERARQUIZAÇÃO, os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade *tecnológica* crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Dessa forma, atualmente o SUS se organiza em atenção primária, secundária e terciária, o que implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas

as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade. É necessário ressaltar que essa maneira de organização do sistema não implica em níveis de importância; um nível de atenção não é mais complexo ou importante que o outro; mas sim nos serviços oferecidos e os objetivos de cada nível na resolubilidade do problema. A atenção primária, por exemplo, não deve ser desqualificada e muito menos deslegitimada, considerando que um serviço bem organizado de atenção primária desafoga os demais serviços, previne e ainda promove saúde, estando em consonância com a realidade de saúde que o SUS planeja.

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. Uma das estratégias utilizadas para a melhoria da qualidade de vida e da oferta de serviços no SUS deve ser a Intersetorialidade, que é uma estratégia dos municípios saudáveis: ciclovias, conservação de mananciais, participação e compromisso da indústria, serviços de pastoral, comércio, academias populares, transporte público de qualidade, entre outros.

RESOLUBILIDADE é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência; ou seja, a resolutividade dos problemas apresentados pelos usuários, independente do nível de complexidade.

A DESCENTRALIZAÇÃO significa estar fora do centro. No contexto do SUS, os serviços de saúde devem estar próximos de todas as pessoas, garantindo que dessa forma o SUS possa estar em quase todos os lugares e preferencialmente o mais próximo possível. O ideal é que se possa ir andando ao serviço. A descentralização consiste na municipalização, regionalização e hierarquização, devendo o sistema garantir ainda a referencia e contra-referencia, na qual o usuário é sempre referenciado ao serviço de continuidade do tratamento. É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto.¹⁸

Para que os princípios acima elencados sejam seguidos e para que o

SUS aconteça como se prevê, existe o princípio da PARTICIPAÇÃO e CONTROLE SOCIAL, que significa a participação popular nas decisões e fiscalização das ações do sistema. Esse princípio garante a participação da comunidade no repasse de recursos entre as esferas de governo, e ainda que a população possa participar do processo de construção do SUS e decidir sobre o funcionamento do serviço. O controle social pode ser feito de várias maneiras, principalmente pelos conselhos de saúde e pelas conferências de saúde. Os conselhos de saúde são instancias deliberativas nas quais a participação social é feita por representantes dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Dessa forma, os conselhos de saúde advogam a favor do SUS, enquanto as conferências de saúde são instrumentos de avaliação do sistema para que novas ações sejam propostas.

O SUS, no entanto, não se move sozinho, e para a sua complementariedade existe o setor privado. A COMPLEMENTARIEDADE DO SETOR PRIVADO é definida na Constituição Federal de 1988 como um auxílio quando, por insuficiência do setor público, os serviços não estiverem sendo ofertados. Dessa forma, a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS, uma vez que atuará em nome do setor público, além de ser regida pela lógica organizativa do SUS. O sistema privado é, portanto, parte do SUS, mas deve ser visto diante de uma ótica complementar, não primordial. O SUS em sua essência deve garantir o acesso e serviços de saúde por sua esfera pública, devendo o privado ser apenas coadjuvante no apoio as ações.

Mesmo com uma teoria tão complexa, o SUS ainda é criticado por não atender em totalidade as demandas da população. A “ineficácia”, no entanto, deve ser compreendida observando-se diversos fatores que permeiam as lacunas de atendimento no sistema. O subfinanciamento, a falta de recursos humanos devidamente qualificados, de investimento e, ainda, a ausência de formação são aspectos fundamentais para a gestão, organização e êxito do sistema.^{96,97,98}

O Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, planeja, normatiza, avalia e fiscaliza o SUS, sendo o principal financiador ao responder por 50% do investimento nessa área. O governo dos estados, por sua vez, responde pela política estadual de saúde, apoio às ações da política nacional de saúde, coordena as ações do SUS no estado, coordena laboratórios e hemocentros, define hospitais de referência e gerencia locais de atendimento complexo na região. Para o estado, no mínimo 12% de sua receita deve ser aplicada na saúde, além dos repasses da União.

Em nível municipal, as prefeituras são as principais responsáveis pela atenção básica à saúde, prestação de serviços em sua localidade com parcerias entre estado e governo federal, administra os serviços de saúde da cidade e aplica no mínimo 15% de sua receita na saúde, além dos repasses do estado e da União.

Mais do que formado por leis, princípios e pela ação parlamentar, o SUS é formado por trabalhadores, sendo a mão de obra em saúde uma das mais importantes vias de funcionamento do sistema. Saúde se faz com pessoas, sendo os recursos humanos periodicamente relativizados na conjuntura de crise vigente no país.⁹⁹

É necessário que os profissionais de saúde atualmente formados possuam foco no SUS para o seu fortalecimento e para que a qualidade do serviço se eleve na medida em que esses profissionais se encontram preparados para atuarem no sistema. Se a formação profissional dos futuros recursos humana do sistema não estiver voltada para que tais objetivos sejam alcançados, o enfraquecimento do sistema se torna palpável no que diz respeito a um de suas principais dimensões: o trabalhador da saúde.

A formação dos profissionais de saúde tornou-se objeto de frequentes reflexões, face à necessidade de recursos humanos capacitados para atender as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Propostas de mudança na formação em saúde vêm sendo discutidas desde o final da década de 80. Na ocasião, o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) colocou-se como uma estratégia para promover a aproximação entre as instituições de educação e os serviços de saúde, com a participação da comunidade. Estimulou a adoção de novas metodologias de ensino-aprendizagem apoiadas em vivências práticas dos estudantes na realidade concreta dos serviços de saúde, em contato com as necessidades da população e de modo articulado com a produção de conhecimento.¹⁰⁰

A formação dos profissionais da saúde ainda está pautada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, o que dificulta a compreensão dos determinantes e a intervenção sobre os condicionantes do processo saúde-doença da população. A fragmentação do conhecimento, que caracteriza a formação inicial na maior parte dos cursos predispõe à mesma ocorrência na prática, o que cria obstáculos para a construção da integralidade da assistência.^{101,102} Alguns estudos consideram que somente a experiência adquirida na prática pode completar a

formação, pois é pela experiência clínica que o profissional se aproxima das pessoas que necessitam de cuidados de saúde (e não apenas da doença).^{103,101,104}

O profissional do SUS hoje deve ser formado de maneira mais completa, já que o sistema exige uma visão diferenciada de saúde e profissionais com um olhar abrangente. Questiona-se, no entanto, até que ponto os cursos de saúde no Brasil acompanharam a escala evolutiva da saúde pública no país. Os profissionais da saúde têm "a necessidade de uma formação que valorize não apenas a dimensão técnica (conhecimento especializado), mas o social, reconhecendo a importância do trabalho em equipe e do atendimento de demandas da comunidade".¹⁰⁵

As diversas carreiras da saúde proporcionam um dinamismo e maior abrangência no atendimento e o trabalho em equipe com vistas à interdisciplinaridade tem sido foco de atenção na formação e qualificação dos profissionais, sendo de extrema importância a interação e a troca de conhecimentos a partir de princípios éticos e respeito nas relações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, com a intenção de construir um novo conhecimento que tenha impacto na resolução de problemas da população.¹⁰⁶ Para que a interdisciplinaridade seja efetiva, é imprescindível que haja disponibilidade dos profissionais para adotar posturas flexíveis, solidárias e democráticas. É "necessário avançar não apenas no preparo de um novo profissional, mas acima de tudo, de um indivíduo crítico, cidadão, preparado para aprender a criar, a propor, a construir".¹⁰⁷

Nessa perspectiva, é desejável que os profissionais de saúde tenham um perfil generalista e problematizador e que sejam preparados para trabalhar em equipe multiprofissional, atuando de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Assim se reforçaria a integralidade da atenção e o enfrentamento efetivo de todos os aspectos relacionados à saúde e vivenciados na prática profissional, estimulando os profissionais de saúde a desenvolver um olhar crítico-reflexivo que possibilite transformação das práticas, tendo em vista a resolubilidade e a qualidade dos serviços prestados à população.¹⁰⁰

A formação e a qualificação dos profissionais da saúde devem visar ao desenvolvimento de habilidades e competências para realizar um diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos sociais em um dado território¹⁰⁰, planejar intervenções em saúde capazes de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença.

O SUS tem o cenário perfeito para atuação multiprofissional e de

serviços, que é a grande variedade de usuários, ou seja, o povo brasileiro. E é na Atenção Primária em Saúde que o SUS aposta muitas fichas, juntamente com o Programa Saúde da Família (PSF), que vem sendo implantado em todo o Brasil como uma importante estratégia para a reordenação da atenção à saúde, conforme preconizam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O PSF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral e continuada.¹⁰⁸

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) também ressalta a necessidade de melhorar o serviço prestado à população pelos profissionais de saúde, tendo com base a qualificação, capacitação e aprimoramento de seu desempenho.¹⁰⁹ Sobre os currículos universitários que referenciam sua formação, todavia, os cursos de graduação pautam-se em um paradigma curativo, hospitalocêntrico e fragmentado do conhecimento e da abordagem da saúde, ao valorizarem as especialidades sem a compreensão global do ser humano e do processo de adoecer. Essa qualidade da formação do profissional faz com que sua atuação, ao ser contratado para o PSF, não raras vezes, se reduza ao consultório. Sendo assim, pela concepção do modelo assistencial ou pela organização do serviço ou prática de trabalho deformada, observa-se a desvalorização ou mesmo inexistência de proposta de ação de saúde coletiva no interior da comunidade.

Na busca de melhores condições de trabalho, a capacitação dos profissionais é de ímpar relevância para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde, Epidemiologia e Serviços de Saúde em decorrência da necessidade de trabalhar em grupo e/ou melhorar o contato com o usuário no atendimento individual.¹¹⁰

Ressalta-se a importância do trabalho em equipe e seu incentivo ao aprimoramento individual em habilidades múltiplas, à visão interdisciplinar e interdependente das tarefas segundo um consenso estratégico de objetivos e à cooperação funcional no desenvolvimento do potencial criativo e de agregação dos valores existentes e reconhecidos no serviço.¹¹¹

As características pessoais, humanas e interdisciplinares de formação dos profissionais que atuam na área da Saúde são importantes de se considerar, para se obter uma informação mais ampla e melhor sobre a saúde da comunidade.¹¹² Faz-se necessário, portanto, um conhecimento do perfil desses profissionais integrantes do corpo de recursos humanos dos serviços. A elaboração e a adoção de medidas –

quando necessárias – de reforço dessa qualificação possibilitam conseqüentemente, melhor desempenho das atividades sanitárias e atenção mais adequada e condizente com as reais necessidades da população.

2. ARTIGOS SUBMETIDOS/ACEITOS/PUBLICADOS

2.1 Artigo 1

PUBLICADO na revista Interfaces Científicas; Qualis B2

DOI: <http://dx.doi.org/10.17564/2316-3801.2015v4n1>



INTER
FACES
CIENTÍFICAS

HUMANAS E SOCIAIS

ISSN IMPRESSO 2316-3348

ISSN ELETRÔNICO 2316-3801

DOI 10.17564/2316-3801.2015v4n1p100-110

POLÍTICA DE AVALIAÇÃO PARA ÁREA DA SAÚDE – UM OLHAR SOBRE AS DIRETRIZES CURRICULARES E A GARANTIA DA QUALIDADE

Suzana Schwerz Funghetto¹

Margô Gomes de Oliveira Karnikowski²

RESUMO

A política de avaliação da educação superior no Brasil tem como premissa a garantia da qualidade descrita na Constituição Federal de 1988. Uma importante ferramenta para a consolidação dessa política foi a construção das diretrizes curriculares para os cursos de graduação, em especial para os da área da saúde que apresentam especificidades uma vez que articulam os conhecimentos da área da educação e saúde. O presente artigo possui como objetivo realizar um

olhar sobre as diretrizes curriculares dos cursos da saúde na perspectiva da política de avaliação enquanto indutora da qualidade.

PALAVRAS-CHAVE

Política. Avaliação de Cursos. Qualidade. Educação Superior.

ABSTRACT

The evaluation policy of higher education in Brazil is premised on ensuring the quality described in the Constitution of 1988. An important tool for the consolidation of that policy was the construction of curriculum guidelines for undergraduate courses, especially for the area health that have specific since they articulate the knowledge of education and health. This paper aims to realize a look at the curriculum guide-

lines of health courses in connection with the evaluation policy while inducing quality.

KEYWORDS

Policy. Evaluation of Courses. Quality. Higher Education.

RESUMEN

La política de evaluación de la educación superior en Brasil se basa en asegurar la calidad descrita en la Constitución de 1988. Una herramienta importante para la consolidación de esa política fue la construcción de lineamientos curriculares para los cursos de pregrado, en especial para la zona la salud que tienen específica ya que articulan el conocimiento de la educación y la salud. Este trabajo tiene como objetivo realizar un vistazo a las directrices del plan de estudios

de los cursos de salud en relación con la política de evaluación, mientras que la inducción de la calidad.

PALABRAS CLAVE

La Política. La Evaluación de Los Cursos. De Educación Superior de Calidad.

1 INTRODUÇÃO

A política de avaliação da educação superior na perspectiva de indução da qualidade promove mudanças no cenário educacional brasileiro na gestão universitária, na produção do trabalho acadêmico e na formação profissional. A formulação e avaliação de política nacional de educação está prevista na Lei de Diretrizes Básicas da Educação Nacional (LDB) de 1996 e também no Plano Nacional de Educação, regulamentado pela Lei 13.005/2014, que prevê como meta a elevação da taxa de matrícula na educação superior, assegurando a qualidade da oferta e da expansão.

O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) que completou onze anos neste ano, baseado nos preceitos constitucionais da educação como direito de todos, nos artigos 205 e 209, expressa as condições necessárias para o pleno desenvolvimento da pessoa, o preparo para o exercício da cidadania, a qualificação para o trabalho e a garantia de padrão de qualidade.

Na avaliação de cursos de graduação e na avaliação do desempenho dos estudantes pelo SINAES as diretrizes curriculares elaboradas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) são a referência motriz para a construção dos instrumentos e da matriz de provas. Para área de saúde foram construídas diretrizes para a formação profissional com perfil generalista que tiveram influências emanadas do Sistema Único de Saúde (SUS), da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, de 19 setembro de 1990. Essas diretrizes têm como premissa a atuação em equipe, em um sistema descentralizado, hierarquizado de referência e contra-referência.

O presente artigo possui como objetivo realizar um olhar sobre as diretrizes curriculares dos cursos da saúde na perspectiva da política de avaliação enquanto indutora da qualidade.

2 MÉTODO

Foi realizada uma análise documental que verificou nas diretrizes dos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Terapia Ocupacional e Educação Física, a similaridade entre as resoluções, tendo como foco a construção de cada um dos cursos com base nas diretrizes para área da saúde.

De acordo com Lüdke & André (1986) o objetivo da análise documental é identificar, em documentos primários, informações que sirvam de subsídio para responder alguma questão de pesquisa. As autoras colocam ainda que por representarem uma fonte natural de informação, documentos “não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto” (LÜDKE & ANDRÉ, 1986, p. 40).

A análise das diretrizes curriculares obedeceu a data de aprovação pelo CNE entre 2001 a 2004, em quatro blocos. As resoluções dos cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição de 2001 foram as primeiras, as de Farmácia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Odontologia, Terapia Ocupacional de 2002 foram as segundas, a de Biomedicina de 2003 foi a terceira, e a Educação Física de 2004 foi a quarta.

Houve, também, a comparação com as novas diretrizes para os cursos de Medicina que foi baseada na Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, que criou o Programa Mais Médicos. Na análise das diretrizes de cada curso foram observados os elementos de estrutura de cada documento e a similaridade das diretrizes curriculares *com competências comuns*. Após essa primeira análise houve a comparação de três artigos comuns para o grupo de profissões que integram a área da saúde, correspondendo às competências e habilidades gerais da profissão (“campo” da saúde) e as competências e habilidades específicas da profissão (“núcleo” profissional no campo da saúde) – os artigos 3º, 4º e 5º.

3 RESULTADOS

A análise proposta possibilitou observar que a formação de recursos humanos pauta-se nas diretrizes do SUS, na construção de um conceito de profissional e no entendimento que saúde é um processo de trabalho coletivo, multidisciplinar, tendo na prestação dos cuidados de saúde a universalização do atendimento. As competências gerais expressas no perfil dos egressos dos cursos da saúde constituem elementos comuns da formação, que são complementadas pelas competências específicas necessárias para cada curso/profissão.

Ao realizar a comparação entre os artigos 3º, 4º e 5º das diretrizes, constatamos que o perfilamento de todas as resoluções propostas pelo CNE seguem a mesma organização, porém demonstram uma diversidade no aspecto textual, exceto para o curso de educação física. Essa é a única diretriz de todos os cursos analisados, que não tem texto igual às demais profissões do grupo, mas refere quanto ao seu campo de saberes e ações às perspectivas da prevenção de problemas e agravos à saúde e a promoção, proteção e reabilitação da saúde.

Na **formação do enfermeiro** está descrito o atendimento e o asseguramento das necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e o asseguramento da integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. A **formação do farmacêutico** contempla as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, com ênfase no SUS. A **formação do nutricionista** deve contemplar as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. E a formação do **biomédico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, odontólogo e terapeuta ocupacional** deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde em num sistema regionalizado e hierarquizado.

As diretrizes curriculares nacionais descritas ainda no artigo 4º apontam, como necessidade, a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva dos profissionais das diversas áreas da saúde. Porém, em 2014, as diretrizes da medicina foram modificadas a partir da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, modificando todas as competências de formação, mas manteve no perfil, no artigo 3º a formação generalista:

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. (BRASIL, 2014, on-line).

O artigo 4º que trazia as mesmas competências gerais para área da saúde como a *atenção à saúde, a tomada de decisões, a comunicação, a liderança, a administração e o gerenciamento e a educação permanente* foram modificadas na diretriz de medicina em 2014 para conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico a serem desenvolvidas nas áreas de atenção à saúde; gestão em saúde; e educação em saúde (BRASIL, 2014).

Essa modificação ocorreu, talvez, porque a referida lei que estabelece o Programa Mais Médicos, coloca a importância da formação desde o primeiro ano do curso em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do SUS. Essa modificação nas diretrizes da medicina que tem como princípios o trabalho em equipe e a interprofissionalidade tenha como consequência a modificação de todas as diretrizes da área da saúde.

Apesar das diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde demonstrarem no artigo 5º, parágrafo único, a preocupação com a questão da atenção,

mantendo textos iguais ou semelhantes nas diretrizes de todos os cursos, exceto em medicina hoje, 2015, os conteúdos sobre o SUS deveriam ser tratados no currículo de forma transversal:

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

A formação do Nutricionista deve contemplar as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde.

A formação do Farmacêutico deverá contemplar as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2004, on-line).

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área da saúde, em vários itens do artigo 5º, reiteram a importância da formação, a promoção de competências e habilidades para o trabalho em equipe multiprofissional/interdisciplinar para atuar de forma garantir a integralidade da assistência.

4 DISCUSSÃO

Concluída a comparação entre os artigos 3º, 4º e 5º das diretrizes dos cursos da área da saúde, houve uma busca pelo entendimento dos significados dos resultados encontrados com o texto dos pareceres, das resoluções e o conhecimento produzido sobre o tema.

Esse procedimento fez com que a discussão fosse dividida em dois momentos, no primeiro se retratou que as diretrizes curriculares na área da saúde as quais apresentaram como objeto a conquista de uma formação generalista para o profissional de saúde e no segundo momento se descreveu sobre o SINAES e o papel das diretrizes curriculares como insumo para avaliação *in loco* dos cursos da área da Saúde.

4.1 DIRETRIZES CURRICULARES NA ÁREA DA SAÚDE – A CONQUISTA DE UMA FORMAÇÃO GENERALISTA PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE

O Conselho Nacional de Educação (CNE) instituído pela Lei 9.131 de 1995 tem atribuições normativas, deliberativas e de assessoramento ao Ministro de Estado da Educação (BRASIL, 1995, p. 1). Esse conselho por meio da Câmara de Educação Superior é responsável pela construção de diretrizes curriculares nacionais que visam expressar o conceito de qualidade, conforme apresentado na Constituição de 1988, bem como orientar as instituições brasileiras de ensino na organização, articulação, desenvolvimento de suas propostas pedagógicas e de seus currículos.

As diretrizes são elaboradas por meio de processo que inclui análise das propostas constantes nos pareceres elaborados pelo CNE e submetidos à consulta da comunidade educacional, para que, após esse procedimento, sejam formalizadas em termos de resoluções, de caráter mandatório para todos os sistemas de ensino do território nacional (SALES, 2010).

As diretrizes dos cursos da saúde foram elaboradas pelas Comissões de Especialistas da Secretaria de Ensino Superior (SESU) do Ministério da Educação (MEC) e encaminhadas ao CNE em 2001 para que subsidiassem os pareceres e as resoluções dos cursos dos respectivos cursos de graduação. Tinham como fundamentação essencial o campo do saber, da a definição do perfil de formação da profissão, a articulação entre teoria e prática, o estabelecimento de orientações para avaliações do processo de ensino aprendizagem, orientações para as avaliações periódicas do processo ensino-aprendizagem e o incentivo a uma formação geral sólida por meio do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente de saúde.

Após amplo debate⁴ com a comunidade educacional, científica, com os conselhos profissionais, dos trabalhadores da área da saúde e tendo como elementos básicos de estruturação a definição do *perfil do egresso*; *as competências e habilidades desejáveis*; *organização do curso, os conteúdos curriculares*; *os estágios e as atividades complementares, acompanhamento e avaliação* foram encaminhados pelo CNE⁵, os textos dos pareceres que fundamentaram as resoluções as quais constituíram-se em orientações para a elaboração dos currículos *com competências comuns*⁶ *aos profissionais de saúde* que devem necessariamente ser adotadas por todas as instituições de ensino.

Em especial, cabe destacar que a concepção de uma formação generalista expressa nessas diretrizes, teve como premissas a atuação em equipe, em um sistema descentralizado, hierarquizado de referência e contra-referência. Além disso, é evidente que tal concepção e premissas receberam influências do Sistema Único de Saúde (SUS), da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990.

4. Foi realizada, também em 2001, na sede CNE, uma audiência pública, para apreciação das propostas apresentadas pelas Comissões de Especialistas de Ensino da SESU/MEC, com a participação de representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, Fórum Nacional de Pró-Reitores das Universidades Brasileiras, Conselhos Profissionais, Associações de Ensino, e outras entidades organizadas da sociedade civil, como a Rede Unida.

5. O CNE analisou as propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino e encaminhadas pela SESU/MEC ao CNE, tendo como referência os seguintes documentos: Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde nº 080 de 19/9/1990; Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 394 de 20/12/1996; Lei que aprova o Plano Nacional de Educação nº 172 de 9/1/2001; Parecer CES/CNE 776/97 de 3/12/1997; Edital da SESU/MEC nº 4/97 de 10/12/1997; Parecer CES/CNE 583/2001 de 4/4/2001; Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO; Paris, 1998; Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000; Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999; documentos da OPAS, OMS, Rede UNIDA e instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde.

6. A Rede Unida produziu em 1998 um texto preliminar encaminhado à SESU/MEC, onde formulou competências comuns aos profissionais de saúde. Este texto é conhecido como "Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde", publicado na Revista Olho Mágico.

Outro fator importante a ser destacado é que no momento da publicação do Parecer CNE nº 1.133 de 7 de agosto do 2001, que tratou das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição **são definidos os objetos de todas as diretrizes para os cursos da área da saúde, demonstrando a articulação** entre a Educação e a Saúde, dando uma mesma orientação para formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade.

Stella e Puccini (2008) corroboram com a discussão, colocando que essas diretrizes se constituem em uma mudança paradigmática na formação dos currículos dos profissionais de saúde, pois deixam de se centrar em um modelo flexneriano, biomédico e curativo para desenvolver estruturas curriculares que enfocam o binômio saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção. Colocam ainda que as ações de promoção e prevenção em educação e saúde na perspectiva da integralidade da assistência devem ser trabalhadas em currículos flexíveis modulares dirigidos para aquisição de um perfil, com habilidades e competências profissionais que possam contemplar tanto o individual quanto o coletivo, em diferentes metodologias de aprendizagem em múltiplos cenários de ensino (STELLA e PUCCINI, 2008, p. 53).

Já Feuerwerker (2003) lembra que as diretrizes para a área da saúde foram definidas dentro de um contexto em que sua modulação se dava a partir dos interesses e orientações do sistema público de saúde, público, democrático, garantindo a busca pela universalidade e integralidade da atenção.

Nessa perspectiva as diretrizes curriculares da área da saúde para os seus respectivos cursos de graduação são também um conjunto de indicações que servem de referência para os processos de avaliação de cursos (SALES, 2010).

4.2 O SINAES E O PAPEL DAS DIRETRIZES CURRICULARES COMO INSUMO PARA AVALIAÇÃO *IN LOCO* DOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE

O SINAES, um dos maiores sistemas de avaliação do mundo, considera, por critérios definidos, o desenvolvimento institucional das instituições de educação superior (IES), o projeto pedagógico, o desenvolvimento dos cursos de graduação e o desempenho dos estudantes por meio de um exame nacional. O conjunto desses parâmetros possibilita aferir as habilidades dos discentes em relação aos conteúdos programáticos previstos nas diretrizes curriculares do respectivo curso de graduação e as exigências decorrentes da evolução do conhecimento e suas competências para compreender temas exteriores ao âmbito específico de sua profissão, ligados à realidade brasileira e mundial e a outras áreas do conhecimento (BRASIL, SINAES, 2004).

As IES e os cursos são avaliados *in loco* por instrumentos em dimensões, indicadores e critérios para os diferentes atos regulatórios, em uma escala de cinco níveis, sendo que o quinto é excelência. De 2010 em diante os instrumentos foram reestruturados, tendo um enfoque matricial que objetiva o acompanhamento do sistema de avaliação. Os cursos da área da saúde seguem as mesmas características pela busca de padrões estabelecidos de qualidade, sendo avaliados em três dimensões: organização, didática, pedagógica, corpo docente e infraestrutura. O instrumento institucional apresenta indicadores para a área da saúde, sendo alguns exclusivos para o curso de medicina.

No processo de avaliação as instituições preenchem formulários eletrônicos pertinentes aos atos regulatórios (autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento), prestando informações sobre plano de desenvolvimento institucional da IES, o projeto pedagógico do curso, as instalações, convênios,

titulação e produção acadêmica dos docentes, informações sobre o contexto educacional do curso. As diretrizes curriculares nacionais são insumos para o estabelecimento de indicadores e critérios de análise que após a visita realizada por comissão de especialistas verificam os padrões de qualidade para a oferta de cursos de graduação e a consonância com o currículo e o perfil do egresso (INEP, 2006, p. 11).

O fluxo processual previsto pelo SINAES é precedido por um conjunto de regras e procedimentos estabelecidos pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES) que aprova os instrumentos e procedimentos; a Comissão Técnica de Acompanhamento da Avaliação (CTAA) como órgão de controle e decisão colegiada sobre processos em fase recursal; e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP) que é qualificado para consecução da avaliação em todos seus aspectos, a implantação e manutenção dos sistemas eletrônicos que produzem a maior transparência, eficácia e legitimidade.

A legislação prevê que todos os cursos sejam avaliados no período de três anos, constituindo o Ciclo Avaliativo do SINAES que se inicia com ENADE, sendo aplicado aos estudantes nas áreas definidas anualmente por Portaria Ministerial, para na sequência realizar-se a avaliação *in loco* dos respectivos cursos e IES.

Em um cenário de 2.391 Instituições de Educação Superior com um total de 32.197 cursos no País, conforme indica o Censo da Educação Superior/INEP/MEC/2013 alguns cursos como Enfermagem, Psicologia e Fisioterapia figuram entre os dez com maior número de matrículas, tendo como análise o gênero feminino. Os cursos da área de ciências sociais, exatas, engenharias e formação de professores em educação física têm as maiores taxas de matrícula do gênero masculino.

Tabela 1 – Dez Maiores Cursos de Graduação em Número de Matrículas, por Gênero – Brasil – 2013

Curso	Feminino	Curso	Masculino
Pedagogia	568.030	Direito	355.020
Administração	445.226	Administração	354.888
Direito	414.869	Engenharia civil	183.297
Enfermagem	194.166	Ciências contábeis	136.733
Ciências contábeis	191.298	Ciência da computação	106.266
Serviço social	157.919	Engenharia de produção	97.658
Psicologia	146.347	Engenharia mecânica	91.802
Gestão de pessoal / RH	138.243	Engenharia elétrica	74.840
Fisioterapia	88.007	Formação de professor de educação física	71.215
Arquitetura e urbanismo	79.293	Análise e Desenvolvimento de Sistemas	66.383

Nota: Os cursos sem as cores estão entre os 10 maiores cursos nos dois gêneros.

Fonte: MEC/Inep.

Em relação ao número de matrículas na área de saúde e bem estar social, conforme classificação da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) há 984.769 matriculados nos cursos de graduação e tecnológicos, o que representa 13,5% do total de matrículas. Em relação às 8.793 avaliações *in loco* dos cursos de graduação que ocorreram nos cursos de graduação e tecnológicos 1.149 foram da área da saúde (INEP, 2015).

5 CONCLUSÃO

A avaliação da educação superior tem ocupado um espaço importante nos debates atuais sobre educação e a centralidade dessa discussão tem sido na indissociabilidade dos conceitos de qualidade, de formação e de perfil profissional. As diretrizes curriculares, insumos para avaliação *in loco* de cursos pelo SINAES, permitem que sejam avaliados os projetos pedagógicos dos cursos, o perfil profissional, as competências e habilidades a serem desenvolvidas nos currículos e nos conteúdos pertinentes a formação generalista, desenhada pelo CNE.

O objetivo comum de criação das diretrizes curriculares teve como consequência, currículos desenhados para alunos dos cursos de graduação em saúde um perfil comum, definido no artigo 3º, permitiu que o desenvolvimento de competências e habilidades ao lon-

go do currículo propiciasse, conforme os preceitos da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior (UNESCO, 1998), a capacidade de aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento, para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento de saúde prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

Embora o sistema educacional brasileiro conte com universidades, centros universitários, faculdades e institutos federais, a política de avaliação e de formação para os cursos da saúde devem observar a relevância pública no processo formativo, determinado pela Constituição Federal Brasileira (Art. 200, Inciso III, combinado com o Art. 197), da Lei Orgânica da Saúde (Art. 27) e da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Art. 62 e Art. 81, combinados) e das Diretrizes Curriculares nacionais de cada curso.

A historicidade da área da saúde revela que os indicadores previstos no instrumento matricial de avaliação trazem critérios que auxiliam os avaliadores *in loco* a observarem nos projetos pedagógicos as diretrizes curriculares, que tem como pressupostos da formação o preparo dos alunos, para atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Nesse sentido, construir uma política por meio diretrizes curriculares, indicadores, normativas e recomendações em relação a formação profissional de forma multiprofissional/interprofissional elevam a qualificação nos termos de uma educação de perfil contemporâneo e adequado as necessidades da saúde da população.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 19 set. 1990.
- BRASIL. **Lei nº 9.131**, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 25 nov. 1995.
- BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 dez. 1996.
- BRASIL. **Lei nº 10.861**, de 14 de abril de 2004. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES. Disponível em: <http://inepnet/superior/avaliacao_institucional/legislacao.htm>. Acesso em: 10 set. 2009.
- BRASIL. **Portaria Normativa nº 40**, de 12 de dezembro de 2007. Institui o e-MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação da educação superior no sistema federal de educação. Disponível em: <<http://www2.mec.gov.br/sapiens/portarias/port40.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2009.
- BRASIL. **Lei nº 12.871**, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 31 jul. 2015.
- BRASIL. **Lei nº 13.005/2014**. Aprova o Plano Nacional de Educação. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10172.htm>. Acesso em: 31 jul. 2015.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1. p.37.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p.38.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 5/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. **Diário Oficial da União**. Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1. p.39.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Parecer CNE/CES nº 1133, de 7 agosto de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. **Diário Oficial da União**, 3 out. 2001.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 2/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1. p.9.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 3/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1. p.10.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 4/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1. p.11.

- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 5/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1. p.12.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 6/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1. p.12.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 1/2003. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina Veterinária. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de fevereiro de 2003. Seção 1. p.15.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 2/2003. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Biomedicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de fevereiro de 2003. Seção 1. p.16.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 8/2004. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Psicologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 de maio de 2004. Seção 1. p.16. Revogada pela Resolução CNE/CES n.5, de 15 de março de 2011.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 3/2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de junho de 2014. Seção 1. p.8-11.
- DELORS, J. et al. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez, 2006.
- FEUERWERKER, L. & ALMEIDA, M. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação! **Rev Bras Enferm**, 56(4):351-352, 2003.
- FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da Abeno**, v.3, n.1, jan./dez. 2003. p.24-27.
- INEP. **Instrumento de avaliação de cursos**. Brasília, 2006.
- INEP. **Censo da Educação Superior**, 2013.
- INEP. **Relatório de atividades**. Diretoria de Avaliação da Educação Superior. Coordenação Geral de Avaliação de Cursos de Graduação e IES, 2014.
- LUDKE, M. & ANDRÉ, M. E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1986.
- REDE UNIDA. Contribuição para as novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da área da Saúde. 1998. **Revista Olho Mágico**. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/olhomagico/n16/home.htm>>. Acesso em: 21 abr. 2014.
- SALES, S. R. Diretrizes curriculares. In: OLIVEIRA, D.A.; DUARTE, A.M.C.; VIEIRA, L.M.F. **Dicionário: trabalho, profissão e condição docente**. Belo Horizonte: UFMG/ Faculdade de Educação, 2010. CDRom
- SILVA, V. G. Qualidade na educação e a ideia de uma formação pública. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos/ Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira**, v.90, n.226, 2009. p.547-570.
- SINAES. **Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: Da concepção à regulamentação**. 4.ed., ampl. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2007.
- STELLA, R. C. R., & PUCCINI, R. F. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina. In: PUCCINI, RF,

- 110 -

SAMPAIO, L.O., & BATISTA, N. A. (Org.). **A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social** [on-line]. São Paulo: Unifesp, 2008. p.53-69.

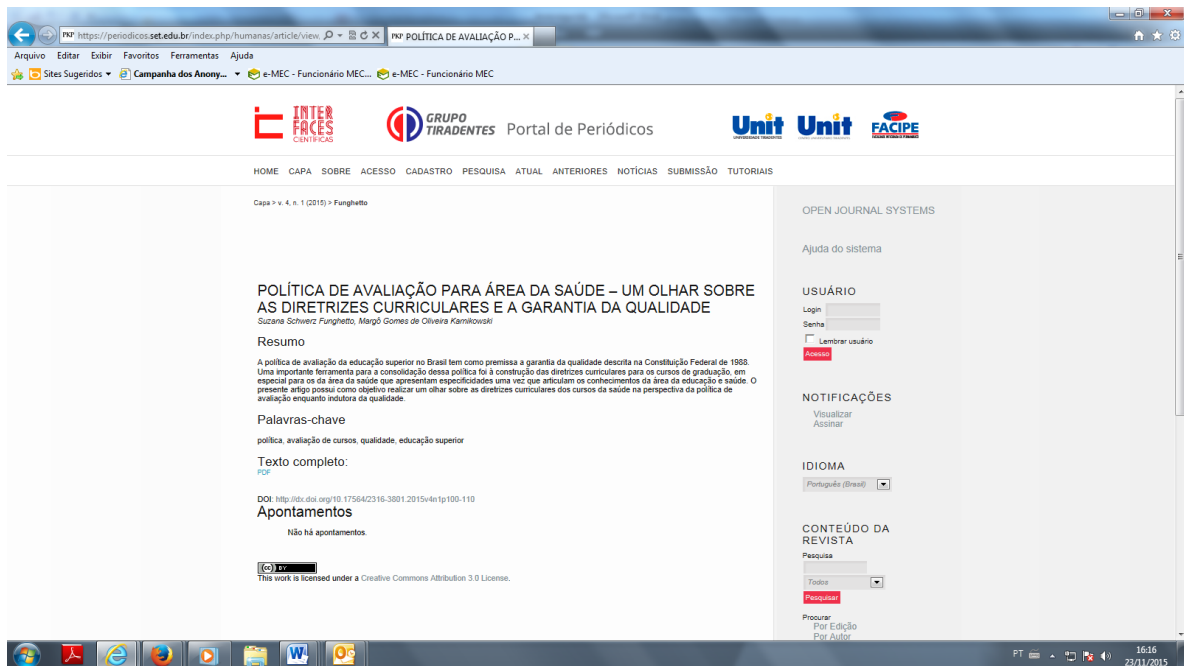
UNESCO. **Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI: Visão e ação**. Paris: Conferência Mundial sobre Ensino Superior, 1998.

Recebido em: 20 de agosto
Avaliado em: 3 de setembro
Aceito em: 6 de setembro

1. Educadora Especial. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* de Ciências e Tecnologias em Saúde, da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Distrito Federal. E-mail: sfsuzana@gmail.com

2. Farmacêutica. Professora Doutora Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* de Ciências e Tecnologias em Saúde, da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Distrito Federal. E-mail: margo@unb.br

Figura 10: Página do Artigo publicado Revista Interfaces Científicas – Humanas e Sociais, v.4, n.1(2015).



2.2 Artigo 2

SUBMETIDO à Revista Scielo Interfaces; Qualis A2

CONCEITOS CENTRAIS EXPRESSOS NA FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE: UM ESTUDO A PARTIR DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

Suzana Schwerz Funghetto¹

Robson Quintilio²

Maria Salete Vaceli Quintilio³

Margo Gomes de Oliveira Karnikowski⁴

Resumo: O país precisa de recursos humanos qualificados para atuar nos diferentes níveis de atenção a saúde no sistema único de saúde. A discussão sobre a formação

¹ Educadora Especial. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Ciências e Tecnologias em Saúde, da Universidade de Brasília, Campus Ceilândia, Distrito Federal.

² Bacharel em Matemática Aplicada pela Universidade de São Paulo. Doutor em Astronomia pela Universidade de São Paulo. Atualmente é Pesquisador-Tecnologista em Informações e Avaliações Educacionais do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.

³ Bacharel e Licenciada em Física pela Universidade Estadual de Londrina. Mestre e Doutora em Astronomia pela Universidade de São Paulo.

⁴ Farmacêutica. Professora doutora Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Ciências e Tecnologias em Saúde, da Universidade de Brasília, Campus Ceilândia, Distrito Federal.

na graduação e do profissional busca por um perfil que atenda as necessidades de universalização, da equidade, da integralidade que estão expressos tanto nos documentos na área da saúde como nas diretrizes curriculares nacionais. Esse estudo busca evidenciar os conceitos centrais expressos nas diretrizes que foram construídas a partir da ideia de um perfil comum para todos os cursos da área da saúde, a flexibilização na organização dos currículos pelas IES além da maior interação entre serviço, ensino, comunidade. A análise dos conceitos centrais pelo método de análise de conteúdo permitiu identificar os temas que balizaram a construção das diretrizes na área da saúde.

Palavras-chave: conceitos centrais, área da saúde, diretrizes curriculares

Introdução

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural e não representa a mesma coisa para todas as pessoas, pois depende da época, do lugar, da classe social. (SCLIAR, 2007:30) Em termos legais, o conceito de saúde expresso na Constituição Federal de 1988, no artigo 196, é definido como um é direito fundamental, de todos os cidadãos brasileiros, sendo dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Ainda com relação às ações e serviços públicos de saúde, o artigo 198 da carta magna coloca que essas ações integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, que prevê ainda a ordenação para a formação de recursos humanos na área de saúde. (BRASIL, 1988)

Para que o conceito de saúde seja construído na formação dos profissionais de saúde dentro dos princípios, as diretrizes e as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) é necessária uma permanente articulação com a educação, por meio de políticas e mecanismos capazes de suprir as reais necessidades de atendimento da população. Nesse sentido, construir políticas de formação pressupõe uma articulação entre as instituições normativas, regulatórias, as instituições formadoras e o SUS, e tem sido um desafio permanente para os que fazem saúde e educação no Brasil.(BRASIL, 2006:11).

Cabe ao Conselho Nacional de Educação (CNE), órgão colegiado deliberativo e normativo do Ministério da Educação (MEC), a construção de diretrizes curriculares que devem ser seguidas por instituições de educação superior, por municípios, estados e União após homologação do ministério.

As diretrizes curriculares nacionais para área da saúde foram construídas sobre

a égide das discussões da Reforma Sanitária Brasileira, da 8ª Conferência Nacional de Saúde tendo com base a Constituição Federal, a Lei Orgânica 8080/1990, no acesso à educação, com a participação da família, do Estado no processo educacional, além do vínculo ao mundo do trabalho e à prática social, prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, no Plano Nacional de Educação, Lei nº 10.172/2001; no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), Lei nº 10.861/2004 e Decreto nº 5.773/2006. Essas diretrizes tiveram uma concepção que traçou habilidades específicas, competências gerais associadas a um perfil profissional capaz de tomar decisões, de se comunicar com os pares e com a sociedade, de liderar para mudanças, de gestão, tendo como base um processo de educação permanente e de atenção às questões da saúde e da formação. (CNE/CES Parecer nº. 1133 de 2001).

A construção do texto das diretrizes elaboradas pelo CNE após ampla discussão entre a área da educação e saúde, envolvendo instituições de educação superior, rede de trabalhadores da saúde e sociedade em geral, tem na descrição do perfil desejado do formando o ponto principal do processo de formação para a área da saúde, com foco na atenção básica, com competências comuns e habilidades para atuação no SUS. (CNE/CES Parecer nº. 1133 de 2001; CAVALCANTI et al 2008, GONZE, 2009). Dessa diretriz geral para os cursos da área da saúde foram discutidas pelo CNE, no período de 2001 a 2004, as diretrizes para cada curso. (CNE/CES Parecer nº. 1133 de 2001)

As competências expressas nessa proposta de formação comum têm como objetivo propiciar, conforme a base de formação para o século XXI da UNESCO, que os alunos possam, ao longo do currículo: aprender a aprender, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e humanização do atendimento (UNESCO, 1998). Para subsidiar construção de currículos dos cursos para a área da saúde as diretrizes colocam ações de articulação entre teoria e prática, o estabelecimento de orientações para avaliações periódicas do processo de ensino aprendizagem e o incentivo a uma formação geral sólida por meio do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente e saúde. (CNE/CES Parecer nº. 1133, 2001)

O presente artigo tem com objetivo analisar os principais conceitos apresentados nas diretrizes curriculares da área da saúde, bem como verificar se os conceitos centrais expressam na formação profissional e os princípios doutrinários do

SUS.

Nessa perspectiva, ao verificarmos os conceitos centrais nas diretrizes nos deparamos com a construção dos princípios doutrinários do SUS com a questão do conceito de saúde reconhecido desde a Constituição Federal de 1988, como direito de todos e dever do Estado. O princípio da universalidade coloca o desafio de oferta de serviços e ações a todos que deles necessitem, enfatizando as ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos. O princípio da integralidade é focado nas diretrizes quando expressa que a atenção a saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou de grupos de pessoas, inclusive pertinente aos níveis de complexidade diferenciados. O princípio da equidade afirma que a necessidade de ações e serviços deve ocorrer para a busca permanente da melhora das condições de saúde da população. (BRASIL, 1990; CARVALHO e SANTOS, 1995)

Metodologia:

Para buscar os conceitos centrais expressos nas diretrizes propostas para os diversos cursos da área da saúde, bem como na Lei Orgânica 8080/1990, foi necessária a comparação dos artigos pertinentes a formação profissional e os princípios doutrinários do SUS presentes nesses textos, por vezes expressos de maneiras diferentes, em diferentes pontos e com termos diferentes.

Uma ferramenta particularmente útil para essa verificação foi a Análise de Conteúdo que consiste, segundo Santos e Dalto (2012), num “conjunto de técnicas que pretende analisar as formas de comunicação verbal e não verbal”. Esse tipo de estudo, é sistematizado desde a década de 20, com estudos sobre propaganda usada na 1ª Guerra Mundial, sendo que sua definição surgiu no final da década de 40: “a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação (SILVA et al. 2005).

Apesar de ser utilizada de forma sistemática desde essa época, tem como referência básica o trabalho de Bardin (1977:42). Mais recentemente, a definição de análise de conteúdo foi atualizada, sendo um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 1994). Ainda segundo Bardin (1994), a

análise de conteúdo enriquece a exploração das informações. O método também permite a formulação de hipóteses na forma de perguntas ou afirmações provisórias a serem testadas. Ao ser realizada, a análise de conteúdo pode ser sistematizada em três etapas básicas, definidas por Trivinos (1997): a **pré-análise**, que consiste na organização do material que será utilizado na coleta dos dados e também materiais que ajudarão a definir o campo de atenção ao objeto do estudo. Esse campo é comumente denominado "corpus" da investigação; **descrição analítica**: aqui o corpus do estudo é analisado, gerando conjunto de referência em busca de sínteses de ideias, e a **interpretação referencial** onde a conexão entre ideias, intuída com base empírica, é estabelecida. Nesse sentido, a conexão entre as ideias em busca dos conceitos é aprofundada, tornando visível o conteúdo implícito, "revelando ideologias e tendências das características dos fenômenos sociais que se analisam, ao contrário do conteúdo manifesto que é dinâmico, estrutural e histórico." (TRIVINOS, 1987).

Seguimos, dessa forma, os passos metodológicos explicitados acima: pré-análise, descrição analítica e interpretação referencial. Na etapa de pré-análise, para verificar os conceitos que construíram as diretrizes curriculares dos cursos da saúde que tem com foco uma formação generalista, foram analisados os artigos comuns das resoluções dos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional e Educação Física. Os artigos comuns na formação são os cinco primeiros, que foram selecionados para essa análise, tendo como parâmetros os conceitos integralidade, universalidade e equidade. A etapa de descrição analítica foi realizada com o apoio de *softwares* específicos para apoio a esse tipo de análise. Esses aplicativos serão descritos mais adiante. Os textos selecionados na etapa anterior, todos em formato digital, foram convertidos em texto puro, para eliminar informações de formatação indesejadas. Para possibilitar a análise via software, todos os diacríticos foram eliminados e os caracteres correspondentes foram utilizados. (DANOWSKI, 2013). Dessa forma, pode-se representar o conteúdo dos textos num diagrama cuja visualização permite intuir o relacionamento entre os termos e ideias gerais presentes.

A construção do diagrama foi realizada por meio do software Word, que reúne diversos módulos para a criação e visualização de redes semânticas, tendo como objeto pares de palavras relacionadas por proximidade. O programa é gratuito para uso não comercial e acadêmico, sendo compatível com diversas plataformas computacionais (DANOWSKI, 2013) Essa rede semântica, após análise de palavras

e pares de palavras produz um conceito, sendo chamado de “nó”. Para esse trabalho não foram considerados os conceitos que apareceram menos do que 3 vezes no texto.

Essa ferramenta gerou um arquivo com extensão.net no formato Pajek, bastante difundido e compatível com diversos aplicativos de análise de conteúdo. O módulo VISij foi, então, utilizado para visualização do diagrama. Após várias experimentações, na figura a seguir temos o diagrama formado por 30 nós e com ligações para os conceitos cuja associação apareceram 3 ou mais vezes entre as diretrizes analisadas:

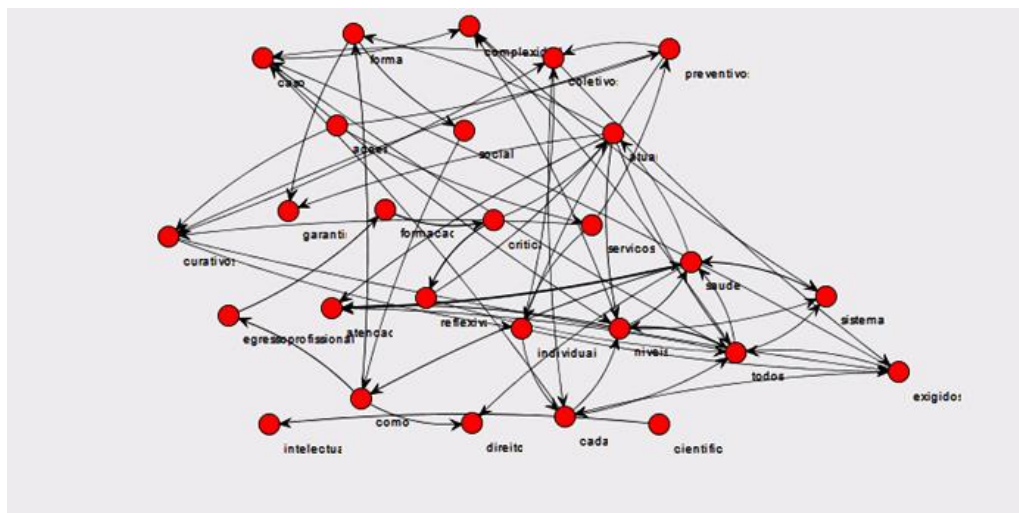


Figura 1: Diagrama formado por 30 nós e com ligações para os conceitos retirados das diretrizes

Após essa primeira análise o programa também propiciou a movimentação manual dos “nós” do diagrama tendo como objetivo a verificação nos artigos 3º, 4º e 5º que tratam da formação comum generalista e a centralidade no atendimento em práticas preventivas e humanistas. Foi, então, gerado um diagrama final com os conceitos encontrados. Tal ação facilita a realização de uma análise de conteúdo, conforme Bardin (2006), que propiciou um método específico que parece mais claro em razão da elaboração esquemática que o acompanha (passo a passo), tornando-o mais fácil e menos ambíguo, “devido à possível redução do material anteriormente delineado. Seguindo o método de Bardin (2006) a análise de conteúdo foi organizada em três fases: pré-análise por meio da leitura de todas as diretrizes, exploração do material por meio do Wordij por permitir maior grau de configuração dos parâmetros para a construção do diagrama e finalmente o tratamento dos resultados, inferência e interpretação quanto ao objetivo do estudo. Para o diagrama de análise de conteúdo,

foram utilizados os textos dos artigos de 1 a 5 das diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde, pois as resoluções do CNE são textos longos, complexos para as outras áreas do conhecimento e em um primeiro momento não permitem uma representação daquilo que é dito no texto. (DANOWSKI, 2013) O uso de ferramentas como WORDij auxiliam na análise de conteúdo pois capturam as relações entre as palavras da mensagem e, muitas vezes, representar essas relações graficamente. Após todos os cruzamentos realizados entre os artigos das resoluções dos cursos da área da saúde escolhidos para esse artigo, chegamos a essa forma de representação gráfica do diagrama de conteúdo, que pode ser observado na figura a seguir:



Figura 2: Diagrama de conteúdo com os conceitos centrais das diretrizes da área da saúde.

Nesse diagrama, o tamanho da fonte é proporcional à frequência do conceito no texto analisado. A frequência dos principais conceitos encontrados nos textos analisados foi a seguinte: saúde (67), profissional (40), formação (32), atuar (25), sociais (23), perfil (21), social (21), profissionais (19), conhecer (18), exercício (18), atuar (25), atenção (17), atuação (17), atividades (15), sistema (15), trabalho (13), conhecimentos (12), crítica (12), habilidades (12), níveis (12), análises (11), éticos (11), promoção (11), avaliar (10), capacitado (10), generalista (10), humanista (10), qualidade (10) ações (9), científico (9), competências (9), culturais (9), e reflexiva (9).

O diagrama, na figura 2, foi obtido utilizando-se o serviço online “Voyant Cirrus”

(Sinclair e Rockwell, 2015). De posse desses diagramas e da leitura apurada do *corpus* selecionado para o estudo, seguiu-se a etapa de interpretação referencial. Os conceitos centrais “saúde”, “formação”, “atuar”, “sociais” e “profissional” foram os que apareceram de forma mais evidente, de acordo com a figura 2. Esses conceitos corroboram com o momento histórico de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que direcionou a saúde pública brasileira para práticas integrais e preventivas onde as novas práticas de atenção demandam novas práticas de formação em saúde. (CAVALCANTI et al. 2008, GONZE, 2009) Nesse sentido esses conceitos centrais expressos nas diretrizes demonstram a necessidade de discussão constante a acerca de mudanças na formação dos profissionais de saúde, aproximando o cenário de formação no SUS de acordo com reais necessidades sociais fazendo com que a busca pela integralidade da atenção à saúde traga aos currículos dos cursos de graduação a superação de antigos embates: atenção básica/atenção especializada; ações preventivas/ações curativas; cuidados individuais/cuidados coletivos e Unidades Básicas de Saúde/hospitais. (BRASIL, 2006, p.13)

Por outro lado, cabe destacar que a concepção de uma formação generalista expressa nessas diretrizes⁵, que teve como premissa a atuação em equipe, em um sistema descentralizado, hierarquizado de referência e contra-referência, tem conceitos escritos de forma menor quando comparados os artigos das diretrizes dos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional e Educação Física.

Nessa perspectiva, não aparece como conceito principal a previsão, nessas resoluções de diretrizes, a política do SUS que prevê uma formação continuada iniciada na graduação que deve prover os elementos indispensáveis para garantir o perfil de competências profissionais necessário à consolidação do sistema de saúde.

A articulação entre a Educação Superior e a Saúde pode ser evidenciada na construção dos textos em conceitos centrais que demonstram a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para

⁵ As diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde foram aprovadas entre 2001 e 2004. As resoluções dos cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição são de 2001, Farmácia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Odontologia de 2002, Biomedicina de 2003 e Educação Física em 2004. Em 2014, baseada na Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, que cria o Programa Mais Médicos, são promulgadas as novas diretrizes para os cursos de Medicina.

esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade. Os conceitos centrais encontrados na análise de conteúdo proposta por Bardin (2006) foram codificação e categorizados para permitir atingir uma representação do conteúdo das diretrizes em relação aos princípios doutrinários do SUS.

Discussão

Os conceitos centrais encontrados na análise como “saúde”, “formação”, “atuar”, “sociais” e “profissional também podem ser observados na perspectiva de competências comuns, uma vez que manifestam o ideário básico de flexibilização curricular proposto para a área, com vistas a possibilitar uma formação de acordo com o estágio de desenvolvimento do conhecimento da área, permitindo ao graduado enfrentar as rápidas mudanças do conhecimento e seus reflexos no mundo do trabalho (BRASIL, 2006, p.14). Para tal, o perfil definido para a área da saúde deve ter, no desenho curricular dos projetos pedagógicos, as competências, as habilidades e os conteúdos nelas estabelecidos, a partir de referências nacionais e internacionais. Aliando a esses conceitos centrais aparecem também outros conceitos no texto das diretrizes nos artigos iniciais comuns a toda área como os conceitos de “formação” “generalista”, técnica, científica e “humanista”, com capacidade “crítica” e “reflexiva”, preparado para “atuar”, pautado por “princípios” “éticos”, no processo de saúde-doença em seus diferentes “níveis” de “atenção”. Nesse sentido o princípio da integralidade da assistência é contemplado, trazendo à tona a busca na formação pelo com senso de responsabilidade social, que também é princípio da educação superior brasileira bem como o compromisso com a cidadania, conceito expresso nas questões “sociais” e “éticas” da formação inicial e continuada do trabalhador em saúde em processo de “educação” “permanente”.

Ao discutirmos o conceito “atuar”, é importante salientarmos a diversificação de cenários e ambientes de aprendizagem centrados nos conceitos de prática e de inserção do aluno no desde início da sua formação para compreensão e atuação no SUS. Ao refletirmos sobre o conceito central “atuar” podemos inferir que a área da Saúde estabeleceu, como elementos constitutivos para a formação dos alunos, cursos de graduação da saúde que tiveram as diretrizes construídas a partir de uma relação dialética entre as concepções de saúde, educação superior, avaliação, formação profissional continuada e os princípios doutrinários do SUS, previstos na Lei Orgânica

8080/1990. Esses elementos constitutivos propiciaram a indução da qualidade da oferta, preconizadas na Lei do SINAES, propiciando a adoção de princípios, estratégias e ações contemporâneas inovadoras por parte dos docentes para formarem profissionais que compreendem, tem o poder de resolutividade tão necessário para o dia a dia de atendimento proposto em todos os níveis do SUS. Nesse sentido, essa concepção de conceito de atuação preconiza também com a articulação dos princípios da educação cidadã e solidária com o conjunto de competências e habilidades gerais e específicas essenciais à formação profissional generalista, crítica e reflexiva capaz de problematizar e assumir desafios em defesa da melhoria da qualidade de vida e de saúde da população.

Considerações Finais

A construção de diretrizes que esboçaram um perfil de profissional para área da saúde buscaram, no período de 2001 a 2004, a construção de novo modelo pedagógico de relevância social com integração curricular, evidenciadas na concepção generalista, na integralidade da atenção, no mundo do trabalho, na qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

Nesse sentido as diretrizes são referenciais básicos, pois garantem ao campo do saber, a definição do perfil de formação da profissão, a articulação entre teoria e prática, o estabelecimento de orientações para avaliações do processo de ensino aprendizagem bem como o incentivo a uma formação geral sólida por meio do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente em saúde. É oportuno destacar que as Diretrizes Curriculares Nacionais devem ser cumpridas, tanto pelos cursos supervisionados pelo sistema federal, como por aqueles pertencentes aos sistemas estaduais (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, as diretrizes curriculares concebidas para área da saúde, levando em conta o perfil e as necessidades de atendimento do SUS, devem ser observadas em consideração no momento da elaboração dos projetos pedagógicos, seus currículos, que devem ser adotadas por todas as Instituições de Educação Superior (IES) e no processo avaliativo de cursos proposto pelo SINAES.

O processo avaliativo proposto pelo SINAES avalia por meio de instrumento matricial os cursos de graduação. O instrumento de curso é composto por três dimensões, com indicadores e critérios que buscam avaliar a organização didático-

pedagógica, o corpo docente e a infraestrutura. O projeto pedagógico, o formulário eletrônico preenchido pela instituição e as diretrizes curriculares são insumos para o processo avaliativo, que ocorre *in loco*, por comissão de especialistas, docentes da educação superior com graduação na área. Esta avaliação é referencial básico no processo de regulação e supervisão para os atos autorizativos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento. Outro ponto importante no momento da avaliação *in loco* é análise das diretrizes e a medida que as mesmas foram atendidas na concepção e construção dos projetos pedagógicos dos cursos e a sua implementação. (BRASIL, 2006)

As diretrizes concebidas para área da saúde trouxeram à tona, depois de amplo debate, promovido pelo CNE e pela Rede Unida, na época da concepção e de construção das resoluções as discussões sobre a complexidade da formação e atuação dos profissionais de saúde enquanto equipe para o atendimento preconizado no SUS. Nesse sentido a formação proposta para a graduação exigiu um novo delineamento para o âmbito específico de cada profissão. Por isso as diretrizes trouxeram o conceito de integralidade na formação, definindo competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) comuns que possibilitariam no âmbito da formação a interação e atuação multiprofissional, tendo como beneficiários os indivíduos e a comunidade, promovendo assim a saúde para todos.

Ao buscarmos no estudo os conceitos centrais das diretrizes da área verificamos a articulação dos movimentos realizados na época entre saúde e educação. Essa movimentação trouxe à tona a ideia de projetos pedagógicos que deveriam evidenciar currículos fundamentados no humanismo integrando conteúdos básicos e profissionalizantes, com o desenvolvimento de metodologias ativas para o processo de ensino e aprendizagem, a busca pelo equilíbrio entre teoria e prática; a diversificação dos cenários de aprendizagem, a pesquisa integrada ao ensino, com a participação de profissionais dos serviços e da comunidade, a educação orientada aos problemas mais relevantes da sociedade e a terminalidade dos cursos, garantindo a formação geral do profissional. (REDE UNIDA, 1998)

Por fim, os conceitos centrais analisados no estudo sobre as diretrizes advêm da política de formação para o SUS evidenciam, a estruturação de convicções refletidas do movimento da Constituição Federal, da Reforma Sanitária, da Lei 8080/90, da 8ª Conferência de Saúde, da lei do SINAES que buscam a qualidade do ensino, a formação continuada, da indução para construção de projetos pedagógicos

contextualizados na realidade sócio econômica, centrados no desenvolvimento da aptidão de aprender, transformando o conhecimento em processo formativo que articula a teoria e a prática garantindo a busca pela universalidade, equidade e integralidade da atenção e saúde.

Referências

BARDIN, I. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições Setenta, 1994. 226 p.

BARDIN, L. (2006). Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições, 1977.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo S.A., MESP, 1988.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p.: il.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90). São Paulo: Hucitec, 1995.

CAVALCANTI, Y. W.; CARTAXO, R. O.; LIMA, A. A.; PADILHA, W. W. N. Formação para o SUS e as perspectivas de atuação profissional em Odontologia. In: XIII Mostra de Iniciação Científica em Odontologia, 2008, João Pessoa PB. Revista de Iniciação Científica em Odontologia, João Pessoa, v. 6, n. 2, jul./dez. 2008

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CNE/CES Resolução 8/2004. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Psicologia. Diário Oficial da União, Brasília, 18 de maio de 2004, Seção 1, p. 16. Revogada pela Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 3/2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 6/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO Resolução CNE/CES 2/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 9. 1

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO Resolução CNE/CES 3/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 5/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Diário Oficial da União Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 39.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Parecer CNE/CES nº. 1133, de 07 agosto de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Diário Oficial da União 03 out 2001.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 1/2003. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina Veterinária. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de fevereiro de 2003. Seção 1, p. 15.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 2/2003. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Biomedicina. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de fevereiro de 2003. Seção 1, p. 16

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 5/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 4/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 11.

DANOWSKI, J. A. WORDij version 3.0: Semantic network analysis software. Chicago: University of Illinois at Chicago. (2013).

GONZE, G. G. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas. Dissertação de Mestrado em saúde coletiva, UFJF, 2009.

REDE UNIDA: Contribuição para as Novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Área da Saúde". 1998. Revista Olho Mágico. Disponível em <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N16/home.htm>, acesso em 12 mar. 2015.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de

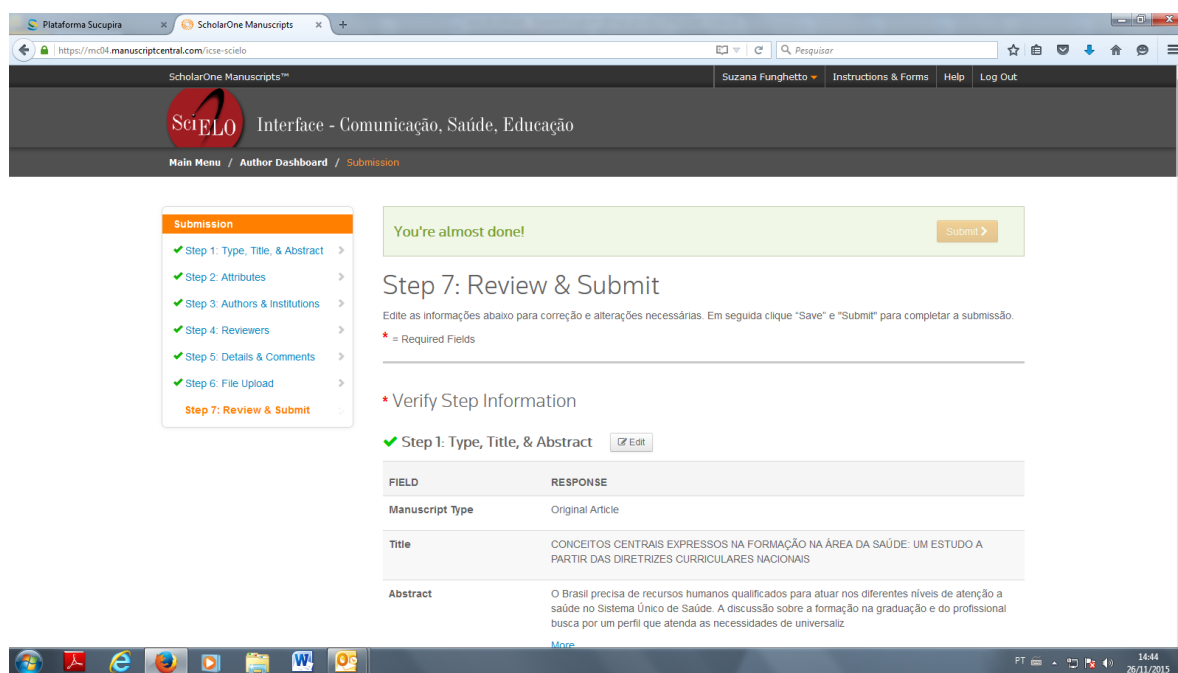
Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SINCLAIR, S. E ROCKWELL, G. **Cirrus. Voyant**. 2015. Disponível em <<http://voyant-tools.org/tool/Cirrus/>>. Acesso em 20 de agosto de 2015.

TRIVINOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

UNESCO. *Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI: Visão e ação*. Paris: Conferencia Mundial sobre Ensino Superior, 1998.

Figura 11: Página de Submissão de Artigo – Revista Scielo Interface – Comunicação, Saúde, Educação.



2.3 Artigo 3

PUBLICADO em Cadernos de Pesquisa: Pensamento Educacional, Curitiba, v.10, n.25, p.19-35 mai/ago 2015. Disponível em http://www.utp.br/cadernos_de_pesquisa/; Qualis B2

A EXPANSÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL, A INDUÇÃO DA QUALIDADE A PARTIR DO SINAES E AS NOVAS PERSPECTIVAS PARA A EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Susane Garrido¹
Margô Gomes De Oliveira Karnikowski²
Claudia Maffini Griboski³
Flavia Amaral Rezende⁴
Suzana Schwerz Funghetto⁵

RESUMO

A Meta 12 do Plano Nacional de Educação prevê o acesso a cursos de graduação de 33% da população brasileira com idade para ingressar no ensino superior, assegurando a qualidade da oferta e da expansão. Nesse sentido, a avaliação, se constitui como ferramenta indutora de qualidade, segundo os preceitos do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), por integrar ao processo avaliativo os diferentes contextos que englobam as ofertas no ensino superior presencial e, em especial, a distância. A educação a distância será basilar na expansão da educação superior. Porém, ainda requer uma reflexão mais profunda acerca de seu papel no processo formativo, que inclui suas especificidades metodológicas de ensino, para incluí-los no processo avaliativo. Neste sentido, a discussão sobre a

1 Química e Mestre em Educação pela PUCRS - Doutora em Informática na Educação pela UFRGS. Professora e Pesquisadora do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu da UTP (Curitiba) na área de tecnologias da educação, neurocognição e educação a distância. Avaliadora do INEP.

2 Farmacêutica. Professora Doutora Programa de Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Ciências e Tecnologias em Saúde, da Universidade de Brasília, Campus Ceilândia, Distrito Federal. Avaliadora do INEP.

3 Pedagoga com Especialização em Gestão Escolar, Mestre em Engenharia de Produção na área de Qualidade da Gestão Escolar pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e Doutora em Educação pela Universidade de Brasília (UnB). Professora Adjunta da UnB, Diretora de Avaliação da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP/MEC) e Presidente da Red Iberoamericana para el Asseguramento de la Calidad en la Educación Superior (RIACES)

4 Jornalista. Mestre em Multimeios pela Unicamp e Professora Doutora em Artes Visuais pelo Departamento de Artes da Unicamp, SP. Pós Doutora em Educação Matemática pela Unesp de Rio Claro, SP. Avaliadora do INEP.

5 Educadora Especial. Doutoranda do Programa de Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Ciências e Tecnologias em Saúde, da Universidade de Brasília, Campus Ceilândia, Distrito Federal.

A expansão da Educação Superior... - Suzane Garrido et al.

modalidade de educação a distância estimula uma forma de repensar e de inovar nos processos que envolvem os papéis das instituições de educação superior e do estado para assegurar o cumprimento das metas até 2024. O presente artigo descreve a expansão da educação superior no Brasil e a contribuição da Educação a distância nesse processo, destacando os aspectos da avaliação enquanto indutora da qualidade a partir do SINAES.

Palavras-chave: Expansão. Educação Superior. Educação a Distância. Avaliação. SINAES.

INTRODUÇÃO

A expansão na oferta de instituições, cursos e matrículas na educação superior, tendo como premissas o acesso à educação superior de qualidade, dispostos na Constituição Federal de 1988, provocou também uma discussão sobre quais eram e são os parâmetros para esse fenômeno.

Ao se observar o movimento de expansão da educação superior no Brasil, a partir de 2004, ano de implementação do SINAES, é possível verificar a crescente ampliação de matrículas, o que se prolonga até o momento atual, com tendência a permanecer nos próximos anos. Fenômeno semelhante ocorre em relação às IES e o número de cursos, com um rápido aumento a cada ano, principalmente na modalidade a distância. A Tabela 1 demonstra como se deu o crescimento no período.

Tabela 1. Evolução do número de IES, cursos e matrículas no Ensino Superior no Brasil, 2004-2013

Ano	IES	% crescimento	Cursos	% crescimento	Matrículas	% crescimento
2004	2.013	8,3%	18.644	13,3	4.163.733	7,1
2005	2.165	86,0	20.407	92,7	4.453.156	65,2
2008	2.252	4,01	24.709	21,0	5.080.056	14,0
2009	2.314	2,8	28.671	16,0	5.954.021	17
2010	2.377	2,7	29.507	2,9	6.379.299	7
2011	2.365	-0,5	30.420	3,0	6.739.689	5,64
2012	2.416	2,2	31.866	4,8	7.037.688	4,4
2013	2.391	-1,3	32.049	9,7	7.305.977	7,5

FONTE: INEP. Censos da Educação Superior. Consulta: www.inep.gov.br em 23.11.2014

A expansão da Educação Superior... - Suzane Garrido et al.

Essa expansão ocorreu com maior intensidade no ano de 2005, no setor privado, e em 2010, no setor público, em função dos programas implementados pelo Governo Federal, como o Fundo de Investimento Estudantil (FIES) e o Programa Universidade para Todos (PROUNI). Corroborando com este cenário, Vieira (2009), afirma que a análise das transformações recentes do campo da educação superior, de acordo com os números oficiais, permite a identificação de vários movimentos, a saber: um processo de democratização/expansão, privatização (relação público-privado) e massificação da educação superior, por meio de mudança na identidade institucional.

Nesse sentido, no cenário divulgado pelo censo do INEP em 2014, das 2.391 instituições de educação superior do Brasil apenas 8% são Universidades e detêm mais de 53% dos alunos, sendo, portanto, grandes instituições. Os Centros Universitários representam 5,9% das matrículas, os Institutos Federais e Centros Federais de Educação Tecnológica, 1,7%. Por outro lado, as Faculdades têm uma participação superior a 84%, mas atendem apenas 29% dos alunos. Outro dado importante se revela em relação a matrícula: entre os anos de 2012 a 2013 houve um crescimento de 3,9% nos cursos presenciais e 3,6% nos cursos a distância. Os cursos na modalidade a distância no ano de 2013 contam com uma participação superior a 15% na matrícula de graduação.

Em 2010, havia 6.379.299 de matriculados nos cursos de graduação (5.449.120 presencial e 930.179 a distância), sendo que 267.772 alunos tinham até 18 anos (259.259 presencial e 8.513 a distância) e 2.999.587 alunos estavam na faixa etária dos 19 a 24 anos (2.829.037 presencial e 162.550 a distância). Em 2013, o percentual de pessoas frequentando a educação superior representou quase 30% da população brasileira na faixa etária de 18 a 24 anos e em torno de 15% está na idade teoricamente adequada para cursar esse nível de ensino. (Censo 2010/2013)

Mesmo com essa expansão, o Brasil ainda precisa avançar na meta de crescimento do número de matrículas na educação superior, considerando os objetivos estabelecidos no Plano Nacional de Educação se comparado a realidade de outros países, com assegurada qualidade. Porém, surgiram no contexto educacional novas variáveis – aqui denominados de *entrantes* – como a oferta massiva de EaD, os grandes conglomerados educacionais e

A expansão da Educação Superior... - Suzane Garrido et al.

as correlações entre números quantitativos e os indicadores de qualidade.

As metas instituídas no Plano Nacional de Educação para decênio 2014-2024 de elevar a taxa bruta de matrícula na educação superior para 50% e a taxa líquida para 33% da população de 18 a 24 anos, assegurando a qualidade da oferta (meta 12) e elevar a qualidade da educação superior pela ampliação da educação de mestres e doutores nas instituições de educação superior para 75%, no mínimo, do corpo docente em efetivo exercício, sendo, do total, 35% doutores (meta 13), induzem a necessidade de avaliar, por meio de indicadores, a qualidade em que ocorre a expansão nesse período.

Portanto, segundo a Constituição Federal, a educação a ser oferecida por instituições públicas e privadas deve ser objeto de avaliação, supervisão e regulação pelo poder público, com base nas normas gerais da educação nacional, para a garantia de padrão de qualidade. A CF ressalta, ainda, o Plano Nacional de Educação (PNE), de duração decenal, com o objetivo de articular o Sistema Nacional de Educação em regime de colaboração e por meio de ações integradoras dos poderes públicos das diferentes esferas federativas, visando, entre outros, à melhoria da qualidade do ensino e à promoção humanística, científica e tecnológica do país.

Segundo Dourado e Santos, a expansão da EaD no Brasil intensificou-se a partir de 2000, resultado de articulações “tanto por parte do Governo quanto de grupos no interior das universidades, para que se implantasse a educação a distância no país. Essas articulações se traduzem na criação das condições para instituição da EaD por meio de um marco regulatório, da criação de um grupo para pensar a modalidade, da celebração de protocolos de cooperação, além de consórcios universitários para a sua oferta” (2012:163).

Em sintonia com a CF 1988, destaca-se a Lei nº 9394/1996, (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB), em seu artigo 43, ao afirmar que a educação superior:

(...) tem por finalidade estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo; formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento

A expansão da Educação Superior... - *Suzane Garrido et al.*

da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua; incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive; promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos que constituem patrimônio da humanidade e comunicar o saber através do ensino, de publicações ou de outras formas de comunicação; suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração; estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade; promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição. (LDB, 1996)

Todas essas finalidades devem ser garantidas também nos cursos oferecidos pela modalidade de educação a distância, pois são efetivados no princípio único da formação profissional regidos sob os mesmos instrumentos legais, princípios e padrões de qualidade, tais como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) que regem os cursos do ensino superior brasileiro, como insumos para os processo avaliativo de cursos.

Em 2004 foi criado o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) como política pública de Estado, conjugando os três elementos constitutivos da avaliação: a avaliação de instituições de educação superior, de cursos de graduação e de desempenho dos estudantes que foram previstos e integrados de forma sistêmica. No art. 1º, parágrafo 1º, da referida lei (LDB) são explicitadas as finalidades do Sistema:

O SINAES tem por finalidades a melhoria da qualidade da educação superior, a orientação da expansão da sua oferta, o aumento permanente da sua eficácia institucional e efetividade

A expansão da Educação Superior... - Suzane Garrido et al.

acadêmica e social e, especialmente, a promoção do aprofundamento dos compromissos e responsabilidades sociais das instituições de educação superior, por meio da valorização de sua missão pública, da promoção dos valores democráticos, do respeito à diferença e à diversidade, da afirmação da autonomia e da identidade institucional.

Embora a norma legal oriente claramente para a qualidade da educação superior como finalidade primeira do sistema de avaliação, alguns pesquisadores alertam para a continuidade da visão reguladora do Estado no processo de avaliação, devidamente expressa no Decreto 5.773 (de 2006), tendo em vista, principalmente o crescimento astronômico de ofertas no ensino superior advindas da modalidade de EaD a partir de 2005, e no Decreto 5.622, quando ao se formalizar a oferta, criou-se a possibilidade real de flexibilização de tempos (entre alunos e professores) e de expansão de territórios, uma vez que os polos puderam ser, conceitualmente na ocasião, as extensões das próprias instituições de ensino superior credenciadas para tal.

No que se refere à avaliação institucional, o artigo 3º da referida lei prevê que serão utilizados procedimentos e instrumentos diversificados, dentre os quais a autoavaliação e a avaliação externa *in loco*. Dessa forma, o processo de autoavaliação passa a ser desenvolvido em cada IES sob a coordenação de uma Comissão Própria de Avaliação (CPA) que deverá estar institucionalizada no âmbito de cada IES. A avaliação institucional, antes realizada pela Secretaria de Educação Superior do MEC, passa a ser realizada por comissões de avaliadores externos, docentes da educação superior que integram o Banco de Avaliadores do Sinaes (BASis) do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), autarquia vinculada ao MEC. (FUNGHETTO e GRIBOSKI, 2013)

Em 2011, por meio do Decreto, nº 7.480 de 17 de maio foi criada no MEC, a Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (SERES) assumindo a competência de regular e supervisionar o sistema de educação superior em todas as modalidades e especificidades das instituições e cursos de graduação. Esse Decreto fôra revogado inteiramente pelo de Nº 7.690, de 2 de março de 2012.

A Diretoria de Avaliação da Educação Superior (DAES) do INEP, desde a implementação do SINAES é responsável por sua

A expansão da Educação Superior... - Suzane Garrido et al.

implementação, tanto no que se refere a avaliação institucional quanto à avaliação dos cursos de graduação que se dá pela visita *in loco* e a aplicação do *Enade* (Exame nacional de cursos) para avaliação do desempenho dos estudantes. Vale ressaltar que a avaliação institucional interna e a externa são realizadas considerando dez dimensões estabelecidas pelo Sinaes: (i) missão e o Plano de Desenvolvimento Institucional; (ii) política para o ensino, a pesquisa, a pós-graduação e a extensão; (iii) responsabilidade social da instituição; (iv) comunicação com a sociedade; (v) políticas de pessoal; (vi) organização e gestão da instituição; (vii) infra-estrutura física; (viii) planejamento e a avaliação; (ix) políticas de atendimento aos estudantes; (x) sustentabilidade financeira. Já para a avaliação externa de cursos, são consideradas três dimensões: (i) organização didático-pedagógica; (ii) corpo docente e técnico-administrativo; e (iii) instalações físicas. Os instrumentos de avaliação consideram ainda, a verificação do atendimento aos requisitos legais, imprescindíveis para a regulação da educação e atendimento aos referenciais mínimos para efeito de autorizar e reconhecer a participação no sistema federal de educação superior. (BRASIL, 2004, FUNGHETTO e GRIBOSKI, 2013)

O SINAES é constituído de regras e procedimentos estabelecidos para sua concretização: apresenta sua estrutura organizada pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (Conaes) que estabelece as diretrizes, aprova instrumentos e procedimentos; pela Comissão Técnica de Acompanhamento da Avaliação (CTAA) como órgão de controle e decisão colegiada sobre processos em fase recursal; atribui as competências do INEP na formação dos seus quadros técnicos para desenvolvimento qualificado dos processos necessários a consecução da avaliação, o rigor na disciplina da formação dos avaliadores, a implantação e manutenção dos sistemas eletrônicos para maior transparência e legitimidade do SINAES. Dessa forma, em que pesem as competências de cada um, as instâncias envolvidas na implementação do SINAES e na atividade regulatória são: o MEC, o INEP, a SERES, o CNE, a CTAA, a CONAES e os Conselhos de Classe que podem opinar sobre os projetos pedagógicos dos cursos e plano de desenvolvimento institucional das IES e sua consonância com as diretrizes da formação profissional. (FUNGHETTO e GRIBOSKI, 2013).

A expansão da Educação Superior... - Suzane Garrido et al.

A Figura 1 mostra a articulação dessas instâncias e o envolvimento para a consecução dos princípios orientadores do SINAES.

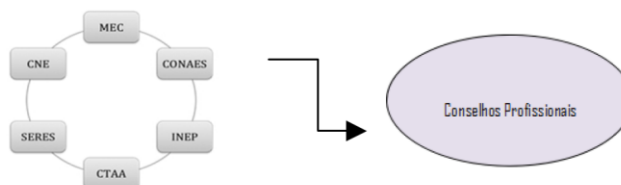


Figura 1 – Instâncias envolvidas na implementação do SINAES. Fonte: Griboski, Cláudia: 2014.

Passados onze anos de implementação do SINAES, registram-se mudanças significativas implementadas no Sistema com o intuito de efetivar a avaliação em todas as instituições e cursos de graduação em um período caracterizado pela expansão acelerada da educação superior.

Em relação a educação a distância, destaca-se a criação e institucionalização da Universidade Aberta do Brasil (UAB). O Sistema UAB foi instituído pelo Decreto 5.800, de 8 de junho de 2006 para desenvolver “a modalidade de educação a distância, com a finalidade de expandir e interiorizar a oferta de cursos e programas de educação superior no País”. Segundo a Capes:

O Sistema UAB fomenta a modalidade de educação a distância nas instituições públicas de ensino superior, bem como apóia pesquisas em metodologias inovadoras de ensino superior respaldadas em tecnologias de informação e comunicação. Além disso, incentiva a colaboração entre a União e os entes federativos e estimula a criação de centros de formação permanentes por meio dos polos de apoio presencial em localidades estratégicas⁶.

O SINAES, como modelo de indução à qualidade, por ser sistêmico na essência, ao expressar a interdependência do *complexus* da ‘educação superior’, possui os atributos fundamentais, nas dimensões e requisitos legais e normativos para uma avaliação promotora de um crescimento qualitativo nas instituições de ensino. Entretanto, as considerações aos *entrantes* (citadas no início deste texto) devem modificar as formas de percepção dos resultados, conforme sugestões de análise a seguir.

⁶ Ver: Site da UAB <http://uab.capes.gov.br/index.php/sobre-a-uab/o-que-e>.

A expansão da Educação Superior... - Suzane Garrido et al.

Sob uma perspectiva mais histórica, este breve descritivo das Políticas da Educação Superior no Brasil até meados de 2004 apresenta um cenário predominantemente mais presencial em termos de modalidade de oferta. A partir de 2005, no entanto, com a regulamentação mais efetiva da EaD, assim como com o PROLIC e a UAB, tanto o cenário das instituições quanto as mudanças estruturais no próprio MEC, estão até hoje sofrendo ajustes e inovações necessárias para o atendimento devido que a modalidade exige. Mudanças mais do que necessárias, pois tratar, em análise, as ofertas institucionais (de mesma bandeira, mesmo que os CNPJs sejam diferentes) da ordem do *milhão de alunos*, da mesma forma que ofertas da ordem dos 30 mil alunos, não representa e nem repercute em verdades absolutas (tanto para uma instituição quanto para outra), se nesta análise a referência for simplesmente numérica e quantitativa, pois a discrepância é enorme; se como exemplo, a *dimensão (iv) comunicação com a sociedade*, fosse considerada simplesmente pelo resultado numérico alcançado (obviamente maior na instituição maior), uma vez que as respostas seriam absolutamente fatores de massa, de uma amostra não representativa, ou seja de um *outlier* em termos de padrão de normalidade.

Entretanto, de acordo com Coutelle (2014), a classificação de instituições de ensino superior como as geradas pelo *Ranking* universitário da Folha (RUF), por exemplo, amplamente divulgados pela mídia e, portanto, com acesso ao senso comum, atuam nessas relações numéricas diretas, e possuem claramente equívocos nos critérios de suas pesquisas, pois ao buscarem aspectos do tipo *instituições mais lembradas como indicador de mercado ou empregabilidade*, podem atribuir a um *outlier*, a resposta da população ao que viria (ou virá) a ser, a sua escolha universitária. O que não necessariamente representa uma construção de carreira sólida no mercado, pois estudos relativos a esta manutenção, ao longo prazo, não existem nestes *rankings*.

Assim, o SINAES como indutor de qualidade, pode e deve expressar, os indicadores, os critérios e os resultados de fato avaliados nas diferentes dimensões, e percebidos nas instituições de ensino superior, aos olhos de todos, e desmitificar a opinião do senso comum gerada pelo tamanho das instituições, expandida na maioria das vezes pela modalidade da educação a distância.

A expansão da Educação Superior... - Suzane Garrido et al.

Neste sentido, preservar a tríade avaliação *in loco*/institucional/ de cursos e o Exame dos desempenho dos estudantes (ENADE) é essencial para o entendimento do conceito de qualidade do País. Em especial à avaliação *in loco* de cursos no período de 2004 a 2014 tem-se um total de 34.013 processos para os atos de autorização, de reconhecimento e de renovação de reconhecimento.

A Figura 2 demonstra a quantidade de cursos avaliados desde 2004 até 2014, tanto para a modalidade presencial como a distância. No período de 2012 a 2014 foram realizados 896 avaliações de cursos a distância.

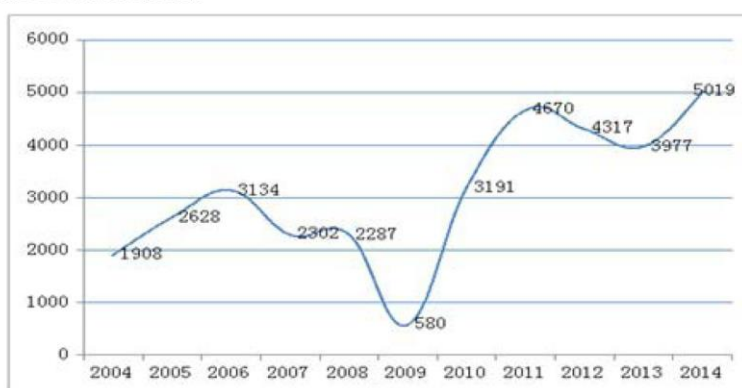


Figura 2 – Total de cursos avaliados no período de 2004 a 2014. Fonte: SIMEC, 2014.

Nesse cenário a análise da qualidade, considerando o contexto atual brasileiro de ensino superior, onde há discrepâncias de toda ordem, buscou preservar o princípio do SINAES da diversidade, ao considerar o tamanho das instituições e portanto, de sua sustentabilidade financeira, assim como IDH e necessidades tecnológicas diferentes, em termos de desenvolvimento e incentivos para o desenvolvimento da educação a distância, em cada região do país.

Os aspectos constitutivos para uma reflexão sobre a Educação a Distância no Brasil engendram-se e balizam-se, primeiramente, pelo conceito de modalidade de ensino e de aprendizagem com flexibilidade de tempo e/ou de espaço expressos no Decreto 5.622, na qual, as metodologias podem ser livres para se atingir a eficácia das formações, desde que haja total consonância com os aspectos

legais, discorridos na Constituição Federal, na LDB, no SINAES, nas Diretrizes Curriculares Nacionais e coerência com os projetos políticos pedagógicos apresentados nas áreas de conhecimento devidamente reconhecidas. Nessa perspectiva, a indução de qualidade se daria pelo instrumento de avaliação proposto pelo INEP ao incluir as diferentes metodologias coerentes com a proposta pedagógica, deixando para trás a visão totalizante apresentada pelos chamados *Referenciais de Qualidade* para a modalidade que não incluíam a diversidade.

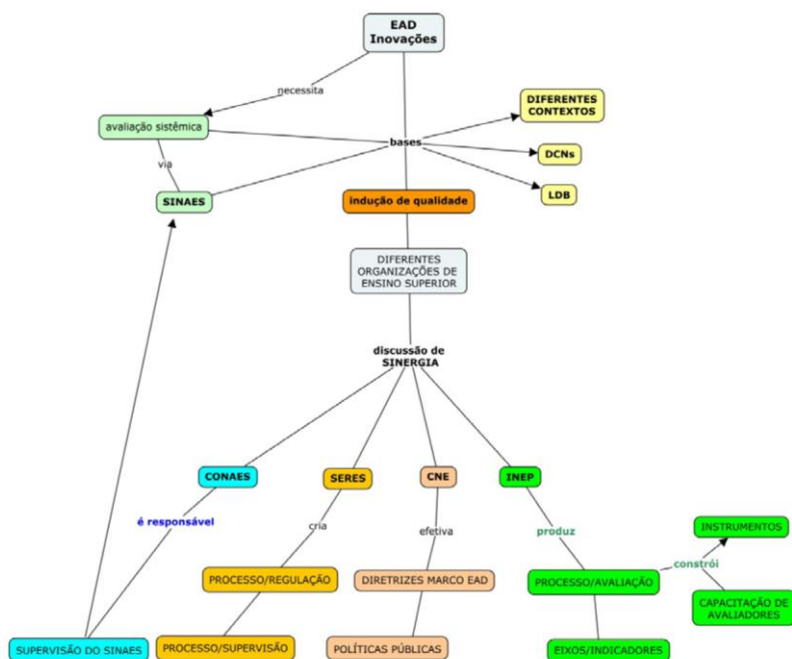


Figura 3: Mapa conceitual da Educação a Distância – Cenário Inovação para Avaliações.

Portanto, o constitutivo da EaD tem no SINAES, a busca pela qualidade, pelo trabalho institucional, descrito nos projetos pedagógicos dos cursos (PPC) e nos projetos institucionais (PDI) e em suas capacidades de cumprimento dos mesmos para com as parametrizações já instituídas nos instrumentos de avaliação. Porém a educação a distância deve ser analisada em três níveis,

A posição de Roque... - Michelle F. Lima e Regina M. Michelotto

respectivamente, o nível institucional, o de curso e o de polo explicitados a seguir, a partir de sua implementação no país.

Com a expansão da modalidade de EaD no Brasil a partir de 2004, especialmente em 2007, com os movimentos de grande divulgação e esforços consorciais realizados pela então Secretaria de EaD criada pelo MEC (SEED), como o Programa para Desenvolvimento de Licenciaturas (PROLIC) e incremento no número de polos, percebeu-se pelas avaliações *in loco* de polos uma baixa de qualidade, acarretando na diminuição no processo de expansão: houve o fechamento de muitos polos em situação irregular e outras medidas de supervisão e de regulação.

Atualmente, a legislação permanece praticamente a mesma desde 2005 com algumas poucas alterações advindas do Decreto 6.303, principalmente no que se refere à pós-graduação *lato sensu* e sua não obrigatoriedade para polos a não ser como espaços para avaliação, acarretando em notória baixa de qualidade institucional na medida em que após a refreagem de polos de 2007/2008, o mercado apresentou uma saída para os processos mais regulados, a partir de aquisições e/ou fusões institucionais preferencialmente com EaD, que geraram nos dias de hoje, os números impressionantes do “bilhão” para essas operações, e da magnitude de ‘meio’ a ‘hum’ milhão de estudantes. (Fonte: BNDES Setorial/Educação, 30, p. 103 – 156)

O ponto crucial da baixa qualidade institucional encontra-se no distanciamento entre a construção e a operacionalização do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) em relação a construção dos PPC, afastando a modalidade dos aspectos legais e da indução da qualidade promovidos pelo SINAES. Entre o discurso e a prática de operacionalização da modalidade. A modalidade de educação a distância explícita e requer coerência entre o PDI, PPC e a seleção das diversas metodologias de ensino aprendizagem e as tecnologias selecionadas (mais ou menos interativas) e no papel e qualidade da presença docente (como professor mediador) no processo de ensino e aprendizagem mediada (REZENDE, 2009) para se atingir a eficácia requerida.

Assim, considerando que não há distinção entre a modalidade presencial e a distância como resultado da oferta de serviço educacional, um outro critério para a análise da qualidade na modalidade de EaD e de seu impacto social deve passar necessariamente pela estrutura geral das IES que se configura nos

A posição de Roque... - Michelle F. Lima e Regina M. Michelotto

três níveis citados anteriormente.

No nível institucional considera-se que a Instituição de Ensino Superior, nas suas diferentes organizações acadêmicas, seja ela Universidade, Centro Universitário, Faculdade, Institutos Federais e Centros Federais de Educação Tecnológica, constitui-se sempre como um *espaço físico* acadêmico/administrativo contemplado em todos os aspectos da LDB e Decreto 5622 não podendo ter, portanto, uma existência virtual. Para o exercício da modalidade de EaD, a IES deverá apresentar em seu PDI e Plano Pedagógico Institucional (PPI), a intenção sob a forma de Projeto e de Plano de Gestão o que inclui uma articulação entre acadêmico administrativo e financeiro.

Ao nível de curso, todas as variáveis exigidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e pela legislação e as especificidades de cada área do conhecimento são orientadores comuns a serem atendidos. A determinação da metodologia pedagógica, as tecnologias digitais de informação e comunicação, o quadro docente e de apoio aos docentes, bem como os quadros técnicos administrativos devem constituir, independente da distância, num único corpo orgânico, detalhado no PDI e no PPC de forma articulada e coerente, para que, de um lado, garanta o perfil do egresso e de outro, realize sua responsabilidade social com as atividades de extensão e de pesquisa científica/iniciação científica.

Neste novo contexto, os polos se constituem como prolongamento orgânico de um espaço central (a sede), de onde se articula o PPI, o PDI e o PPC. Polos como espaços possibilitadores da expansão das instituições de educação superior. Polo não é apenas *espaço*, mas se constitui como espaço MEIO, dotado de uma ambiência que propicie condições de atendimento e de desenvolvimento de ensino e de aprendizagem, de extensão, de cooperação e de convivência, em consonância com o que é apresentado pela Instituição.

Dessa forma, o POLO passa a ser por coerência ao PPI, PDI e PPC, um *espaço acadêmico* e não um espaço de serviço, sendo submetido à avaliação de suas atividades *previamente*, para os casos de credenciamento e de autorizações de cursos, conforme atos de regulação de suas atividades. Três variáveis, portanto, devem ser consideradas para se garantir a qualidade do serviço educacional ofertado na conformação da ambiência do polo: 1) as diretrizes traçadas no PPC advindas das DCN (a natureza da área do curso, suas necessidades teóricas e práticas) como reflexo de seu PDI; 2)

A posição de Roque... - Michelle F. Lima e Regina M. Michelotto

a competência de seu corpo social e 3) a qualidade (atualidade) de sua infraestrutura.

A avaliação como indutora de qualidade envolve ações de avaliação, de regulação e de supervisão que são distintas, porém intrinsecamente interligadas, pois buscam possibilitar e contribuir para o fortalecimento da eficácia institucional e da expansão da educação superior. O novo marco da educação a distância está sendo discutido desde 2013 no CNE, passou audiências públicas e aguarda a homologação do Ministro da Educação. Nesse documento há um ordenamento da educação a distância, entendida como modalidade e interligada ao projeto institucional das instituições de educação superior, discorrendo que o polo é um prolongamento da sede e reafirma todos os princípios do SINAES.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após 11 anos de SINAES, o país conquistou um caminho na formação superior dos profissionais pela indução da qualidade da oferta, da expansão por meio de políticas públicas que refletem ao incluir de forma integrada, a avaliação institucional, avaliação dos cursos e ENADE, indistintamente das modalidades existentes.

A educação a distância vem se projetando como principal meio de expansão da educação superior para os próximos anos. Em uma análise mercadológica, a EaD é um gatilho potente para a massificação de uma marca, atualmente, o que pode ser problemático na medida em que a modalidade deixar de ser vista e construída pelas instituições de ensino superior, com o mesmo rigor de qualidade que deve ser atribuído à modalidade presencial. Em outras palavras, a educação do ponto de vista mercadológico, deixa de ser um processo e passa a ser um produto a ser consumido, sem a garantia de qualidade e de sua responsabilidade social indicadas pela Constituição Federal.

Se verificarmos a trajetória da educação a distância no Brasil, observaremos um viés expansionista, com apelo comercial, com poucos conceitos claros em relação a exercício da prática da modalidade, da concepção de metodologias a serem aplicadas nos projetos institucionais e pedagógicos.

Ainda em relação à educação a distância e sua expansão podemos observar as diferentes tendências estabelecidas no mundo

A posição de Roque... - Michelle F. Lima e Regina M. Michelotto

devem ser analisadas com cuidado ao serem implantadas no Brasil. Talvez a tendência de modelos *blended* ou mistos nas modalidades, podem indicar um novo caminho a ser percorrido.

O novo marco regulatório se propõe após ampla discussão ao executar o que está previsto no SINAES destacando o forte compromisso institucional em termos de garantia do processo de formação que contemple a dimensão técnico-científica para o mundo do trabalho e a dimensão política para a formação do cidadão.

Sob essa ótica, pensar e operacionalizar um projeto de educação a distância, como uma instituição que se aventura à virtualização de sua *expertise* como um todo, requer mecanismos que auxiliem o desenvolvimento de seu processo institucional, metodológico e avaliativo (REZENDE, 2009, FUNGHETTO E GRIBOSKI, 2013, GARRIDO, 2014).

Um dos maiores desafios para o SINAES, incluindo a educação a distância, na próxima década, a partir do PNE, é a apropriação de uma política que tenha como foco o conjunto do sistema, e não apenas uma parte dele, além de reflexões sobre os processos de ensino aprendizagem com o uso de novas metodologias e tecnologias para as modalidades, incluindo programas internacionalização e de integração internacional.

Referências

BNDES Setorial, EDUCAÇÃO. Artigo: Análise do setor de ensino superior privado no Brasil. Autores Rodrigo Ximenes Sécca Rodrigo Mendes Leal. BNDES Setorial 30, p. 103 – 156. Em http://www.bndespar.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/bnset/set3003.pdf

CONSTITUIÇÃO da República Federativa do Brasil: Casa Civil/Presidência da República. Consulta em 10/10/2015 em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm Domínio Público.

COUTELLE, José Eduardo. IN Revista de Ensino Superior. ANO 17 – N. 192 – Outubro de 2014. Artigo: Um peso, muitas medidas. p. 18-20.

DECRETO 5.773: Casa Civil/Presidência da República. Consulta em 14/10/2015 em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5773.htm Domínio Público.

A posição de Roque... - Michelle F. Lima e Regina M. Michelotto

DECRETO 5.622: Casa Civil/Presidência da República. Consulta em 14/10/2015 em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5622.htm Domínio Público.

DECRETO Nº 7.690, de 2 de março de 2012. Casa Civil/Presidência da República. Consulta em 14/10/2015 em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7690.htm#art5 Domínio Público.

DECRETO 5.800, de 8 de junho de 2006: Casa Civil/Presidência da República. Consulta em 05/10/2015 em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5800.htm Domínio Público.

DOURADO, L.F; SANTOS, C.A. A Educação a Distância no contexto atual e o PNE 2011- 2020: avaliação e perspectivas. Goiânia: editora: UFG; Belo Horizonte: Editora autêntica, 2012.

FUNGHETTO, Suzana S, GRIBOSKI, Claudia M. O Sinaes e a qualidade da educação. Revista Retratos da Escola, Brasília, v. 7, n. 12, p. 49-63, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://www.esforce.org.br/>

GARRIDO, Susane. Capítulo: O Desafio da Gestão no Ensino Superior: a Academia e a Operação IN OLIVEIRA, Francisco Nilton Gomes de (Org). Educação Superior: Refletindo Caminhos e Compartilhando Relatos de Experiências. Ed CRV – UFSM. Publicado em junho de 2014 – Santa Maria (RS).

_____. Capítulo "O Brasil diante de um cenário mundial de investimentos, de tecnologias de vanguarda, e de educação aberta e flexível: estamos dentro ou fora?" IN REVISTA FGV *on line* - Em <http://sv.www5.fgv.br/fgvonline/revista/home.aspx?pub=1&edicao=8>. SP - mar/2015.

GRIBOSKI, Cláudia. Apresentação do SINAES. Consulta em 14/09/14. Em <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/ce/arquivos/apresentacao-seminario-sinaes-claudia>

INEP. Censos da Educação Superior. Consulta: www.inep.gov.br em 23.11.2014

Lei de Diretrizes e Bases – LDB: LEI Nº 9.394, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996. Casa Civil/Presidência da República. Consulta em 10/10/2015 em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm Domínio Público.

PNE: Fonte MEC: Consulta em 12/10/2015 em http://fne.mec.gov.br/images/pdf/notas_tecnicas_pne_2011_2020.pdf Domínio Público.

REZENDE, FLAVIA A. Pedagogical Mediator as a competence building strategy for university faculty in constructionist online environment. In: Kidd, T. (Org.).

A posição de Roque... - Michelle F. Lima e Regina M. Michelotto

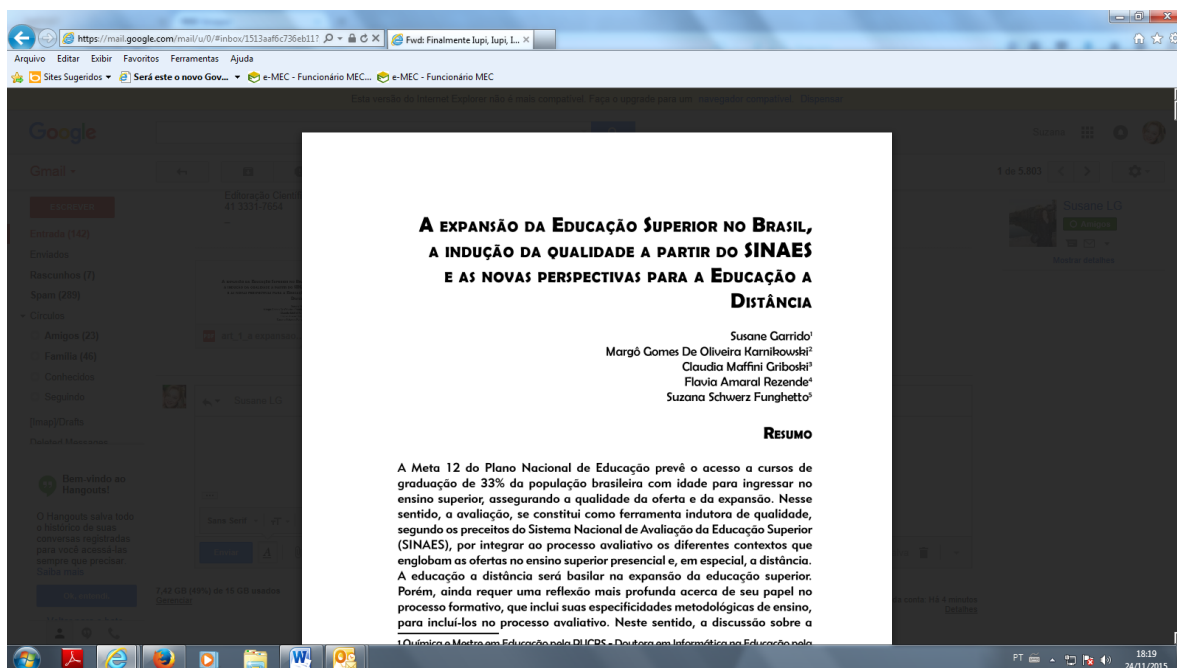
Online Education and Adult Learning: New Frontiers for Teaching Practice. Houston, Texas: IGI Global, 2009, v. 1, p. 140.

SINAES: Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior. Consulta em 09/10/2015 em <http://portal.inep.gov.br/superior-sinaes> Domínio Público.

UAB: O que é? Site da UAB. Em <http://uab.capes.gov.br/index.php/sobre-a-uab/o-que-e>

VIEIRA, Sofia Lerche. Reformas Universitárias Brasileiras em Diferentes Contextos. Universidade Estadual do Ceará-UECE: Fortaleza – Brasil. Maio/2009.

Figura 12: Página do Artigo nos Cadernos de Pesquisa Pensamento Educacional



2.4 Artigo 4

SUBMETIDO à Revista Educação Unisinos; Qualis A2

A ORGANIZAÇÃO DIDÁTICO PEDAGÓGICA NOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE E SEUS REFLEXOS NO PROCESSO FORMATIVO – UMA ANÁLISE A PARTIR DA AVALIAÇÃO

THE ORGANIZATION TEACHING TEACHING IN HEALTH AREA COURSES AND REFLECTIONS OF ITS FORMATION IN THE PROCESS - AN ANALYSIS FROM THE EVALUATION

Resumo: Construir políticas de formação dos profissionais de saúde uma articulação entre as instituições normativas, regulatórias, as instituições formadoras e o Sistema Único de Saúde (SUS), o que se constitui em desafio permanente para os que atuam na saúde e educação no Brasil. A avaliação preconizada pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) além de ser referencial básico para o processo regulatório é organizada e conduzida como indutora de qualidade. Este artigo resultado de pesquisa de doutorado e tem como objetivo apresentar um panorama inédito das avaliações que foram realizadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP), no período de 2012 a 2014, tendo como foco os cursos da área da saúde, em especial os indicadores da dimensão 1, do instrumento matricial, utilizado na avaliação *in loco* que verifica o projeto pedagógico dos cursos e tem nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) o insumo para o processo avaliativo. Para tanto, foram realizadas análises descritivas e o teste de Kruskal-Wallis para identificar as diferenças entre cursos. Os resultados apresentados demonstram que o conceito 3, primeiro nível satisfatório do SINAES, é aferido na avaliação. Isso demonstra que as DCN estão cumprindo o seu papel em relação à indução da qualidade. Porém, verificou-se o retrato apresentado não

apresenta inovações frente aos projetos pedagógicos e aos planos de desenvolvimento institucionais.

Palavras-chave: avaliação, cursos, saúde, educação superior, diretrizes curriculares nacionais, SINAES.

Abstract: Build training policies of health professionals a link between the normative, regulatory institutions, educational institutions and the Unified Health System (SUS), which constitutes an ongoing challenge for those working in health and education in Brazil. The assessment recommended by the National Higher Education Evaluation System (SINAES) besides being basic reference for the regulatory process is organized and conducted as quality inducing. This article results of doctoral research and aims to present a unique panorama of the evaluations that have been conducted by the National Institute of Studies and Research Anísio Teixeira (INEP) in 2012 to 2014, focusing on the healthcare courses, particularly the indicators of size 1, the matrix tool, used in the on-site evaluation that verifies the design of educational courses and has the National Curriculum Guidelines (DCN) the input to the evaluation process. For this purpose, descriptive analysis and the Kruskal-Wallis test to identify the differences between courses were held. The results show that the concept 3 first satisfactory level of SINAES, is measured in the evaluation. This demonstrates that the DCN are fulfilling their role in relation to the induction quality. However, there was the picture presented shows no front innovations to educational projects and institutional development plans.

Keywords: evaluation, courses, health, higher education, national curriculum guidelines, SINAES

Introdução

A avaliação na educação superior é indutora de qualidade, tem cunho epistemológico e exerce papel preponderante na construção de currículos e práticas pedagógicas, cumprindo um papel dinâmico, que respondem a demandas sociais e expectativas acadêmicas do seu tempo (DIAS SOBRINHO, 2004; GRIBOSKI, 2014, CAVALCANTE E MELO, 2015).

O Brasil tem realizado desde 2004, em função da Lei nº 10.861/2004 que instaura o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), práticas e políticas de avaliação da educação superior voltadas a demonstrar a capacidade das Instituições de Educação Superior (IES) para o desenvolvimento educacional, promoção dos cursos de graduação e a formação dos estudantes, tendo como principal orientação a garantia da qualidade da oferta desse nível de ensino, previstas de acordo com o preceito constitucional desde 1988 (BRASIL, 1988; SINAES, 2007).

A política de avaliação tem como reflexo as ações pertinentes ao SINAES

que combina questões de natureza regulatória, avaliativa e de supervisão em diferentes atos autorizativos. Esse sistema prevê avaliação da qualidade em instituições, cursos e desempenho dos estudantes, por meio de instrumentos específicos (BRASIL, MS/MEC 2006; BRASIL, 2009). As avaliações institucionais e de cursos são realizadas por visitas nas quais docentes da educação superior verificam as condições de oferta considerando as dimensões, indicadores e critérios pré-estabelecidos pelo SINAES e pelas legislações vigentes. Em particular a avaliação dos cursos de graduação, segundo o artigo 4º desse Sistema, tem por objetivo “identificar as condições de ensino oferecidas aos estudantes, em especial as relativas ao perfil do corpo docente, às instalações físicas e a organização didático-pedagógica”.

De forma global, o instrumento de avaliação de curso possui três dimensões avaliativas sendo que a dimensão 1 trata da organização didático pedagógica, a dimensão 2 refere-se ao corpo docente e a dimensão 3, a infraestrutura. Esse instrumento passou, desde o início do SINAES, por três momentos diferentes em 2006, em 2008 a 2009 e 2012. Em 2006, foi construído um instrumento único, de Avaliação de Cursos de Graduação que foi utilizado para os atos de reconhecimento e renovação de reconhecimento dos cursos de Bacharelado, Licenciatura e Tecnológicos, nas modalidades presencial e a distância. Esse instrumento único tinha como características, abrangência e a flexibilização necessárias para assegurar avaliação fidedigna dos cursos, respeitando suas peculiaridades contempladas nas Diretrizes Curriculares Nacionais de cada curso, a diversidade regional e a identidade institucional (BRASIL, MS/ MEC 2006:7). Entre 2008 a 2009, foram criados doze instrumentos, sendo cinco para autorizações de funcionamento, seis para reconhecimentos de cursos e um para as renovações de reconhecimento de cursos. Nesse período, cada instrumento desses tinha uma lógica (BRASIL, 2015:61). Em 2012, passou a existir um instrumento de avaliação capaz de subsidiar os processos avaliativos em caso de diferentes atos regulatórios, cursos (bacharelados, licenciaturas e tecnológicos) e modalidades (presencial e a distância) (BRASIL. INEP, 2012). Por essas características, associadas ao fato de ter sido elaborado a partir de uma releitura dos instrumentos vigentes até então e contemplar critérios de qualidade dos cursos de graduação e sequenciais, o instrumento tem cunho matricial (FUNGHETTO e GRIBOSKI, 2011). Esse instrumento matricial, adaptado aos diferentes momentos dos cursos, considera as especificidades das diferentes

Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), enfoca o projeto pedagógico, o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), os requisitos legais e normativos, os objetivos do SINAES e os processos de Avaliação Institucional (interna e externa). Tendo em vista a necessidade de aprimoramento constante que o processo avaliativo do SINAES exige, o extrato do novo instrumento, publicado por meio da Portaria nº 1.741, de 12 de dezembro de 2011, permite a alteração por indicador, sem alterar o instrumento em sua totalidade.

Em especial para área da saúde há um desenho de formação generalista colocado pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) que envolve o núcleo comum de formação para todos os cursos, a definição do perfil da profissão expressa pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, de 19 setembro de 1990, a articulação entre teoria e prática, o estabelecimento de orientações para avaliações do processo de ensino aprendizagem, orientações para as avaliações periódicas do processo ensino-aprendizagem e o incentivo a uma formação geral sólida por meio do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente e saúde. Essas diretrizes tem como premissa a atuação em equipe, em um sistema descentralizado, hierarquizado de referência e contra-referência (CNE/CES, Parecer nº. 1133 de 2001). Nesse sentido, as diretrizes apontam para um processo formativo que deve ser iniciado desde a graduação e continuada em serviço, pois está atrelada às necessidades de saúde da população, por meio de uma política de educação permanente, de acordo com princípios e diretrizes do SUS, da atenção integral e a construção da cadeia do cuidado progressivo à saúde (BRASIL, 2006, BRASIL, 2009; OLIVEIRA et al. 2011).

Este artigo tem como objetivo apresentar um panorama das avaliações *in loco* na a área da saúde realizadas pelo INEP, no período de 2012 a 2014, tendo como recorte, os indicadores referentes à Organização Didático Pedagógica (dimensão 1 do instrumento matricial), cotejando os diferentes momentos dos cursos e atos autorizativos.

Metodologia:

O desenho do estudo demandou a utilização de dados secundários, obtidos via Diretoria de Avaliação da Educação Superior (DAES) com dados gerados pela Diretoria de Tecnologia e Disseminação de Informações Educacionais (DTDIE) do INEP, em dezembro de 2014. Os dados foram coletados da base de informações

do sistema eletrônico e-MEC, referentes a 1048 avaliações *in loco* dos atos autorizativos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento, ocorridas de 2012 a 2014, para os cursos de Biomedicina – BIO (83), Educação Física – EDFIS (268), Enfermagem – ENF (229), Farmácia – FAR (110), Fisioterapia – FISIO (111), Fonoaudiologia – FONO (15), Medicina – MED (72), Nutrição – NUT (97), Odontologia ODONT – (55) e Terapia Ocupacional – TO (8). Com relação ao Ato Autorizativo, o recorte feito foi para a modalidade presencial, estando distribuído da seguinte forma: autorização (277), reconhecimento (494) e renovação de reconhecimento (275).

O instrumento adotado para as avaliações de cursos é o Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância, adotado até abril de 2015 (IACG 2012) - disponível na íntegra em (www.inep.gov.br). O IACG 2012 foi construído por uma equipe de especialistas e por técnicos da Diretoria da Avaliação da Educação Superior. Foi submetido a uma consulta pública aberta a toda comunidade acadêmica, associações de ensino, sindicatos, conselhos de classe e sociedade em geral. Após as sugestões recebidas foi validado pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES), que é responsável pelo acompanhamento e supervisão do SINAES (BRASIL, 2015:37). Esse instrumento é composto por 63 indicadores, divididos em três dimensões: organização didático-pedagógica (22 indicadores), corpo docente e tutorial (20) e infraestrutura (21). Além dos indicadores há uma seção referente aos requisitos legais e normativos.

Os procedimentos de aplicação, previstos pelo SINAES, consistem em realizar uma avaliação na IES para investigar o curso a partir de documentos apensados antecipadamente em formulário eletrônico próprio para esse fim, de documentos relevantes disponibilizados na ocasião da visita, da análise crítica às instalações e de entrevistas com interlocutores chave ao processo. Com base nas informações obtidas, os avaliadores preenchem o instrumento, indicador a indicador, em uma escala em que 1 é o valor mínimo e 5 o máximo, a média dos valores inseridos por dimensão formam o conceito da dimensão. Os conceitos 3, 4 e 5 são considerados satisfatórios pelo SINAES. Uma média ponderada dos conceitos das dimensões, com peso diferenciado em função do ato autorizativo, formam o conceito final que tem arredondamento para se enquadrar numa escala categórica de cinco pontos. Os pesos por ato e dimensão são assim definidos para autorização: organização didático-pedagógica (30), corpo docente e tutorial (30) e infraestrutura (40); e para

reconhecimento e renovação de reconhecimento: organização didático-pedagógica (40), corpo docente e tutorial (30) e infraestrutura (30). Os conceitos das dimensões resultam da média aritmética simples dos seus respectivos indicadores, considerando no resultado a primeira casa decimal. O conceito do curso (CC) é calculado, pelo sistema eletrônico e-MEC, com base na média aritmética ponderada dos conceitos das dimensões, com arredondamento no resultado final. Os requisitos legais e normativos não fazem parte do cálculo, que são essencialmente regulatórios.

Por ser um instrumento matricial há inclusão de alguns termos nos critérios de análise dos indicadores o que possibilitou a distinção dos atos autorizativos no momento da avaliação *in loco*. Em relação aos critérios de análise dos respectivos indicadores, criou-se o termo “análise sistêmica e global” para as dimensões cujas características exigem mais de um objeto de análise, como a dimensão “infraestrutura”. Para a consideração das especificidades das organizações acadêmicas, dos graus dos cursos (tecnológico, bacharelado e licenciatura), modalidade de ensino (presencial e a distância), e dos próprios cursos, sobretudo os de Medicina e Direito, foi utilizada a expressão “não se aplica” (NSA).

Devido ao objetivo do presente estudo, foi feito um recorte para trabalhar os resultados referentes à Organização Didático Pedagógica (Dimensão 1), retirados os indicadores exclusivos da medicina e que não se relacionam com a área de saúde. Uma vez que se buscou identificar a existência de diferença significativa nos escores dados para cada indicador individualmente, adotando como variáveis preditoras os cursos e os atos autorizativos, primeiramente foram analisados como os dados se comportam por meio de medidas de tendência central (média, mediana, moda) e de dispersão (desvio-padrão e variância) e simetria. Uma vez que os pressupostos de normalidade e homogeneidade da variância não foram alcançados, mesmo após procedimentos de transformação dos dados, optou-se por adotar teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para identificar as diferenças e como *post hoc* o teste de Mann-Whitney caso a caso, com correção de Bonferroni para controlar o erro de tipo I.

Resultados e Discussão

O IACG 2012 além de ser referencial básico para a regulação e supervisão,

fundamenta a avaliação *in loco* como indutora de qualidade. Em cada dimensão do instrumento, obedecida a escala já apresentada, há um espaço para o relato da comissão de avaliadores, fato que dá ênfase ao aspecto qualitativo da avaliação. Para análise das especificidades dos indicadores do instrumento os mesmos devem ser verificados segundo os respectivos critérios de análise em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais, o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), valorizando, assim, as singularidades, as diferenças, a identidade e a diversidade de cada curso (BRASIL,2015:36).

Na dimensão 1 são enfocados todos os indicadores que tem relação com o PPC e as DCNs, que para a área da saúde, de modo em geral, orientam a educação em sintonia com o modelo de saúde vigente, o Sistema Único de Saúde (SUS), para responder às necessidades sociais de saúde na perspectiva da integralidade e da atuação em equipe. Para esse recorte foram escolhidos os indicadores 1.1 contexto educacional, 1.2 políticas institucionais no âmbito do curso, 1.3 objetivos do curso, 1.4 perfil do egresso, 1.5 estrutura curricular, 1.6 conteúdos curriculares, 1.7 metodologia, 1.8 estágio curricular supervisionado, 1.9 atividades complementares, 1.10 trabalho de conclusão de curso, 1.11 apoio ao discente, 1.12 ações decorrentes aos processos de avaliação do curso, 1.14 tecnologias da informação e comunicação, 1.17 processos de avaliação da aprendizagem e 1.18 número de vagas.

Essa escolha também se deve as diretrizes da área da saúde que descrevem as competências e habilidades comuns para a construção de seus cursos, pois para atender a formação para o SUS necessitam de currículos que proponham da diversificação dos cenários de práticas e do fortalecimento da parceria e da interação entre ensino-serviço e comunidade. Além disso, é na dimensão 1 que o projeto pedagógico e o currículo são concebidos e fundamentados nos referenciais socioantropológicos, psicológicos, epistemológicos e pedagógicos em consonância com o perfil do egresso previsto nas Diretrizes Curriculares (BRASIL, 2006:11, HADDAD, A.E et al. 2009).

Todos os indicadores analisados se relacionam com as diretrizes comuns dos cursos da área da saúde. Partindo do pressuposto de que os projetos pedagógicos ao terem como base as diretrizes e os princípios do SUS os indicadores 1.1, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.14, 1.17 e 1.18 devem expressar os conhecimentos e saberes considerados necessários à formação das competências estabelecidas a partir do perfil do egresso. Os indicadores 1.2, 1.11, 1.12 e 1.18 se relacionam com o

PDI, as políticas institucionais e com a concepção da criação dos cursos da saúde. O indicador 1.18 verifica os critérios quanto à qualidade de curso e sua oferta.

A tabela 1 apresenta as médias e os desvios-padrão por curso para cada um dos indicadores eleitos.

Tabela 1: Comparação das médias e desvio padrão entre cursos da área da saúde para os indicadores referente à organização didático-pedagógica (Dimensão 1) do instrumento avaliativo (IACG/2012).

Indicadores IACG 2012	BIOMEDICINA (n=83)		EDUCAÇÃO FÍSICA (n=268)		ENFERMAGEM (n=229)		FARMÁCIA (n=110)		FISIOTERAPIA (n=111)		FONOAUDIOLOGIA (n=15)		MEDICINA (n=72)		NUTRIÇÃO (n=97)		ODONTOLOGIA (n=55)		TERAPIA OCUPACIONAL (n=8)	
	MÉDIA	DV	MÉDIA	DESVIO	MÉDIA	DESVIO	MÉDIA	DESVIO	MÉDIA	DESVIO	MÉDIA	DESVIO	MÉDIA	DESVIO	MÉDIA	DESVIO	MÉDIA	DESVIO	MÉDIA	DESVIO
1.1 CONTEXTO EDUCACIONAL	3.49	0.86	3.42	0.72	3.25	0.70	3.56	0.70	3.48	0.72	3.25	0.68	3.83	0.87	3.50	0.68	3.57	0.76	3.50	0.93
1.2 POLÍTICAS INSTIT. NO CURSO	3.17	0.91	3.15	0.76	3.18	0.73	3.21	0.60	3.14	0.80	3.25	0.86	3.44	0.80	3.41	0.71	3.13	0.78	3.50	0.76
1.3 OBJETIVOS DO CURSO	3.26	0.92	3.19	0.74	3.25	0.75	3.38	0.64	3.30	0.78	3.38	0.81	3.78	0.87	3.43	0.69	3.41	0.88	3.38	0.74
1.4 PERFIL DO EGRESSO	3.32	0.84	3.25	0.76	3.37	0.71	3.32	0.61	3.27	0.75	3.38	0.89	3.93	0.86	3.45	0.63	3.52	0.96	3.25	1.04
1.5 ESTRUTURA CURRICULAR	3.14	0.78	2.91	0.74	2.99	0.78	3.29	0.67	2.99	0.78	3.06	0.57	3.45	0.87	3.09	0.70	3.13	0.85	3.38	0.52
1.6 CONTEÚDOS CURRICULARES	3.22	0.78	2.97	0.72	3.07	0.78	3.39	0.60	2.94	0.76	2.94	0.68	3.49	0.89	3.00	0.72	3.30	0.88	3.13	0.64
1.7 METODOLOGIA	3.41	0.81	3.21	0.64	3.24	0.68	3.37	0.62	3.27	0.79	3.38	0.62	3.49	0.99	3.41	0.63	3.36	0.66	3.13	0.35
1.8 ESTÁGIO CURRICULAR	3.48	0.80	3.19	0.76	3.24	0.83	3.37	0.74	3.00	0.81	3.13	0.89	3.64	0.88	3.29	0.77	3.25	0.79	3.13	0.64
1.9 ATIVIDADES COMPLEMENT.	3.53	0.80	3.47	0.74	3.41	0.72	3.56	0.70	3.48	0.77	3.69	0.79	3.66	0.83	3.68	0.80	3.59	0.74	3.38	0.92
1.10 TCC*	3.61	0.81	3.42	0.77	3.43	0.73	3.60	0.66	3.56	0.72	3.25	0.86	4.00	0.84	3.62	0.71	3.67	0.79	3.63	0.74
1.11 APOIO AO DISCENTE	3.57	0.93	3.27	0.77	3.37	0.80	3.64	0.76	3.52	0.86	3.38	0.62	3.55	1.00	3.49	0.89	3.56	0.81	3.88	0.83
1.12 AÇÕES DECORR. PROC AVAL.	3.26	0.90	3.20	0.75	3.31	0.67	3.36	0.77	3.30	0.76	2.94	0.93	3.61	0.84	3.26	0.72	3.28	0.73	3.38	0.92
1.14 TIC**	3.74	0.78	3.25	0.67	3.39	0.68	3.61	0.69	3.48	0.78	3.31	0.60	3.69	0.87	3.42	0.82	3.21	0.90	2.88	0.64
1.17 PROCESSO AVALIAÇÃO APREND.	3.69	0.82	3.41	0.63	3.40	0.61	3.56	0.64	3.44	0.67	3.50	0.73	3.52	0.85	3.51	0.62	3.48	0.59	3.50	0.53
1.18 NUMERO DE VAGAS	3.63	1.06	3.42	0.88	3.32	0.92	3.44	0.81	3.18	0.85	3.06	0.57	3.56	1.10	3.66	0.83	3.02	0.97	3.25	0.89

* Trabalho de Conclusão de Curso ** Tecnologia da Infor

Fonte: DAES/INEP, 2014.

Observa-se que as médias preponderantes estão próximas ao conceito 3, primeiro nível satisfatório do SINAES. Uma das linhas de interpretação desse fato é a existência de certa relação entre o conceito 3 e o que está expresso nas diretrizes curriculares, ou seja, há uma tendência dos PPCs espelharem as DCN o que, por conseguinte, gera uma propensão dos cursos a implementarem aquilo que é fundamental. Isso sugere uma carência de um aprofundamento na verificação dos objetivos gerais propostos nos currículos tendo como perspectiva a formação do profissional de saúde com competências comuns.

Não obstante à tendência, verifica-se a incidência de médias em torno do valor dois em quatro indicadores (1.5, 1.6, 1.12 e 1.14) distribuídos em cinco cursos. O indicador 1.5 estrutura curricular teve três ocorrências de médias próximas ao conceito 2 nos cursos de Educação Física, Enfermagem e Fisioterapia. O indicador 1.6 conteúdos curriculares também teve três ocorrências de médias em torno do valor 2 nos cursos de Educação Física, Fisioterapia e Fonoaudiologia. Nessa esteira, os indicadores 1.5 e 1.6 possuem intrínseca relação com as diretrizes curriculares que determinam os conteúdos essenciais à formação profissional, e com isso a estrutura

curricular na perspectiva da integralidade, do cuidar em saúde, dos conhecimentos morfofisiológicos, dos determinantes socioculturais do processo saúde-doença, da ética e da humanística na relação com o paciente (CAVALCANTE e MELO, 2015). Cabe destacar que tais médias observadas foram próximas ao conceito 3, primeiro nível satisfatório do SINAES.

A média quatro aparece apenas no curso de Medicina no indicador 1.10 Trabalho de Conclusão de Curso que sugere uma importância dada à pesquisa e do conhecimento científico na formação dos profissionais médicos.

Apesar do resultado das avaliações apontarem para projetos pedagógicos que tem como base as diretrizes curriculares, as médias encontradas com predominância no conceito 3 demonstram pouca inovação quanto à construção de currículos na área. Em relação a essa similaridade, ao verificarmos as questões pertinentes nas diretrizes da área da saúde quanto aos artigos comuns de todos os cursos, recaímos sobre o conceito de competências e o seu processo no avaliativo. O conceito de competência é polissêmico definido por autores como Le Boterf (1995), Perrenoud (2000) sendo considerado a base da construção das DCN. Marinho-Araújo e Rabelo (2015) quando abordam esse conceito na educação superior colocam que as mudanças pedagógicas induzidas pelas diretrizes curriculares vêm sinalizando a necessidade da investigação educacional pautar-se nos indicadores da trajetória de formação educativa, expressa em competências, habilidades, conhecimentos e saberes fundamentais. Se essa trajetória da formação tem como fio condutor um conjunto de competências comuns, o resultado encontrado nas avaliações da área da saúde refletem apenas o proposto pelas diretrizes elaboradas pelo CNE, entre os anos 2001 a 2004, porém não ultrapassam novas maneiras de construção de projetos pedagógicos (CNE/CES Resolução 2/2002, CNE/CES Resolução 3/2001, CNE/CES Resolução 4/2001, CNE/CES Resolução 5/2001, CNE/CES Resolução 3/2002, CNE/CES Resolução 4/2002, CNE/CES Resolução 5/2002, CNE/CES Resolução 6/2002, CNE/CES Resolução 2/2003).

Parece relevante verificar se há diferença no desempenho dos indicadores por curso e por ato autorizativo. Para isso, uma vez que os pressupostos de normalidade e homogeneidade da variância não foram alcançados, e as amostras são formadas por grupos independentes, optou-se pelo método de Kruskal-Wallis que é considerado uma contraparte não paramétrica da análise de variância (FIELD, 2012). A tabela 2 apresenta os valores do teste e a significância por indicador.

Tabela 2: Resultados de significância por indicador da dimensão 1 representado pelo teste Kruskal-Wallis para os Cursos da área da saúde

Teste Kruskal-Wallis por Indicador e por Curso		
1.1	CONTEXTO EDUCACIONAL	H(9) = 49237, p<0,01
1.2	POLITICAS INSTIT. NO CURSO	H(9) = 22902, p<0,01
1.3	OBJETIVOS DO CURSO	H(9) = 44114, p<0,01
1.4	PERFIL DO EGRESSO	H(9) = 54558, p<0,01
1.5	ESTRUTURA CURRICULAR	H(9) = 47407, p<0,01
1.6	CONTEÚDOS CURRICULARES	H(9) = 62359, p<0,01
1.7	METODOLOGIA	H(9) = 20710, p<0,05
1.8	ESTÁGIO CURRICULAR	H(9) = 42528, p<0,05
1.9	ATIVIDADES COMPLEMENT.	H(9) = 14553, p>0,05
1.10	TCC	H(9) = 36659, p<0,01
1.11	APOIO AO DISCENTE	H(9) = 29865, p<0,01
1.12	AÇÕES DECORR. PROC AVAL.	H(9) = 24259, p<0,01
1.14	TIC	H(9) = 60552, p<0,01
1.17	PROCESSO AVALIAÇÃO APREND.	H(9) = 14789, p>0,05
1.18	NÚMERO DE VAGAS	H(9) = 36505, p<0,01

* Trabalho de Conclusão de Curso ** Tecnologia da Informação e Comunicação

Fonte: DAES/INEP,2014.

Chama atenção na tabela acima que somente dois indicadores não apresentaram diferença significativa entre os cursos: 1.9 – atividades complementares e 1.17 – processo de avaliação ensino-aprendizagem. Isso pode ser explicado pelas características comuns da formação dos cursos, que tem competências similares nas diretrizes, que propõe um arcabouço teórico do SUS, com valorização dos postulados éticos e da cidadania, que favorecem a formação profissional de acordo com referenciais nacionais e internacionais (HADDAD et al. 2009). Como o indicador 1.9 enfoca as atividades complementares e o 1.17 o processo de avaliação da aprendizagem ambos seguem uma padronização textual das diretrizes. Porém se compararmos o indicador 1.7 que é a metodologia escolhida no projeto pedagógico e o processo de avaliação da aprendizagem encontramos diferenças significativas quanto à sincronia dos resultados obtidos, uma vez que esses indicadores se complementam na estruturação de uma proposta de um projeto de curso.

Ao compararmos os indicadores 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.10, 1.11, 1.12, 1.14, e 1.18 observamos que todos apresentaram diferença significativa. Adotou-se Mann-Whitney, com correção de Bonferroni, como teste *post hoc* com os seguintes

resultados: para o indicador 1.1 os cursos que apresentaram diferenças significativas ($p < 0,01$) foram: BIO/MED (U=2924,5), EDFIS/ENF (U=31723), EDFIS/MED (U=8635), ENF/FAR (U=11769), ENF/FISIO (U=13340), ENF/MED (U=6639), ENF/ODONT (U=5784), FAR/MED (U=3981), FISIO/MED (U=3947,5), FONO/MED (U=418), MED/NUT (U=3428). Para o 1.2: BIO/MED (U=3037), BIO/NUT (U=3783,5), EDFIS/MED (U=9809). Para o 1.3: BIO/MED (U=2577), EDFIS/MED (U=7609), DESFIS/NUT (U=12582), ENF/MED (U=7140), FAR/MED (U=3600), FISIO/MED (U=3630,5), MED/NUT (U=3428), MED/ODONT (U=2039,5). Para o 1.4: BIO/MED (U=2324), EDFIS/MED (U=7023), ENF/MED (U=6838), FAR/MED (U=2943), FISIO/MED (U=3077,5), MED/NUT (U=3032), MED/ODONT (U=2018). Para o 1.5: EDFIS/FAR (U=12033,5), BIO/MED (U=2992,5), EDFIS/MED (U=8081), ENF/FAR (U=11780,5), ENF/MED (U=7892,5), FAR/FISIO (U=5655), FISIO/MED (U=3803,5), MED/NUT (U=3496,5). Para o 1.6: EDFIS/FAR (U=11514,5), BIO/MED (U=3040), EDFIS/MED (U=8115), EDFIS/ODONT (U=6865,5), ENF/FAR (U=11255), ENF/MED (U=7920,5), FAR/FISIO (U=4816), FAR/NUT (U=4405,5), FISIO/MED (U=3438,5), FISIO/ODONTO (U=2908), MED/NUT (U=3100). Para o 1.10: BIO/MED (U=1986), EDFIS/MED (U=5005,5), ENF/MED (U=4883), FAR/MED (U=2533,5), FISIO/MED (U=2645), FONO/MED (U=268,5), MED/NUT (U=2364,5). Para o 1.11: BIO/EDFIS (U=10235), EDFIS/FAR (U=12320), EDFIS/FISIO (U=14748), EDFIS/MED (U=10104,5), EDFIS/ODONT (U=6764,5), ENF/FAR (U=12188), FAR/ODONT (U=2639,5). Para o 1.12: BIO/MED (U=2994,5). O indicador 1.12 somente apresentou situação semelhante entre Biomedicina e Medicina.

Esses dados apontam que os cursos da saúde não apresentam uma variação dos dados muito expressiva na avaliação *in loco*, o que sugere que há um padrão de formatação do projeto pedagógico, alinhado com o que está descrito nas diretrizes curriculares propostas pelo CNE. É factível crer que isso ocorre porque elas reafirmam a necessidade e o dever das IES em formar profissionais de saúde voltados para o SUS, com a finalidade de adequar a formação às necessidades de saúde da população brasileira (CNE/CES Resolução 2/2002, CNE/CES Resolução 3/2001, CNE/CES Resolução 4/2001, CNE/CES Resolução 5/2001, CNE/CES Resolução 3/2002, CNE/CES Resolução 4/2002, CNE/CES Resolução 5/2002, CNE/CES Resolução 6/2002, CNE/CES Resolução 2/2003). Medicina é uma exceção que será abordada em separado.

As diferenças encontradas entre os indicadores 1.7 e 1.8, que enfocam a

metodologia e o estágio curricular, são significativas para: 1.7 - EDFIS/MED (U=9721), ENF/MED (U=9079), FISIO/MED (U=4452); 1.8 - BIO/EDFIS (U=10317), BIO/FISIO (U=3875,5), EDFIS/MED (U=8554,5), ENF/FISIO (U=13450), ENF/MED (U=8109,5), FAR/FISIO (U=5483,5), FAR/MED (U=4084,5), FISIO/MED (U=3231), FISIO/NUT (U=5310), MED/NUT (U=3507), MED/ODONT (U=1922,5). Essas dissimilaridades podem ser explicadas devido ao fato de que ao propor a metodologia de um projeto pedagógico dos cursos as IES com ênfase no SUS que tem como base as diretrizes e a formação em serviço tenham que assegurar a qualidade no processo formativo, a humanização do atendimento, além de atender os regulamentos que são comuns para os estágios curriculares.

O indicador que teve maior número de diferenças significativas foi o 1.14 (13 casos) que trata das Tecnologias de Informação e comunicação no processo ensino-aprendizagem, seguido pelos 1.1 (contexto educacional), 1.6 (conteúdos curriculares) e 1.8 (estágio curricular supervisionado), 11 vezes cada. O *post hoc* aponta os seguintes cursos com diferenças significativas: Para o 1.14: BIO/EDFIS (U=8188), BIO/ENF (U=8443,5), EDFIS/FAR (U=11798,5), BIO/NUT (U=3587,5), BIO/ODONT (U=1831), BIO/TO (U=149), EDFIS/FISIO (U=14821,5), EDFIS/MED (U=8670,5), ENF/FAR (U=12149), ENF/MED (U=8803), FAR/TO (U=216,5), MED/ODONT (U=1912,5), MED/TO (U=168). Para o 1.18: BIO/FISIO (U=4103,5), BIO/ODONT (U=1864,5), EDFIS/FISIO (U=14869), ENF/NUT (U=10921), FAR/ODONT (U=2751,5), FISIO/MED (U=4272), FISIO/NUT (U=4617,5), FONO/NUT (U=513), MED/ODONT (U=1944), NUT/ODONT (U=2083). Tais diferenças podem ser observadas pelas questões específicas descritas nas diretrizes para formação de cada um dos cursos. Essas diferenças demonstram ainda a fragmentação dos cursos em relação às questões comuns do processo formativo que ainda encontra obstáculos para a construção de um profissional que possa atender todas as questões relacionadas ao SUS.

Do total de diferenças significativas encontradas na comparação entre todos os cursos (n=105), Medicina responde por 56,2% (n=59). Ao compararmos os indicadores dos cursos de Odontologia e Medicina verificamos que as diferenças significativas permanecem, porém não constatamos diferenças entre os indicadores de Odontologia e os outros cursos. As diferenças significativas encontradas em relação ao curso de Medicina, no instrumento IACG 2012, podem ser explicadas em parte pelo fato de que esse curso, assim como o de Odontologia, necessitem de

autorização independentemente de serem Universidades ou Centros Universitários, conforme Art.28 do Decreto nº 5.773/2006. No entanto, não explicam as diferenças encontradas entre os cursos de Odontologia e Medicina. Outra hipótese que poderia contribuir para explicar as diferenças significativa no processo avaliativo entre a Medicina e demais cursos da saúde, seria que os projetos pedagógicos estejam mais bem embasados para esse curso, pois no período anterior ao do IACG 2012, haviam instrumentos específicos para os diferentes atos autorizativos da Medicina, em que o avaliador tinha que se posicionar de forma discursiva na dimensão 1, em relato global sobre o projeto pedagógico e sobre a formação médica (BRASIL, 2008:8). Tal indução pode ter produzido projetos pedagógicos específicos em acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais, além de fornecer elementos para a política de expansão específica do Ministério da Educação para os cursos de Medicina.

Além de verificar as diferenças entre cursos, ponderou-se pertinente a comparação entre atos autorizativos disponibilizados na tabela abaixo.

Tabela 3. Comparação das médias e desvio padrão entre Atos Autorizativos dos indicadores da dimensão 1 para os Cursos da Saúde no período 2012 à 2014

		AUTORIZAÇÃO (n=277)		RECONHECIMENTO (n=494)		RENOV. RECONH. (n=275)	
		MÉDIA	DV	MÉDIA	DV	MÉDIA	DV
1.1	CONTEXTO EDUCACIONAL	3,36	0,82	3,5	0,75	3,48	0,66
1.2	POLÍTICAS INSTIT. NO CURSO	3,19	0,71	3,26	0,83	3,16	0,69
1.3	OBJETIVOS DO CURSO	3,17	0,81	3,38	0,79	3,38	0,71
1.4	PERFIL DO EGRESSO	3,28	0,81	3,41	0,77	3,42	0,72
1.5	ESTRUTURA CURRICULAR	2,97	0,79	3,08	0,79	3,15	0,71
1.6	CONTEÚDOS CURRICULARES	2,99	0,81	3,16	0,77	3,15	0,76
1.7	METODOLOGIA	3,20	0,74	3,35	0,71	3,32	0,68
1.8	ESTÁGIO CURRICULAR	3,09	0,79	3,29	0,8	3,4	0,82
1.9	ATIVIDADES COMPLEMENT.	3,36	0,89	3,56	0,78	3,59	0,74
1.10	TCC	3,40	0,78	3,58	0,76	3,62	0,72
1.11	APOIO AO DISCENTE	3,38	0,78	3,5	0,87	3,42	0,79
1.12	AÇÕES DECORR. PROC AVAL.	3,28	0,71	3,31	0,78	3,3	0,76
1.14	TIC	3,32	0,77	3,48	0,78	3,44	0,69
1.17	PROCESSO AVALIAÇÃO APREND.	3,36	0,63	3,54	0,69	3,47	0,66
1.18	NÚMERO DE VAGAS	3,06	0,91	3,47	0,91	3,6	0,86

*TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

* TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

O IACG 2012, por ter característica matricial, confere ao processo avaliativo uma possibilidade comparativa para os diferentes momentos de desenvolvimento do curso. Para autorização, considerado o ato de entrada do curso no sistema há termos de previsão quanto ao projeto pedagógico para a dimensão 1. Para reconhecimento e renovação de reconhecimento, atos que caracterizam a permanência no sistema, há termos que possibilitam a verificação da implantação e consolidação do projeto pedagógico do curso.

Em relação à comparação das médias e desvios-padrão entre os atos autorizativos, apresentados na tabela 3 observamos que há diferença significativa entre as avaliações de autorização em relação às avaliações de reconhecimento e renovação de reconhecimento. Apesar dos conceitos médios continuarem em torno de 3, observamos que as diferenças entre as propostas de projetos pedagógicos no momento da autorização tem conceitos médios abaixo de 3 nos indicadores 1.5 e 1.6 que estão explicitamente ligados as diretrizes curriculares. Outro viés que podemos analisar é que no SINAES todos os cursos da área da saúde que passam por processo de autorização são faculdades, exceto Odontologia e Medicina que podem estar nessa organização acadêmica ou nas outras. O processo avaliativo de reconhecimento é obrigatório para todos os cursos, independente da organização acadêmica. Já os processos de renovação de reconhecimento têm dispensa de avaliação de visita *in loco* pela regulação devido o Conceito Preliminar de Curso, índice que tem no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) a

variável de maior peso, incluindo o Indicador de Diferença entre os Desempenhos Observado e Esperado (IDD), o questionário sócio econômico, e o Cadastro de Docentes. Na comparação das médias observamos que o conceito 4 não aparece, o que sugere, novamente, pouca inovação na construção dos projetos pedagógicos.

Para identificarmos as diferenças encontradas entre os atos autorizativos aplicamos novamente o teste de Kruskal-Wallis, demonstrado na tabela 4.

Tabela 4: Identificação das diferenças por indicador da dimensão 1 do Instrumento avaliativo único entre Atos Autorizativos para os cursos de saúde no período de 2012 a 2014.

1.1	CONTEXTO EDUCACIONAL	H(4) = 1406, p<0,01
1.2	POLÍTICAS INSTIT. NO CURSO	H(4) = 5343, p>0,05
1.3	OBJETIVOS DO CURSO	H(4) = 15878, p<0,01
1.4	PERFIL DO EGRESSO	H(4) = 942, p<0,05
1.5	ESTRUTURA CURRICULAR	H(4) = 10272, p<0,05
1.6	CONTEÚDOS CURRICULARES	H(4) = 11332, p<0,05
1.7	METODOLOGIA	H(4) = 12764, p<0,05
1.8	ESTÁGIO CURRICULAR	H(4) = 22442, p<0,01
1.9	ATIVIDADES COMPLEMENT.	H(4) = 21150, p<0,01
1.10	TCC	H(4) = 19473, p<0,01
1.11	APOIO AO DISCENTE	H(4) = 21761, p<0,01
1.12	AÇÕES DECORR. PROC AVAL.	H(4) = 7661, p>0,05
1.14	TIC	H(4) = 10273, p<0,05
1.17	PROCESSO AVALIAÇÃO APREND.	H(4) = 15884, p>0,05
1.18	NÚMERO DE VAGAS	H(4) = 61375, p<0,05

Verifica-se na tabela 4 de comparação entre atos autorizativos que três indicadores não apresentaram diferença significativa entre a média dos conceitos emitidos: 1.2 – políticas educacionais no âmbito do curso, 1.4 – perfil do egresso, 1.12 – ações decorrentes dos processos de avaliação de curso e 1.17 – procedimento de avaliação ensino-aprendizagem. Isso pode ser explicado em parte pela articulação do PDI por meios das políticas institucionais, com a construção dos projetos pedagógicos dos cursos e com o desenho de um perfil profissional descrito nas diretrizes curriculares.

Novamente foi adotado como *post hoc* Mann-Whitney, com correção de Bonferroni. Para o indicador 1.1 os atos que apresentaram diferenças significativas (p<0,01) foram: autorização/reconhecimento (U=74660) e autorização/renov. reconhecimento (U=43341). Para o 1.3: autorização/reconhecimento (U=72586) e autorização/renov. reconhecimento (U=41099,5). Para o 1.5: autorização/renov. reconhecimento (U=41491,5). Para o 1.6: autorização/reconhecimento (U=73698) e autorização/renov. reconhecimento (U=42160). Para o 1.7:

autorização/reconhecimento (U=73964). Para o 1.8: autorização/reconhecimento (U=71576) e autorização/renov. reconhecimento (U=38271). Para o 1.9: autorização/reconhecimento (U=71148,5) e autorização/renov. reconhecimento (U=39495). Para o 1.10: autorização/reconhecimento (U=69052) e autorização/renov. reconhecimento (U=35632). Para o 1.14: autorização/reconhecimento (U=77063,5). Para o 1.18: autorização/reconhecimento (U=62775) e autorização/renov. reconhecimento (U=32148,5).

O comportamento dos indicadores demonstra que as expectativas de formação profissional na área independe de o curso estar sendo autorizado, implantando ou consolidado. E mais, demonstra que embora sejam indicadores com conceitos suficientes, a maioria dos cursos não estão inovando nesses quesitos, pois os resultados não atingiram em média, conceitos condizentes com muito bom (4) e excelente (5). Assim, para que o processo de avaliação *in loco* cumpra o papel de indutor formativo e emancipatório, como previsto na Lei dos SINAES, se faz necessário que os Cursos utilizem, de forma mais crítica e reflexiva, os resultados do processo avaliativo em busca de uma qualidade cada vez maior.

Chama atenção que não houve diferença significativa entre o reconhecimento e a renovação de reconhecimento. Isso sugere que não há diferença entre o projeto pedagógico do curso que está implantado (reconhecimento) e consolidado (renovação de reconhecimento).

Os indicadores referentes à estrutura curricular, metodologia e às tecnologias de informação e comunicação no processo ensino-aprendizagem apresentaram diferença ou com relação ao reconhecimento/autorização ou com renovação reconhec./autorização. Isso porque há diferença entre a proposta (autorização) e os outros atos autorizativos onde o curso encontra-se em funcionamento.

Considerações Finais

Entre os princípios do SINAES estão à garantia qualidade e da orientação para expansão da oferta dos cursos e IES no Brasil, que tem na avaliação *in loco* o elemento basilar para a tomada de decisão regulatória. Em especial na área da saúde, as diretrizes comuns são o referencial básico, pois garantem a esse campo do saber,

a definição do perfil de formação da profissão, a relevância social, a articulação entre teoria e prática, o estabelecimento de orientações para avaliações do processo de ensino aprendizagem bem como o incentivo a uma formação geral sólida por meio do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente em saúde.

Nessa perspectiva cabe ao processo avaliativo a verificação se a concepção do curso, expressa no projeto pedagógico está coerente com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a área, explicitando a integração entre a saúde e a educação por meio da inserção do estudante nos diversos cenários de prática e aprendizagem já no início de sua formação no SUS e na comunidade.

Os dados encontrados demonstram que nos 11 anos do SINAES o processo avaliativo trouxe a tona os resultados de cada indicador para compreensão real, do processo formativo desse futuro profissional de saúde, que ocorre nas instituições de educação superior.

A análise dos dados de indicadores comuns, verificadas sob o ângulo de princípios formativos comuns pertencentes à dimensão que avalia o PPC, demonstrou que apropriação pelos cursos das diretrizes apontam para uma formação que precisa ser inovada na contextualização das condições de saúde da população, da rede de serviços em saúde assim como um perfil adequado as necessidades locais e regionais e considerando o desenvolvimento dos cursos na perspectiva dos atos autorizativos.

Ainda que se reconheça a importância dos SINAES, na identificação de um diagnóstico basilar para o ensino superior, em consonância com o preconizado nas políticas de educação, e reforçado pelo Instrumento matricial para avaliação dos diferentes cursos, permanece a certeza sobre a necessidade de uma melhor apropriação do processo avaliativo enquanto ferramenta a ser utilizada na indução da qualidade, por parte dos cursos.

A presente consideração encontra-se embasada na análise daqueles indicadores que não apresentaram diferenças significativas ao se considerar os atos autorizativos e que em média obtiveram um padrão de construção classificado na escala do IACG 2012, com conceito 3, primeiro nível satisfatório do SINAES. Ressalta-se que, a apropriação do relatório por parte das Instituições de Educação Superior deve considerar além do conceito final de curso, os conceitos por dimensão e os resultados de cada indicador que compõem o relatório de avaliação, o qual permite comparações na linha do tempo e entre os cursos, devido à inovação do instrumento matricial.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p.: il.

BRASIL. Ministério da Educação Instrumento de avaliação de cursos de graduação. – Brasília : Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP). Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância. Brasília, DF: INEP, 2012. Disponível em:
<http://download.inep.gov.br/educacao_superior/avaliacao_cursos_graduacao/instrumentos/2012/instrumento_com_alteracoes_maio_12.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2013.

CAVALCANTE, Leila Pacheco Ferreira; MELLO, Maria Aparecida. Avaliação da aprendizagem no ensino de graduação em saúde: concepções, intencionalidades, reflexões(). **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 20, n. 2, p. 423-442, jul. 2015. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141440772015000200423&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 25 out. 2015. <http://dx.doi.org/10.590/S1414-40772015000200008>.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 2/2003. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Biomedicina. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de fevereiro de 2003. Seção 1, p. 16.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO Resolução CNE/CES 2/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 9. 1

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 4/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 11.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 5/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 5/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Diário Oficial da União Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 39.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 3/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 6/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 3/2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

DIAS SOBRINHO, José. Avaliação ética e política em função da educação como direito público ou como mercadoria? Educação & Sociedade, Campinas, v. 25, n. 88, p. 703-725, out. 2004.

FIELD, A. P. (2013). Discovering statistics using IBM SPSS Statistics: and sex and drugs and rock 'n' roll (fourth edition). London: Sage publications.

FUNGHETTO, Suzana Schwerz; GRIBOSKI, Cláudia Maffini. Reformulação dos Instrumentos de Avaliação dos Cursos de Graduação da Educação Superior para Operacionalização do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - Sinaes. Brasília, DF, 2011. Nota Técnica. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/nota-tecnica1>>. Acesso em: 12 jul. 2015

GRIBOSKI, Claudia Maffini. Regular e/ou induzir qualidade? os cursos de pedagogia nos ciclos avaliativos do Sinaes. 2014. xx, 482 f., il. Tese (Doutorado em Educação)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

HADDAD, Ana Estela et al . Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, June 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

89102010000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul.2015. Epub May 21, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000015>.

MARINHO-ARAUJO, Claisy Maria; RABELO, Mauro Luiz. Avaliação educacional: a abordagem por competências. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba , v. 20, n. 2, p. 443-466, jul. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772015000200443&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 25 out. 2015. <http://dx.doi.org/10.590/S1414-40772015000200009> .

REDE UNIDA. Contribuição para as novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da área da Saúde. 1998. *Revista Olho Mágico*. Disponível em <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/n16/home.htm>, acesso em 21 abr. 2014.

SALES, S.R. Diretrizes curriculares. In: OLIVEIRA, D.A.; DUARTE, A.M.C.; VIEIRA, L.M.F. DICIONÁRIO: trabalho, profissão e condição docente. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010. CDROM

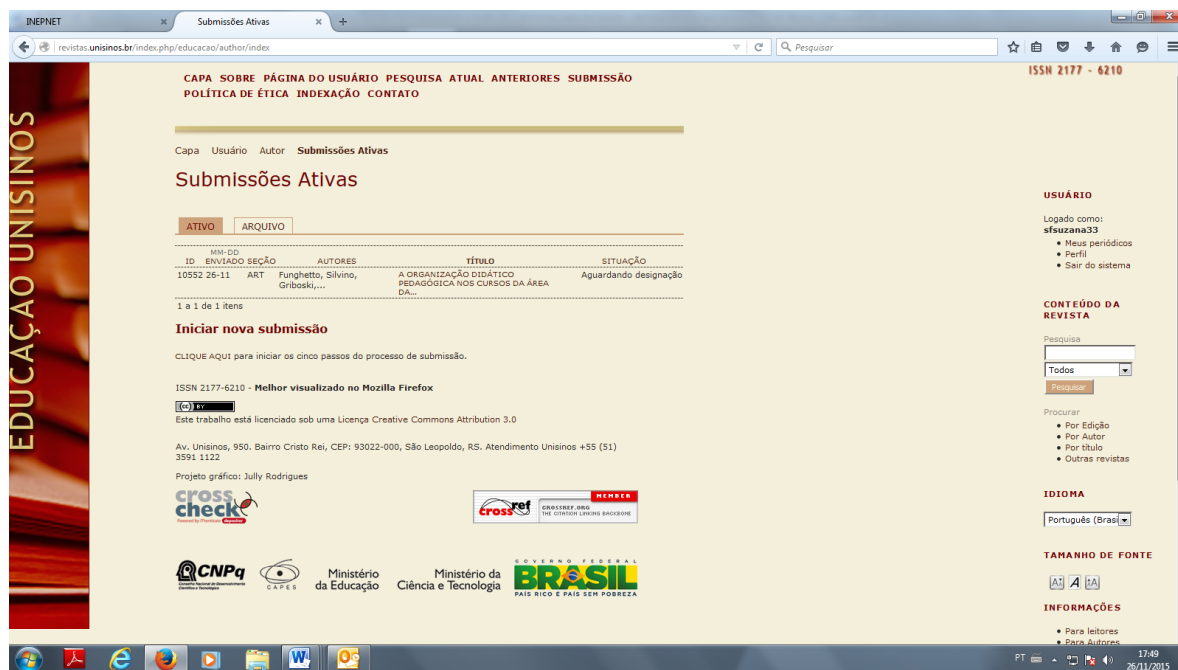
STELLA, R.C.R., and PUCCINI, R.F. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina. In: PUCCINI, RF., SAMPAIO, L.O., and BATISTA, N.A., orgs. *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social* [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. pp. 53-69.

SINAES. *Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: Da concepção à regulamentação*. 4ª ed., ampl. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2007.

UNESCO. *Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI: Visão e ação*. Paris: Conferência Mundial sobre Ensino Superior, 1998.

OLIVEIRA ER, CODATO LAB, MASSAOKA ST, GABRIEL M Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: formação baseada nos pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais. *Revista da ABENO*, 2011(1):43-46.

Figura 13: Página de submissão do Artigo na Revista Educação UNISINOS



2.5 Artigo 5

SUBMETIDO à Revista Saúde em Redes – Rede Unidas

PERFIL PROFISSIONAL TENDO O SUS COMO BASE DAS DIRETRIZES CURRICULARES DA ÁREA DA SAÚDE NO PROCESSO AVALIATIVO

Suzana Schwerz Funghetto¹
 Sueli Macedo Silveira²
 Alexandre Magno Silvino³
 Margo Gomes de Oliveira Karnikowski⁴

Resumo: O perfil profissional comum descrito nas diretrizes da área da saúde aponta para

¹ Educadora Especial. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Ciências e Tecnologias em Saúde, da Universidade de Brasília, Campus Ceilândia, Distrito Federal.

² Pedagoga. Servidora do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira. Coordenadora de Avaliação de Cursos e Instituições de Ensino Superior. Diretoria de Avaliação da Educação Superior.

³ Psicólogo, mestre e doutor em Psicologia pela Universidade de Brasília com ênfase em Ergonomia Cognitiva aplicada a Interfaces.

⁴ Farmacêutica. Professora doutora Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Ciências e Tecnologias em Saúde, da Universidade de Brasília, Campus Ceilândia, Distrito Federal.

uma formação atrelada às necessidades da população, com a diversificação dos cenários de práticas e o fortalecimento da parceria e da interação entre ensino-serviço e comunidade, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. Este artigo traz algumas reflexões sobre a concepção de perfil profissional da área da saúde descrita nas Diretrizes Curriculares Nacionais e os resultados obtidos na avaliação *in loco* previstos pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES. Foram realizadas análises descritivas em dados secundários das avaliações no período de 2012 a 2014. Os resultados apontam para Tal discussão tem como base a concepção desse perfil construído a partir da necessidade uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva e o trabalho em equipe que atenda as necessidades de saúde da população brasileira.

Palavras-chave: perfil, saúde, formação, avaliação, SUS, SINAES

Introdução

A discussão sobre a formação dos profissionais de saúde deve estar orientada, a partir dos preceitos constitucionais de 1988, para atender as mudanças paradigmáticas da área, tendo como foco o cuidado centrado no sujeito enquanto ser histórico e social, percebido em sua integralidade e ativo no processo de saúde-doença (BRASIL, 1988; CECCIM, 2004; GONZE, 2008; WINTERS, 2012).

Do Sistema Único de Saúde (SUS) emergem os princípios básicos para o ordenamento da formação de recursos humanos da área, uma vez que as ações de saúde como a universalidade de acesso; a integralidade de assistência; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; a igualdade da assistência à saúde; o direito à informação divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; a participação da comunidade; a descentralização político-administrativa; a integração dos das ações da saúde, o meio ambiente e saneamento básico; a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; a capacidade de resolução dos serviços de assistência; e organização para evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990:4).

Para a concretização de mudanças no processo de formação dos profissionais que reflitam na melhoria das ações de saúde no SUS, foi necessário a parceria entre os setores da Saúde e Educação para que houvesse uma reforma curricular dos cursos de graduação que compõem a área.

O Conselho Nacional de Educação (CNE), por meio da Câmara de Educação Superior, é órgão responsável pela construção de diretrizes curriculares nacionais que visam expressar o conceito de qualidade expresso na Constituição de 1988, bem como orientar as instituições brasileiras de ensino na organização, articulação, desenvolvimento de suas propostas pedagógicas e de seus currículos. Esse conselho instituído pela Lei 9.131 de 1995 tem atribuições normativas, deliberativas e de assessoramento ao Ministro de Estado da Educação (BRASIL, 1995:1).

O processo de elaboração das diretrizes inclui análise das propostas constantes nos pareceres elaborados pelo CNE e submetidos à consulta da comunidade educacional, para que, após esse procedimento, sejam formalizadas em termos de resoluções, de caráter mandatório para todos os sistemas de ensino do território nacional e servem também de referência para os processos de avaliação dos cursos (SALES, 2010). As diretrizes dos cursos da saúde foram elaboradas pelas Comissões de Especialistas da Secretaria de Ensino Superior (SESu) do Ministério da Educação (MEC) e encaminhadas ao CNE em 2001 para que subsidiassem os pareceres e as resoluções dos cursos dos respectivos cursos graduação.

Após amplo debate⁵ com a comunidade educacional, científica, dos conselhos profissionais, dos trabalhadores da área da saúde e tendo como elementos básicos de estruturação a definição do *perfil do egresso; as competências e habilidades desejáveis; organização do curso, os conteúdos curriculares; os estágios e as atividades complementares, acompanhamento e avaliação* foram encaminhados pelo CNE⁶ os textos dos pareceres que fundamentaram as resoluções que constituíram-se

⁵ Foi realizada, também em 2001, na sede CNE, uma audiência pública, para apreciação das propostas apresentadas pelas Comissões de Especialistas de Ensino da SESu/MEC, com a participação de representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, Fórum Nacional de Pró-Reitores das Universidades Brasileiras, Conselhos Profissionais, Associações de Ensino, e outras entidades organizadas da sociedade civil, como a Rede Unida.

⁶ O CNE analisou as propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino e encaminhadas pela SESu/MEC ao CNE, tendo como referência os seguintes documentos: Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde Nº 080 de 19/9/1990; Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) Nº 394 de 20/12/1996; Lei que aprova o Plano Nacional de Educação Nº 172 de 9/1/2001; Parecer CES/CNE 776/97 de 3/12/1997; Edital da SESu/MEC Nº 4/97 de 10/12/1997; Parecer CES/CNE 583/2001 de 4/4/2001; Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998; Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000; Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999; Documentos das OPAS, OMS, Rede UNIDA e Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde.

em orientações para a elaboração dos currículos *com competências comuns*⁷ aos *profissionais de saúde* que devem necessariamente ser adotadas por todas as instituições de ensino.

Em especial, cabe destacar que a concepção de uma formação generalista expressa nessas diretrizes⁸, teve como premissa a atuação em equipe, em um sistema descentralizado, hierarquizado de referência e contra-referência recebeu influências do SUS, da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990. Outro fator importante a ser destacado é que no momento da publicação em 7 de agosto do 2001 do Parecer CNE 1.133, da Câmara de Educação Superior que tratou Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.

Este Parecer definiu o objeto das diretrizes curriculares a partir da articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade. Os profissionais devem nessa perspectiva serem capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no SUS, considerando o processo de Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2001).

Stella e Puccini (2008) analisam que essas diretrizes se constituem em uma mudança paradigmática na formação dos currículos dos profissionais saúde, pois deixam de se centrar em um modelo flexneriano, biomédico e curativo para desenvolver estruturas curriculares que enfocam o binômio saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção. Colocam ainda que as ações de promoção e prevenção em educação e saúde na perspectiva da integralidade da assistência devem ser trabalhadas em currículos flexíveis modulares dirigidos para aquisição de um perfil, com habilidades e competências profissionais que possam contemplar tanto o

⁷ A Rede Unida produziu em 1998 um texto preliminar encaminhado à Seu/MEC, onde formulou competências comuns aos profissionais de saúde. Este texto é conhecido como “Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde”, publicado na *Revista Olho Mágico*.

⁸ As diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde foram aprovadas entre 2001 e 2004. As resoluções dos cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição são de 2001, Farmácia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Odontologia de 2002, Biomedicina, Medicina Veterinária de 2003 e Educação Física de 2004. Em 2014, baseada na Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, que cria o Programa Mais Médicos, são promulgadas as novas diretrizes para os cursos de Medicina.

individual quanto o coletivo, em diferentes metodologias de aprendizagem em múltiplos cenários de ensino. (STELLA e PUCCINI, 2008:53)

Já Feuerwerker, Almeida e Llanos (2004) lembram que as diretrizes para a área da saúde foram definidas dentro de um contexto em que sua modulação se dava a partir dos interesses e orientações do sistema público de saúde, público, democrático garantindo a busca pela universalidade e integralidade da atenção.

Nessa perspectiva as diretrizes curriculares da área da saúde para os seus respectivos cursos de graduação são também um conjunto de indicações que servem de referência para os processos de avaliação de cursos (SALES, 2010).

No Brasil a busca pelos padrões de qualidade na educação superior, expressos na Constituição de 1988 desembocaram em uma série de ações que originaram o atual Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES (SINAES, 2007; GRIBOSKI, 2015). Embora bastante tensionado pelas diferenças existentes entre as IES, principalmente quanto a sua categoria administrativa (pública ou privada) e sua organização acadêmica (universidades, centros universitários ou faculdades), a proposta do SINAES visa constituir um efetivo sistema integrador, com informações e análises dos resultados das IES, dos cursos e do desempenho dos estudantes permitindo assim a construção e efetivação de políticas educativas de abrangência nacional e também no âmbito institucional formuladas no interior de cada IES.

Nessa perspectiva, a avaliação como um processo dinâmico exige uma permanente mediação pedagógica, fazendo com que o órgão estatal responsável pela implementação do SINAES, que é o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP) acompanhe e revise periodicamente seus procedimentos e instrumentos em consonância com os princípios formativos e pressupostos da qualidade, sempre estabelecendo relações de aproximação conceitual entre avaliador e avaliado. Após a avaliação realizada por uma comissão de avaliadores graduados na área, o relatório produz um conceito de curso, que é utilizado pela regulação como referencial básico de qualidade. O objetivo deste estudo analisar o perfil da formação profissional dos profissionais da área da saúde⁹ descrita nas diretrizes curriculares nacionais e seus impactos na avaliação *in loco* prevista pelo SINAES. Tal abordagem

⁹ Os cursos de bacharelado da área da saúde, de acordo com a Resolução CNS nº 278 de 8/10/1998, são: Assistência Social; Biologia; Biomedicina; Educação Física; Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Medicina; Medicina Veterinária; Nutrição; Odontologia; Psicologia; Terapia Ocupacional. Para este estudo será focado o processo de avaliação *in loco* dos cursos que envolvem a saúde humana.

tem como base o resultado das avaliações realizadas nos cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Odontologia, Biomedicina e Educação Física (bacharelado), nos anos de 2012 a 2014.

Método

Este estudo se pautou por dois momentos:

a) análise documental a partir das Resoluções que estabelecem as diretrizes de cada um dos cursos: Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional e Educação Física. A escolha se deve a comparação dos artigos 4º e 5º das diretrizes que é comum ao grupo de profissões que integram as Ciências da Saúde, correspondendo às Competências e Habilidades Gerais da Profissão (“campo” da saúde) e as Competências e Habilidades Específicas da Profissão (“núcleo” profissional no campo da saúde). Todas as profissões do grupo de Ciências da Saúde, exceto, a Educação Física, referem que as competências e habilidades profissionais específicas da profissão devem estar afetas ao sistema de saúde vigente no país, ao trabalho em equipe multiprofissional e à integralidade da atenção.

b) análise do resultado das avaliações *in loco* dos respectivos cursos, tendo como foco os indicadores do instrumento de avaliação de cursos que traduzem os elementos básicos de estruturação das diretrizes da área da saúde como objetivos do curso, *perfil do egresso; os conteúdos curriculares; os estágios e as atividades complementares, metodologia, estrutura curricular, acompanhamento e avaliação.*

O desenho do estudo demanda a utilização de dados secundários, obtidos via Diretoria de Avaliação da Educação Superior (DAES) com dados gerados pela Diretoria de Tecnologia e Disseminação de Informações Educacionais (DTDIE) do INEP, em dezembro de 2014. Foram gerados da base de informações do sistema eletrônico e-MEC, referentes à 1048 avaliações *in loco* dos atos autorizativos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento, ocorridas de 2012 a 2014 para os cursos Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional e Educação Física.

O instrumento adotado para as avaliações de cursos é o Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância adotado até abril de 2015 (IACG 2012) - disponível na íntegra em (www.inep.gov.br). O IACG 2012 é composto

por 63 indicadores, divididos em três dimensões: organização didático-pedagógica (22 indicadores), corpo docente e tutorial (20) e infraestrutura (21). Além dos indicadores há uma seção referente aos requisitos legais e normativos (FUNGHETTO e GRIBOSKI, 2011).

Os procedimentos de aplicação, previstos pelo SINAES, consistem em realizar uma avaliação na IES para investigar o curso a partir de documentos apensados antecipadamente em formulário eletrônico próprio para esse fim, de documentos relevantes disponibilizados na ocasião da visita, da análise crítica às instalações e de entrevistas com interlocutores chave ao processo. Com base nas informações obtidas os avaliadores, que atuam em pares, preenchem o instrumento, indicador a indicador, em uma escala intervalar de cinco conceitos, sendo 1 o mínimo da escala e 5 o máximo, a média dos valores inseridos por dimensão formam o conceito da dimensão. Os conceitos 3, 4 e 5 são considerados satisfatórios pelo SINAES. Uma média ponderada dos conceitos das dimensões, com peso diferenciado em função do ato autorizativo, formam o conceito final que tem arredondamento para se enquadrar numa escala categórica de cinco pontos. Assim, é por meio das escalas e das descrições dos avaliadores, baseadas nas observações *in loco* e nos estudos das documentações, que os aspectos objetivo e subjetivo da avaliação se comunicam e são descritos qualitativamente.

Após realizamos a análise de conteúdo, conforme Bardin (1977) dessas das diretrizes de cada curso que foi sistematizada em três etapas básicas, definidas por Trivinos (1997) assim realizadas: pré-análise, descrição analítica e interpretação referencial. Na etapa de pré-análise, para verificar os conceitos que construíram as diretrizes curriculares dos cursos da saúde que tem com foco uma formação generalista, foram analisados os artigos comuns das resoluções dos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional e Educação Física. Os artigos comuns na formação são os cinco primeiros, que foram selecionados para essa análise, tendo como parâmetros os conceitos integralidade, universalidade e equidade.

Devido ao objetivo do presente estudo, foi feito um recorte para trabalhar os resultados referentes ao perfil profissional, na Organização Didático Pedagógica (Dimensão 1), retirados os indicadores exclusivos da medicina e que não se relacionassem com a área de saúde. Uma vez que se buscou identificar a existência de diferença significativa nos escores dados para cada indicador individualmente,

adotando como variáveis preditoras os cursos e os atos autorizativos, primeiramente foram analisados como os dados se comportam por meio de medidas de tendência central (média, mediana, moda) e de dispersão (desvio-padrão e variância). Foram analisados apenas os indicadores do IACG 2012 que tivessem relação com o perfil profissional: 1.3 objetivos do curso, 1.4 perfil do egresso, 1.5 estrutura curricular, 1.6 conteúdos curriculares, 1.7 metodologia, 1.8 estágio curricular supervisionado, 1.9 atividades complementares e 1.17 processos de avaliação da aprendizagem.

Resultados e Discussão

Para verificar as competências comuns que compõem a formação profissional e o perfil construído nas diretrizes propostas para os diversos cursos da área da saúde, bem como na Lei Orgânica 8080/1990, foi necessária a comparação dos artigos pertinentes à formação profissional e aos princípios doutrinários do SUS presentes nesses textos, por vezes expressos de maneiras diferentes, em diferentes pontos e com termos diferentes.

As diferenças entre as Diretrizes que trabalham em formas diversas de redação a apropriação do SUS no país, a experiência da atenção integral a saúde e aprendizagem do trabalho em equipe. (CECCIM, 2004)

O perfilhamento de todas as diretrizes para a área de saúde demonstram diversidade de redação relação ao perfil do egresso. A **Educação Física** é a única profissão da tabela de áreas que não tem texto igual às demais profissões do grupo, mas refere quanto ao seu campo de saberes e ações as perspectivas da prevenção de problemas e agravos à saúde e a promoção, proteção e reabilitação da saúde. A **formação do enfermeiro** deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Já a **formação do farmacêutico** deverá contemplar as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, com ênfase no SUS. A **formação do nutricionista** deve contemplar as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. E a formação do **biomédico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, odontólogo e terapeuta ocupacional** devem contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado (CNE/CES Resolução 2/2002, CNE/CES Resolução 3/2001, CNE/CES Resolução 4/2001, CNE/CES Resolução 5/2001, CNE/CES

Resolução 3/2002, CNE/CES Resolução 4/2002, CNE/CES Resolução 5/2002, CNE/CES Resolução 6/2002, CNE/CES Resolução 2/2003).

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação na área da saúde apontam, como necessidade, a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva dos profissionais das diversas áreas da saúde. Porém, em 2014, as diretrizes da Medicina foram modificadas a partir da Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013, modificando todas as competências de formação, mas manteve no perfil, no artigo 3º a formação generalista:

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. (BRASIL, 2014)

Talvez essa modificação tenha ocorrido porque a Lei nº 12.871/2014 que estabelece o Programa Mais Médicos, colocque a importância da formação desde o primeiro ano do curso em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do SUS.

Após a análise documental foi realizada a busca pelos resultados da *avaliação in loco* pelo SINAES indicadores do instrumento de avaliação de cursos (IACG, 2012). Nessa perspectiva foram escolhidos os indicadores que traduzem os elementos básicos de estruturação das diretrizes da área da saúde como objetivos do curso, *perfil do egresso; os conteúdos curriculares; os estágios e as atividades complementares*, metodologia, estrutura curricular, *acompanhamento e avaliação*. Dos 1048 relatórios analisados foram verificados os indicadores acima mencionados dos cursos de Biomedicina – BIO (83), Educação Física – EDFIS (268), Enfermagem – ENF (229), Farmácia – FAR (110), Fisioterapia – FISIO (111), Fonoaudiologia – FONO (15), Medicina – MED (72), Nutrição – NUT (97), Odontologia ODONT – (55) e Terapia Ocupacional – TO (8).

De maneira global observou-se que os resultados médios dos indicadores ficaram em torno do valor 3 (Tabela 1).

Tabela 1 – Médias e Desvios-padrão por indicador

	MÉDIA	DESVIO
--	-------	--------

		PAD
1.3	3,37	0,16
1.4	3,41	0,21
1.5	3,14	0,18
1.7	3,33	0,11
1.8	3,27	0,19
1.9	3,24	0,11
1.17	3,5	0,1

Esse conceito é o primeiro nível satisfatório do SINAES e se remete ao que está descrito nas diretrizes dos cursos da área, portanto o seu cumprimento atesta que o curso atendeu às diretrizes, mas não aborda o grau de excelência.

Nos indicadores 1.5 e 1.6 que tratam respectivamente sobre a estrutura curricular e os conteúdos curriculares encontramos a média de conceito 2 para os cursos de Fisioterapia e Educação Física. Chama a atenção, nos indicadores analisados é que nenhum alcança a média do conceito 4.

O indicador 1.3 do IACG 2012 enfoca os objetivos do curso e verifica se estão em coerência com o projeto pedagógico e tem como critérios de análise o perfil profissional do egresso, estrutura curricular e contexto educacional.

Esse indicador tem com base a construção do conceito de perfil profissional articulado com a estrutura do projeto pedagógico e a justificativa que explica o porque da proposição do curso, sua implementação e sua consolidação em relação às diretrizes. Os resultados encontrados para esse indicador apontam para o cumprimento das diretrizes, pois a média dos conceitos está em torno do valor 3 (Gráfico 1).

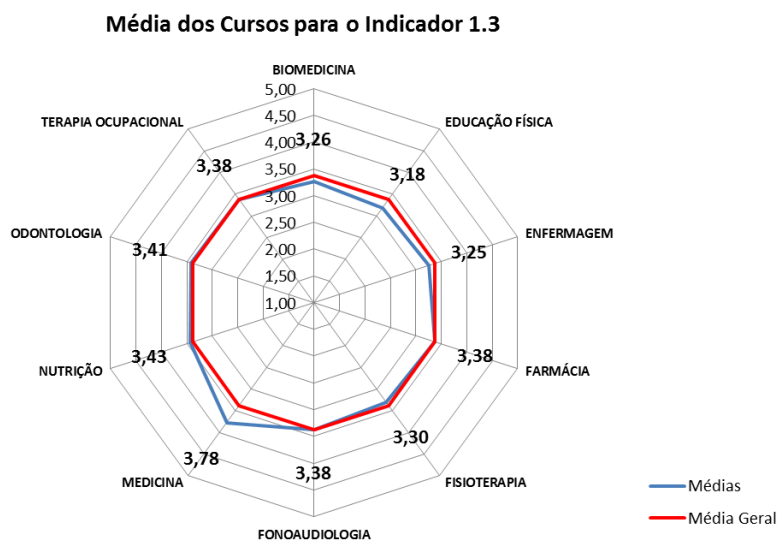


Gráfico 1: Resultados da média do indicador 1.3 Objetivos do curso – IACG 2012

Esses dados, porém, demonstram pouca inovação em relação ao processo de construção dos PPCs. O estudo de Lopes Neto e seus colaboradores (data), sobre o processo de avaliação dos cursos da área da saúde nos primeiros anos de implementação do SINAES em 2008, aponta para evidências de que a construção e re-construção de PPC, em grande parte das IES, estão restritas à adesão aos termos que integram as DCN. Porém não se verificou a descrição da contextualização das condições de saúde da população em relação à rede de serviços de saúde, da identidade do curso, assim como do perfil do egresso afinado às necessidades sociais e sanitárias, locais e regionais (LOPES NETO, at all 2008:46). Dos instrumentos utilizados em 2008 para o IACG 2012 houve uma sensível mudança, verificada pelos valores médios obtidos denotando um amadurecimento para o cumprimento dos critérios de análise desse indicador.

O indicador 1.4 verifica o perfil de egresso e suas competências, que devem ser avaliadas de acordo com as diretrizes da saúde. O artigo 4º traz as mesmas competências gerais para área como a *atenção à saúde, a tomada de decisões, a comunicação, a liderança, a administração e o gerenciamento e a educação permanente*. (CNE, Parecer 1.133, 2001)

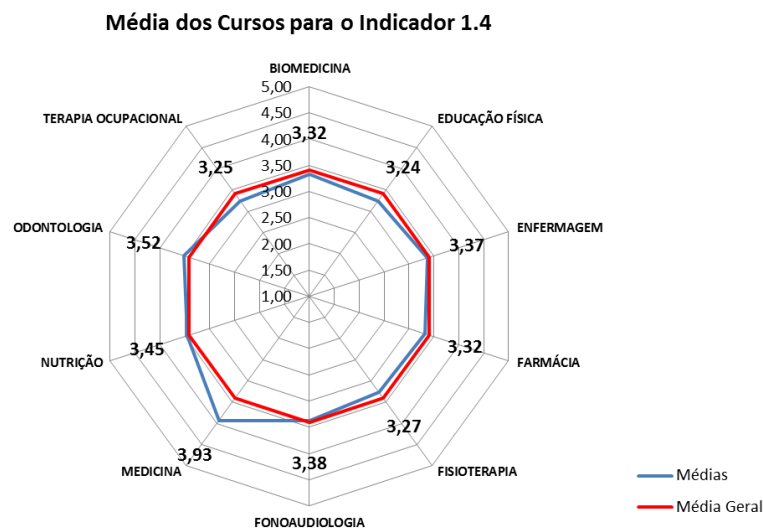


Gráfico 2: Resultados da média do indicador 1.4 Perfil do Egresso – IACG 2012

Os resultados encontrados nesse indicador sugerem novamente o cumprimento das diretrizes e os esforços dos cursos em traçar o perfil do egresso alinhados às competências comuns da formação do profissional de saúde. Esse

desenho pode ser o resultado também da implementação da política de educação permanente prevista pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009)

O indicador 1.5 avalia a estrutura curricular tendo como critérios de análise a flexibilidade, interdisciplinaridade, compatibilidade da carga horária total (em horas), articulação da teoria com a prática.

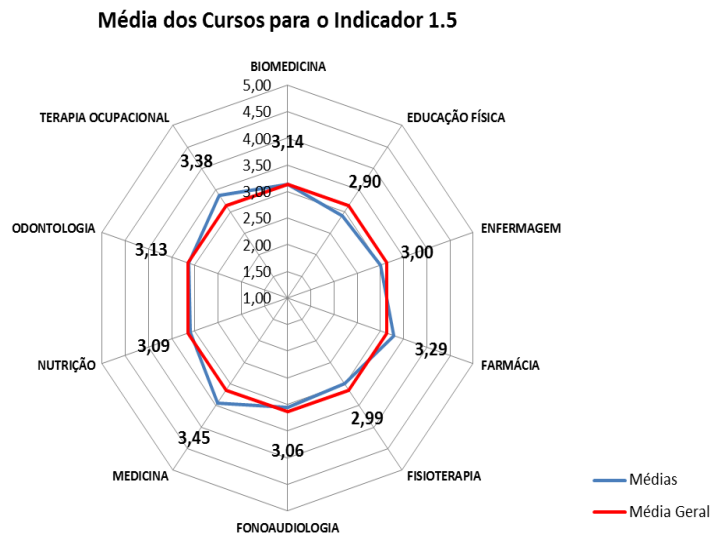


Gráfico 3: Resultados da média do indicador 1.5 Estrutura Curricular – IACG 2012

Os resultados encontrados das médias dos cursos de Medicina, Nutrição, Odontologia, Terapia Ocupacional, Biomedicina, Fonoaudiologia e Farmácia apontam para o conceito 3, o que sugere articulação entre o que está proposto nas diretrizes e a concepção dos projetos pedagógicos avaliados.

Entre os cursos que tem a média em torno de 3, as maiores estão entre os cursos de Medicina e Terapia Ocupacional. Chama atenção que os cursos de Fisioterapia e Educação Física, médias em torno do valor 2. Uma importante discussão a ser realizada nesse indicador nos remete as questões pertinentes de como esses resultados sugerem um olhar sobre a relação da construção da matriz curricular dos cursos com elementos extraídos das diretrizes, porém com características de grade curricular, isto é, com uma relação estática de disciplinas e cargas horárias sem coerência com a base epistemológica que fundamenta esses elementos com os princípios do SUS, a flexibilização currículo e a formação em serviço.

O indicador 1.6 analisa os conteúdos curriculares tendo como critério de análise o desenvolvimento no currículo dos cursos do perfil do profissional considerando os

aspectos: atualização, adequação das cargas horárias (em horas) e adequação da bibliografia.

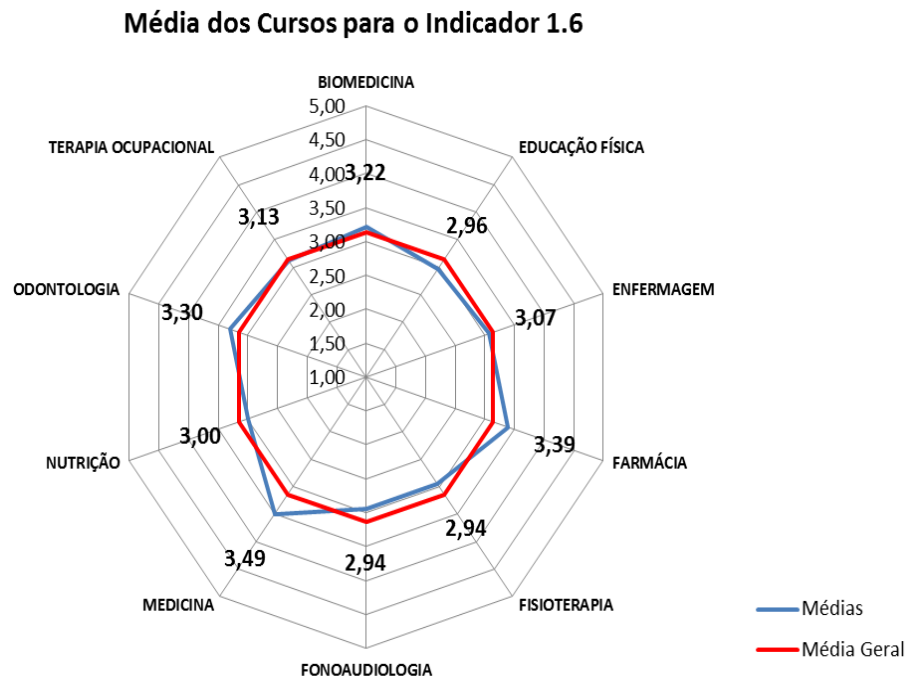


Gráfico 4 Resultados da média do indicador 1.6 Conteúdos Curriculares – IACG 2012

Na concepção das diretrizes e na construção do instrumento de avaliação, ao logo da história do SINAES, os indicadores 1.5 e 1.6 tem articulação e são importantes para uma análise transversal dos currículos. Em relação aos resultados encontrados na área da saúde verificamos uma veracidade nessa informação, pois o quadro de médias permanece o mesmo inclusive em relação aos cursos e aos conceitos 3 e 2. Em relação ainda ao perfil e o processo de formação para a integralidade do SUS relacionado com as ações para a construção de currículos podemos evidenciar nos resultados encontrados a necessidade de consolidação por parte dos cursos do conceito de que a formação em saúde tem consonância com o atendimento aos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística com vistas ao desempenho interdisciplinar e técnico nessa área (GONZE, 2009; FERREIRA, FIORINE E CRIVELARO, 2010:208). Os cursos de Medicina e Odontologia tem as maiores médias, dentro do conceito 3.

O indicador 1.7 enfoca como as atividades pedagógicas estão previstas e a coerência com a metodologia prevista no projeto pedagógico do curso. Nesse gráfico, os dados do indicador, demonstram homogeneidade em relação a média geral que

atribuiu o conceito 3 nas avaliações realizadas.

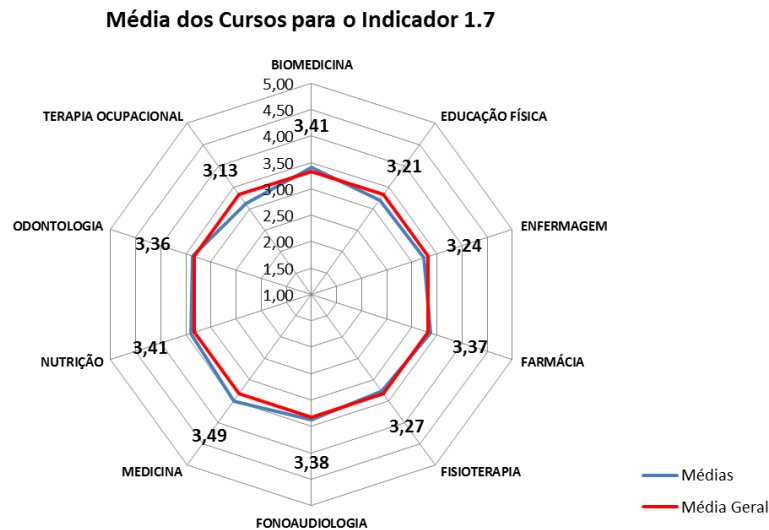


Gráfico 5 Resultados da média do indicador 1.7 Metodologia – IACG 2012

A homogeneidade na formação encontrada nas avaliações pode estar baseada no Parecer CNE 1.133 de 2001 que dispõe sobre o tema colocando sobre aspectos alunos dos cursos de graduação em saúde devem ter o desenvolvimento de competências e habilidades ao longo do currículo. Essas competências e habilidades são enfatizadas nas diretrizes, conforme os preceitos da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior (UNESCO, 1998) visando à capacidade de aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação e profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, as famílias e as comunidades. Entre os cursos que tem a média de conceito 3 as maiores estão entre os cursos de Medicina, Nutrição e Biomedicina.

O indicador 1.8 verifica as condições de oferta do estágio curricular tendo como critérios de análise carga horária, previsão/existência de convênios, formas de apresentação, orientação, supervisão e coordenação. Na faixa do conceito 3 o curso de Fisioterapia apresentou a média geral mais baixa. Há variação entre as médias e as médias gerais dos cursos de Medicina, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia e

Biomedicina. Essa variação pode estar associada às questões relacionadas à flexibilização prevista para o estágio e as competências e habilidades específicas da profissão (GONZE, 2009; FERREIRA, FIORINE e CRIVELARO, 2010:209).

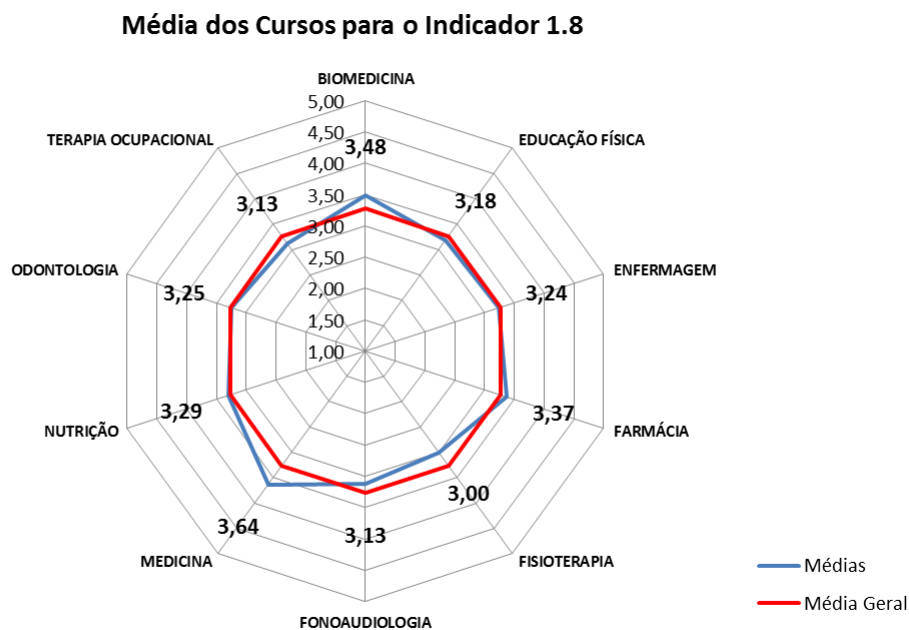


Gráfico 6 Resultados da média do indicador 1.8 Estágio Curricular Supervisionado – IACG 2012

O indicador 1.9 verifica as atividades complementares e tem como critério de análise previsão/implementação, regulamentação/ institucionalização, carga horária, diversidade de atividades e formas de aproveitamento. Esse indicador também tem relação com o processo de flexibilização do currículo, pois incorpora as atividades complementares na organização do curso e tem coerência com a concepção utilizada nos estágios curriculares (LOPES NETO, et al, 2008:47).

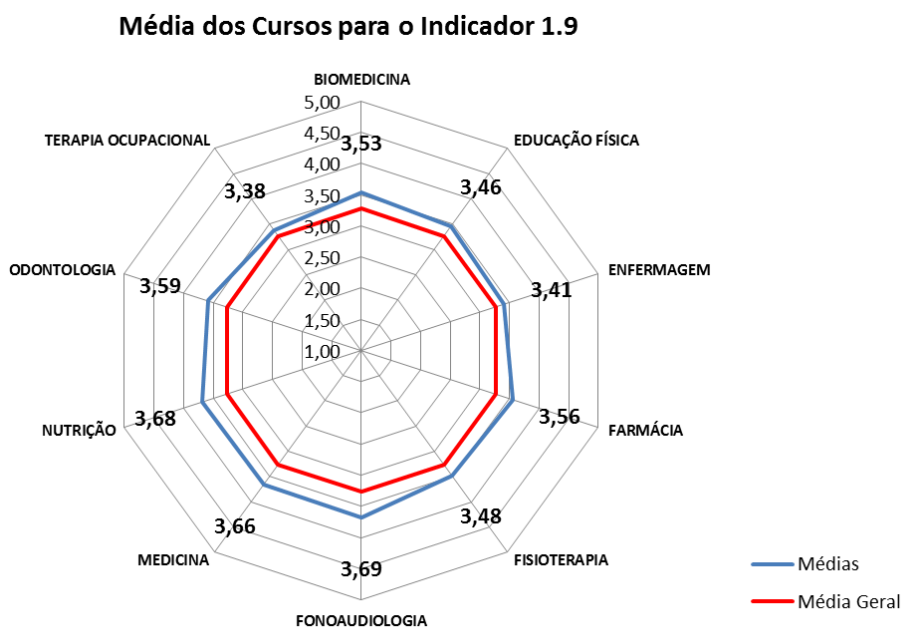


Gráfico 7 Resultados da média do indicador 1.9 Atividades Complementares – IACG 2012

Em relação aos resultados encontrados no indicador 1.9 observamos a maior variação entre as médias por curso e a média geral. A Fonoaudiologia tem o maior valor de média encontrado, seguido da Nutrição e da Medicina. Tal situação pode ocorrer semelhante ao comportamento encontrado no indicador 1.8, pois os dois se complementam no processo de organização do projeto pedagógico do curso e demonstram muitas particularidades uma vez que também enfocam as habilidades específicas da profissão.

O indicador 1.17 enfoca os procedimentos de avaliação previstos/implantados utilizados nos processos de ensino-aprendizagem atendem, de maneira suficiente, à concepção do curso definida no seu Projeto Pedagógico do Curso – PPC.

Média dos Cursos para o Indicador 1.17

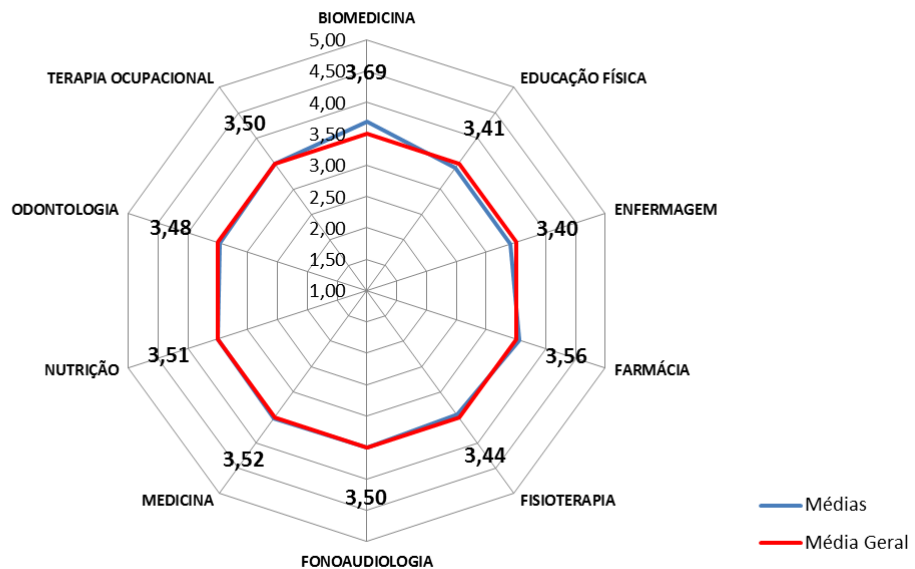


Gráfico 8. Resultados da média do indicador 1.17 Procedimentos de Avaliação do Processo Ensino Aprendizagem – IACG 2012

Nesse indicador as médias dos cursos e médias gerais apresentam pouca variação, sendo que Biomedicina tem a maior média, seguida por Farmácia e Medicina.

O curso de Medicina tem as maiores médias em quase todos indicadores em relação aos outros cursos, exceto nos indicadores 1.9 Atividades Complementares e 1.17 Avaliação dos Processos de Ensino Aprendizagem.

As diferenças significativas encontradas em relação ao curso de Medicina, no instrumento IACG 2012, talvez possam estar associadas ao fato de que esse curso, como o de Odontologia, passem por processo de autorização, conforme Art.28 do Decreto nº 5.773/2006. Ao compararmos os indicadores dos cursos de Odontologia e Medicina verificamos que as diferenças significativas permanecem, porém não constatamos diferenças entre os indicadores de Odontologia e os outros cursos.

Por outro lado, uma vez que as diretrizes são comuns para todos os cursos, é possível que a Medicina apresente diferenças significativas porque os projetos pedagógicos estejam mais bem embasados. Isso é factível uma vez que no período anterior ao do IACG 2012 havia instrumentos específicos para os diferentes atos autorizativos desse curso, nos quais o avaliador tinha que se posicionar na dimensão 1, no relato global sobre a categoria projeto pedagógico do curso sobre a formação

médica (BRASIL, 2008:8). Tal indução pode ter produzido projetos pedagógicos específicos em acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais, além de fornecer elementos para a política de expansão específica do Ministério da Educação para os cursos de Medicina.

Considerações finais

Após 11 anos de implementação do SINAES, de 14 anos de implementação das diretrizes, a avaliação *in loco* se estabeleceu como a ferramenta de verificação das condições de oferta e qualidade do curso, induzindo qualidade na educação superior do país.

Em especial na área da saúde com advento das diretrizes que tem no SUS o processo de formação como eixo central para a melhora da saúde da população, a organização dos serviços, a articulação entre o sistema de saúde, suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras. Tal proposta centra a avaliação *in loco* como indutora da qualidade, por meio de instrumento matricial, que avalia os cursos em seus diferentes momentos e coloca em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde, agregando o desenvolvimento individual e institucional, os serviços, a atenção à saúde e o controle social.

Todos os resultados encontrados na pesquisa evidenciam a importância da consolidação de um perfil comum para a integralidade da assistência, do trabalho humanizado e em equipe no SUS. Apontam também para o papel da avaliação como indutora de qualidade para o processo de implementação dos cursos além de ser peça fundamental na garantia da implementação das diretrizes curriculares da área da saúde (FERNANDES et al. 2003; FERNANDES et al. 2005; BRASIL, 2006; LOPES NETO et al. 2008).

Desse processo avaliativo, articulado com mecanismos regulatórios do Estado, decorrem medidas de natureza corretiva e planos de expansão qualificados que assegurem o desenvolvimento da educação superior, em patamares compatíveis com os padrões mínimos de qualidade para a oferta de cursos de graduação, orientados pelas diretrizes curriculares nacionais. Na avaliação de cursos um conjunto de indicadores, critérios de análise são verificados *in loco* nas dimensões organização didático-pedagógica, corpo docente e infraestrutura. As diretrizes curriculares

nacionais norteiam os projetos pedagógicos do curso, a construção dos indicadores e a condução do processo avaliativo. No caso das diretrizes da área da saúde o perfil tem como elementos fundamentais o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Referências

BRASIL. Constituição Federal do Brasil.1988.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância. Brasília, DF: INEP, 2012. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_superior/avaliacao_cursos_graduacao/instrumentos/2012/instrumento_com_alteracoes_maio_12.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2013.

BRASIL. LEI 8080/1990.

BRASIL. Lei 9.131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 25 nov. 1995.

BRASIL. Ministério da Educação Instrumento de avaliação de cursos de graduação. – Brasília : Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface -Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 9, n.16, p. 161-77, set. 2004.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO Resolução CNE/CES 2/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 9.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO Resolução CNE/CES 3/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 5/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Diário Oficial da União Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 39.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CNE/CES Resolução 8/2004. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Psicologia. Diário Oficial da União, Brasília, 18 de maio de 2004, Seção 1, p. 16. Revogada pela Resolução CNE/CES n. 5, de 15 de março de 2011.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 2/2003. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Biomedicina. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de fevereiro de 2003. Seção 1, p. 16.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 3/2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 4/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 11.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 5/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 6/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12.

FERNANDES JD, FERREIRA SLA, OLIVA DSR, SANTOS MP, COSTA HOG. Estratégias para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Rev Bras Enferm 2003; 56(4): 392-

5.

FERNANDES JD, XAVIER IM, CERIBELLI MIPF, BIANCO MHC, MAEDA D, RODRIGUES MVC. Diretrizes Curriculares e estratégias de implantação de uma nova proposta pedagógica. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 30(4); 443-9.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; FIORINI, Vânia Maria Lopes and CRIVELARO, Everton. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2010, vol.34, n.2, pp. 207-215.

FEUERWEKER, L.C.M.; ALMEIDA, M.J. O Programa de Saúde da Família e o direito à Saúde. *Olho Mágico*, v.6, n.22, p.22-5, 2000.

FEUERWERKER L.C.M. ALMEIDA M. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação. *Revista da ABENO*. V. 4, n.1, p.14-6, 2004.

FEUERWERKER, L.; ALMEIDA, M. Diretrizes Curriculares e Projetos Pedagógicos: é tempo de ação! *Rev Bras Enf.*, v. 56, n. 4, p. 351-352, 2003.

FUNGHETTO, Suzana Schwerz; GRIBOSKI, Cláudia Maffini. Reformulação dos Instrumentos de Avaliação dos Cursos de Graduação da Educação Superior para Operacionalização do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - Sinaes. Brasília, DF, 2011. Nota Técnica. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/nota-tecnica1>>. Acesso em: 12 jul. 2015

GONZE, Gabriela Guerra. A INTEGRALIDADE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: tecendo saberes e práticas. Dissertação de Mestrado em saúde coletiva, UFJF, 2009.

GRIBOSKI, Claudia Maffini. Regular e/ou induzir qualidade? os cursos de pedagogia nos ciclos avaliativos do Sinaes. 2014. xx, 482 f., il. Tese (Doutorado em Educação)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

LOPES NETO, David; TEIXEIRA, Elizabeth; VALE, Euclea Gomes; CUNHA, Fátima Scarparo; XAVIER, Iara de Moraes; FERNANDES, Josicléia Dumêt; SHIRATORI, Kaneji; REIBNITZ, Kenia Schmidt; SORDI, Mara Regina Lemes de; BARBIERI, Márcia; BOCARDI, Maria Inês Brandão. Um olhar sobre as avaliações de Cursos de Graduação em Enfermagem. **Rev. bras. enferm**; 61(1):46-53, jan.-fev. 2008.

REDE UNIDA. Contribuição para as novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da área da Saúde. 1998. *Revista Olho Mágico*. Disponível em <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/n16/home.htm>, acesso em 21 abr. 2014.

SALES, S.R. Diretrizes curriculares. In: OLIVEIRA, D.A.; DUARTE, A.M.C.; VIEIRA, L.M.F. DICIONÁRIO: trabalho, profissão e condição docente. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010. CDROM

SINAES. Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: Da concepção à regulamentação. 4ª ed., ampl. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2007.

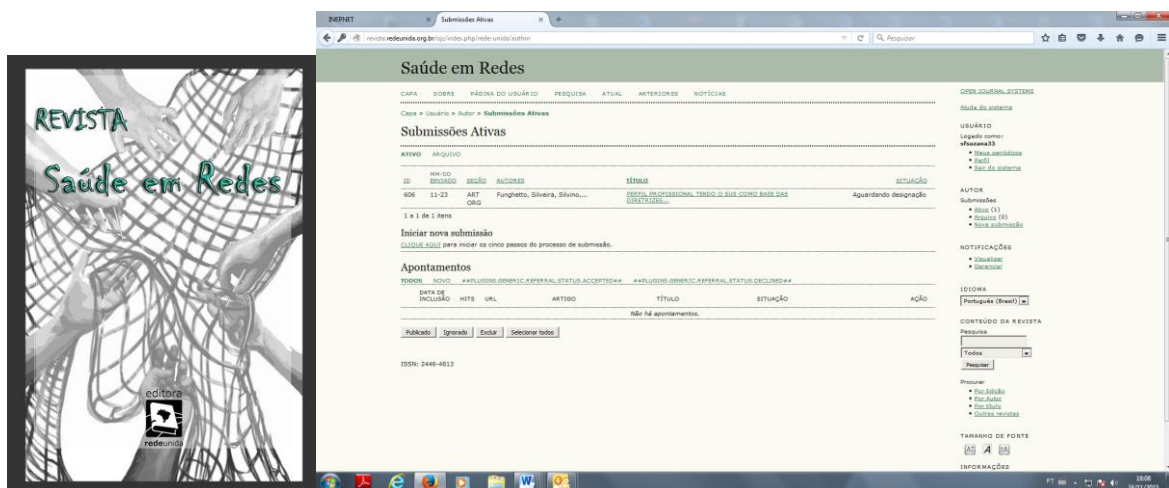
STELLA, R.C.R., and PUCCINI, R.F. A formação profissional no contexto das

Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina. In: PUCCINI, RF., SAMPAIO, L.O., and BATISTA, N.A., orgs. *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social* [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. pp. 53-69.

UNESCO. Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI: Visão e ação. Paris: Conferência Mundial sobre Ensino Superior, 1998.

WINTERS, JRF. FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM PARA O SUS NUMA PERSPECTIVA CRÍTICO E CRIATIVA: visão dos formandos. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. UFSC, 2012.

Figura 14: Página de submissão do artigo na Revista Saúde em Redes



2.6 Artigo 6

Submetido à Rev. Cadernos de Pesquisa Pensamento Educacional; Qualis B2

A FORMAÇÃO DO FARMACÊUTICO TENDO O SUS COMO PRINCÍPIO E A AVALIAÇÃO *IN LOCO* COMO INDUTORA DE QUALIDADE

Autores:
Luiz Henrique Costa¹;
Suzana Schwerz Funghetto²

¹ Farmacêutico. Doutorando pela Universidade de Brasília. Professor da Universidade Regional de Blumenau, Santa Catarina. E-mail: luvizafurb@hotmail.com

² Educadora Especial. Doutoranda do Programa de Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Ciências e Tecnologias em Saúde, da Universidade de Brasília, Campus Ceilândia, Distrito Federal. Coordenadora-Geral de Avaliação dos Cursos de Graduação e Instituições de Ensino Superior. INEP/MEC. E-mail: sfsuzana@gmail.com

Susane Garrido³;
Alexandre Magno Silvino⁴
Margô Gomes de Oliveira Karnikowski⁵

Resumo: A formação profissional vem sendo discutida nos cursos de farmácia com mais amplitude desde a promulgação das diretrizes curriculares em 2002, que priorizou uma formação com competências comuns para área da saúde em que os futuros profissionais sejam capazes de atuar na integralidade da atenção à saúde e em equipe multiprofissional, características exigidas para atender aos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. Outro ponto importante é que a formação profissional deve ser acompanhada por meio da avaliação que induz a qualidade da oferta dos cursos no país. A avaliação *in loco* faz parte de um tripé onde se avaliam cursos, instituições e o desempenho dos estudantes por meio de um exame nacional que compõem o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES. Este artigo tem como objetivo analisar, os dados referentes às avaliações *in loco* ocorridas entre 2012 a 2014 nos cursos de farmácia, tendo como recorte toda a dimensão 1, que trata da organização didático pedagógica *in loco* ocorridas entre 2012 a 2014 nos cursos de Farmácia, tendo como recorte a dimensão de organização didático pedagógica. Para tal o tratamento estatístico foi composto por análises descritivas (tendência central e dispersão) e inferenciais (Kruskall-Wallis e Mann-Whitney) com significância em 95% em dados secundários fornecidos pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira relativos a 117 cursos de Farmácia em diferentes regiões no país.

Palavras-chave: Formação, SUS, avaliação *in loco*, curso de Farmácia.

Abstract

The professional formation has been discussed in the pharmacy courses more broadly since the promulgation of curriculum guidelines in 2002, that prioritized a formation with common competencies to the health areas where the future professionals will be capable to act in the integrality of health attention and in multi-professional equip, characteristic required to attempt the Sistema Único de Saúde – SUS (Health Unique System) principles. Another important point is that the professional formation must be accompanied through the evaluation that induces the quality of the courses offer in the country. The *in loco* evaluation is part of a tripod where evaluating courses, institutions and student performance through a national survey that comprise the Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES (National Higher Education Evaluation

³ Química e Mestre em Educação pela PUCRS - Doutora em Informática na Educação pela UFRGS. Professora e Pesquisadora do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* da UTP (Curitiba) na área de tecnologias da educação, neurocognição e educação à distância. Avaliadora do INEP.

⁴ Psicólogo, mestre e doutor em Psicologia pela Universidade de Brasília. Pesquisador Tecnologista da Coordenação Geral de Avaliação da Diretoria de Avaliação da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação. Brasília, DF. Contato: alexandre.silvino@inep.gov.br

⁵ Farmacêutica. Pesquisadora orientadora do Programa de Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Ciências e Tecnologias em Saúde, da Universidade de Brasília, Campus Ceilândia, Distrito Federal. E-mail: margo@unb.br

System). The purpose of this article is analyze the data relating to assessments *in loco* occurred between 2012-2014 in pharmacy courses, having as cut across dimension 1, which deals with pedagogical educational organization. For such statistical treatment was composed by descriptive analysis (central tendency and dispersion) and inferential (Kruskal-Wallis and Mann-Whitney test) with significance at 95% on secondary data provided by National Institute of Educational Studies and Research Anísio Teixeira for the 117 courses Pharmacy in different regions in the country.

Keywords: Formation, SUS, *in loco* evaluation, pharmacy course.

INTRODUÇÃO

A formação profissional dos cursos de Farmácia tem se constituído, desde a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2002, em um espaço de reflexão sobre a construção do perfil acadêmico e profissional adequado para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo as necessidades de saúde da população brasileira (BRAGA & BUENO, 2009; LEITE, S. N. et all. 2008; Resolução CNE/CES nº 2, de 02/2002; BRASIL,2007). Essas reflexões apontam para discussões pertinentes à qualidade da oferta dos cursos, a questão da expansão da educação superior e a construção de projetos pedagógicos de acordo com o que está descrito nas diretrizes curriculares.

A construção de projetos pedagógicos, de acordo com as DCN, prevê a formação do farmacêutico com forte apelo social, de acordo com o conhecimento científico e tecnológico vigente na área, capaz de garantir o acesso a medicamentos e o desenvolvimento da assistência farmacêutica (SOUSA, BASTOS & BOGO, 2013).

Nesse sentido é primordial verificar como o processo de avaliação pode contribuir para a qualificação na formação acadêmica e profissional do farmacêutico.

Os cursos de Farmácia do setor privado começaram a ser ofertados no ano de 1975 e permaneceram em um crescimento linear até 1996. Contudo, após a publicação da LDB ocorreu um aumento de 1.181%, já que no ano de 1996 eram ofertadas 4.400 vagas e em 2012 são 51.963 vagas. Em 1996, o setor público ofertava 2.576 vagas e em 2012 são oferecidas 5.779, perfazendo um crescimento de 224%. Quanto à oferta de vagas, observa-se que a partir de 1990 houve uma inversão na oferta quando o setor privado passou a predominar sobre o setor público. O aumento do número de cursos pode ser verificado principalmente nas regiões mais ricas do país, por exemplo, na região sudeste onde houve um aumento de 89% (175),

especificamente nas instituições de caráter privado (INEP/MEC, 2012).

Quando se observa o Censo da Educação Superior, (INEP/MEC, 2012), nos anos de 2011 a 2013, houve uma pequena redução no número de cursos de farmácia e um acentuado decréscimo dos concluintes da graduação deste curso no Brasil, conforme dados divulgados pelo INEP em 2014:

Tabela 1 – Número de instituições que ofertam o curso de farmácia, número de alunos matriculados e concluintes, por regiões no período de 2011-2013.

	C. Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Total
2011	54	62	28	223	82	449
Matrículas	11813	14906	6573	55061	14723	103076
Concluintes	2277	1741	944	10988	2800	18750
2012	55	66	29	222	81	453
Matrículas	12176	17003	6738	50139	13788	99844
Concluintes	2153	1789	1092	9209	2600	16843
2013	55	64	27	215	80	441
Matrículas	12914	19510	6113	47944	13176	99657
Concluintes	1521	1730	862	7619	2205	13937

Fonte: INEP, 2014.

A região sudeste é a que mais oferece cursos, com a maior quantidade de matrículas e concluintes, seguida pela região sul, nordeste, centro-oeste e norte. Apesar da redução do número de cursos e concluintes, há uma variação com aumento de matrículas nas regiões centro-oeste e nordeste. Nas regiões Sudeste, Sul e Norte houve uma diminuição do número de matrículas e concluintes. O aumento do número de cursos pode ser verificado principalmente nas regiões mais ricas do país, por exemplo, na região sudeste onde houve um aumento de 89% (175), especificamente nas instituições de caráter privado.

A evidência do número acentuado de cursos nas Regiões Sul e Sudeste reitera dados já conhecidos, que tratam da concentração de cursos e de profissionais nestas regiões. Esta concentração “nas regiões mais desenvolvidas costuma estar relacionada às melhores condições de trabalho decorrentes de maior acesso a serviços especializados e a maior possibilidade de aperfeiçoamento profissional” (VIANA, 2001). As desigualdades regionais também podem ser explicadas pela concentração da população economicamente ativa, o que determina o maior e melhor acesso ao ensino.

Outro ponto que deve ser verificado é a qualidade de oferta para os cursos de

farmácia no Brasil. A qualidade da oferta para a educação superior no Brasil está prevista na Constituição Federal (1988), nas diretrizes curriculares para o curso, de 2002, na Lei 8080/1990 que cria o SUS, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nº 9394/1996, na Lei 10.861/2004 que cria o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), no Decreto 5773/2006, que dispõe sobre os processos de regulação, avaliação e supervisão e na Portaria 40/2007, consolidada em 2010 que descreve o funcionamento dos processos por meio de sistema eletrônico. O SINAES que devem opinar sobre a forma que o curso prepara para o exercício profissional, pois para estes órgãos a atribuição é conferida de “fiscalizar o prevê também a participação dos conselhos profissionais exercício profissional” de acordo com os incisos XXIV e XVI do artigo nº 22 da LDB 9394/96, daqueles que foram considerados pelo MEC/CNE profissionais aptos para o exercício da profissão. No caso dos cursos de farmácia que emite os pareceres opinativos sobre o processo avaliativo do SINAES é o Conselho Federal de Farmácia (CFF) (BRASIL, 1996).

Para o SINAES a avaliação é referencial de qualidade e são avaliadas *in loco* as instituições, os cursos, assim também como o desempenho dos estudantes por meio de um exame nacional, o ENADE. Cabe ao Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP), através da Diretoria de Avaliação da Educação Superior pensar e operacionalizar as avaliações nesse nível de ensino. Ainda dois conselhos ligados ao gabinete do Ministro de Educação são os responsáveis pelo cumprimento e formulação das políticas públicas que refletirão na garantia de instrumentos que medirão a qualidade do SINAES que são a Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES) e o Conselho Nacional de Educação (CNE). Esses conselhos tem a função de realizarem respectivamente a supervisão do SINAES, a aprovação dos instrumentos de avaliação e a formulação de diretrizes curriculares, que são o fio condutor de todo o processo formativo.

Em relação à avaliação *in loco*, a verificação dos procedimentos de aplicação consiste em realizar uma imersão nas instituições de ensino superior (IES) para avaliar o curso a partir de documentos pensados antecipadamente em formulário eletrônico próprio para esse fim, assim também como documentos relevantes disponibilizados na ocasião da visita, e a análise crítica às instalações e das entrevistas com interlocutores chave ao processo. Com base nas informações obtidas os avaliadores, que atuam em comissão, preenchem o instrumento, indicador a indicador, em uma escala intervalar de cinco pontos, sendo 1 o mínimo da escala e 5

o máximo. As comissões devem analisar três dimensões previstas na Lei do SINAES, relativas à Organização Didático-Pedagógica, ao Corpo Social (Docentes, Discentes e Coordenação do curso), e às Instalações Físicas. O diferencial no caso das avaliações de cursos são os desdobramentos dos instrumentos de avaliação, que possuem regras distintas para o ingresso (autorização) e à permanência (reconhecimento/renovação) (BRASIL, 2015).

Gomes, Ortega e Oliveira (2010) comentam sobre esse processo nos cursos de farmácia colocando que a avaliação *in loco* tem um papel importante no aperfeiçoamento dos cursos de graduação e no processo de ensino-aprendizagem, pois permite a verificação dos resultados obtidos e oferece subsídios para a tomada de decisão, visando o seu aperfeiçoamento e qualificação.

As DCN verificadas no processo avaliativo do SINAES para os cursos de farmácia apontam para o processo de construção curricular alinhado com a transformação e organização do processo de formação do farmacêutico dentro de um contexto regional a partir das demandas do SUS. A construção desse currículo deve levar em sua estrutura o contexto social e econômico, as relações de produção e a circulação de mercadorias, tendo como ponto central o medicamento. A formação do farmacêutico deve levar em conta ainda, o grau de desenvolvimento e de dependência da indústria farmacêutica nacional, busca desenvolver competências que possibilitem o desenvolvimento científico e tecnológico na área, assim como o uso racional de medicamentos (CNE/CES, Resolução 2/2002).

Este artigo tem como objetivo relatar, os dados referentes às 117 avaliações *in loco* ocorridas entre 2012 a 2014 nos cursos de farmácia, tendo como recorte a dimensão 1 do instrumento de avaliação. Tal proposição traz a tona uma discussão sobre a formação profissional, a indução da qualidade e o SUS como princípio formativo. Este trabalho é parte de tese de doutorado junto ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

MÉTODO

O estudo caracteriza-se como um estudo exploratório com base em análise documental. Onde entende-se por documentos, como artefatos padronizados na medida em que ocorrem tipicamente em determinados formatos, a exemplo dos

relatórios (WOLFF, 2004). O desenho do estudo demanda a utilização de dados secundários, obtidos através da Diretoria da Educação Superior (DAES) do INEP, por meio dos 117 relatórios de avaliação *in loco* dos atos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento, ocorridos de 2012 a 2014 no curso de Farmácia. Com relação ao Ato Autorizativo, o recorte feito foi para os presenciais, estando distribuído da seguinte forma: autorização (26), reconhecimento (62) e renovação de reconhecimento (29).

Instrumentos:

A Lei 10.861, que criou SINAES, coloca que os instrumentos utilizados no processo de avaliação devem sempre ser acompanhados, aperfeiçoados e integrados a outra lógica que seja capaz de construir um sistema nacional de avaliação da educação superior, articulando regulação e avaliação educativa. (SINAES, 2009; BRASIL, 2007a). O instrumento adotado para as avaliações de cursos é o Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância, adotado até 2015 (IACG, 2012) - disponível na íntegra em (www.inep.gov.br). O IACG 2012 é composto por 63 indicadores, dividido em três dimensões: organização didático-pedagógica (22 indicadores), corpo docente e tutorial (20) e infraestrutura (21). Além dos indicadores há uma seção referente aos requisitos legais e normativos. A média dos valores inseridos por dimensão forma o conceito da dimensão. Uma média ponderada dos conceitos das dimensões, com peso diferenciado em função do ato autorizativo, forma o conceito final que sofre arredondamento para se enquadrar numa escala categórica de cinco pontos.

Esse instrumento foi submetido a uma validação de juízes das diferentes áreas cujos cursos são avaliados. Para tanto, forma-se uma Comissão Técnica composta por representantes dos Conselhos e Associações do Curso, de avaliadores experientes que compõem o Banco de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (BASis) e Pesquisadores do INEP e, finalmente, passa por consulta pública antes da sua aprovação pela CONAES.

Procedimentos: Devido ao objetivo do presente estudo que é a formação do farmacêutico e o perfil do egresso, tendo o SUS como princípio e a avaliação *in loco* como indutora de qualidade, foram comparados os resultados da dimensão 1 e seus indicadores, que foram avaliados os cursos de farmácia pelo IACG (2012).

Uma vez que se buscou identificar a existência de diferença significativa nos escores dados para cada indicador individualmente, na dimensão 1, foi adotado como

variáveis preditoras os cursos e os atos autorizativos. Primeiramente foram analisados como os dados se comportam por meio de medidas de tendência central (média, mediana, moda) e de dispersão (desvio-padrão e variância) e simetria. Como os pressupostos de normalidade e homogeneidade da variância não foram alcançados, mesmo após procedimentos de transformação dos dados, optou-se por adotar teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para identificar as diferenças e como *post hoc* o teste de Mann-Whitney caso a caso, com correção de Bonferroni para controlar o erro de tipo I.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2004, a Lei 10.861, que criou SINAES coloca a qualidade da educação superior como meta que deve ser alcançada por meio da avaliação, como instrumento de política nacional, no âmbito do INEP/MEC (SINAES, 2009; BRASIL, 2006; BRASIL, 2007a). Especificamente para os cursos da saúde, existem diretrizes comuns para a formação profissional, que são baseadas em legislações específicas que articulam a área da educação e da saúde. Ao serem criados e depois avaliados os cursos dessa área devem obedecer aos princípios do SUS em relação à universalidade, equidade e integralidade e a relação teoria e prática. (BRASIL, 1990; BRASIL 2007a; SINAES, 2009) Tais princípios devem ser entendidos no processo avaliativo, pois fornecem elementos que permitem a apreensão da qualidade do curso no contexto da realidade institucional, no sentido de formar cidadãos conscientes e profissionais responsáveis e capazes de realizar transformações sociais (GRIBOSKI, 2014).

Os resultados encontrados nos relatórios de avaliação podem ser verificados nas três dimensões do Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação (IACG) 2012 do SINAES. É importante destacar que desde sua criação o SINAES teve diferentes momentos e instrumentos avaliativos, que vão desde o seu processo de implementação com a criação do primeiro instrumento avaliativo para os atos de reconhecimento e renovação de reconhecimento, a constituição do banco de avaliadores (2006 a 2008), a construção de 12 outros instrumentos para os diferentes atos autorizativos com diferentes conceitos para escala 1 a 5, sendo que havia instrumentos específicos para Medicina, Direito e Licenciaturas (2009 a 2010) e por último o instrumento matricial (IACG, 2012) para os diferentes atos, com o mesmo conceito para a escala de 1 a 5 (FUNGHETTO e GRIBOSKI, 2011).

A dimensão 1 enfoca a dimensão organização didático pedagógica, onde são

avaliados todos os indicadores referentes ao projeto pedagógico, perpassando por sua concepção e consolidação. É nessa dimensão que podemos verificar a qualidade da formação acadêmica e a relação com o disposto nas diretrizes com o perfil profissional traçado pela instituição. Nesse sentido, para analisar a formação do farmacêutico nessa dimensão, os avaliadores também devem aferir a qualidade do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e das diretrizes curriculares, que enfocam os princípios do SUS no processo formativo.

Dos 22 indicadores para essa dimensão, alguns não são avaliados para os cursos de farmácia, uma vez que a matricialidade do instrumento permite alguns indicadores específicos para as Licenciaturas, Medicina e Direito, tais como: 1.19 Integração com as redes públicas de ensino; 1.21 Ensino na área de saúde e 1.22 Atividades práticas de ensino.

Os indicadores que foram avaliados no curso de farmácia nessa dimensão foram: 1.1 Contexto educacional; 1.2 Políticas institucionais no âmbito do curso; 1.3 Objetivos do curso; 1.4 Perfil profissional do egresso; 1.5 Estrutura curricular; 1.6 Conteúdos curriculares; 1.7 Metodologia; 1.8 Estágio curricular supervisionado; 1.9 Atividades complementares; 1.10 Trabalho de Conclusão de Curso (TCC); 1.11 Apoio ao discente; 1.12 Ações decorrentes dos processos de avaliação do curso; 1.13 Atividades de tutoria; 1.14 Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) no processo ensino-aprendizagem; 1.15 Material didático institucional; 1.16 Mecanismos de interação entre docentes, tutores e estudantes; 1.17 Procedimentos de avaliação dos processos de ensino-aprendizagem; 1.18 Número de vagas e 1.20 Integração com o sistema local e regional de saúde e o SUS.

A tabela 2 a seguir demonstra os dados:

Tabela 2 - Indicadores de Avaliação de Cursos de Graduação, referente a Dimensão 1, no período de 2012-2014, por ato autorizativo.

Indicadores	AUTORIZAÇÃO (n =)			RECONHECIMENTO (n =)			RENOVAÇÃO DE RECONHECIMENTO (n =)		
	MÉDIA	MED*	DP**	MÉDIA	MED*	DP**	MÉDIA	MED*	DP**
1.1	3,58	4	0,70	3,68	4	0,72	3,28	3	0,59
1.2	3,27	3	0,53	3,19	3	0,65	3,21	3	0,56
1.3	3,35	3	0,63	3,44	3	0,64	3,28	3	0,65
1.4	3,31	3	0,55	3,37	3	0,63	3,24	3	0,64
1.5	3,42	3	0,58	3,23	3	0,71	3,31	3	0,66
1.6	3,38	3	0,57	3,44	3	0,64	3,31	3	0,54

1.7	3,35	3	0,49	3,44	3	0,69	3,24	3	0,58
1.8	3,27	3	0,72	3,35	3	0,73	3,48	3	0,78
1.9	3,38	3	0,57	3,63	4	0,71	3,55	4	0,78
1.10	3,46	3	0,58	3,65	4	0,68	3,62	4	0,68
1.11	3,46	3	0,65	3,76	4	0,74	3,55	4	0,87
1.12	3,38	3	0,57	3,37	3	0,85	3,31	3	0,76
1.13				4,00	4		2,67	3	0,58
1.14	3,50	3,5	0,51	3,58	4	0,82	3,76	4	0,51
1.15				2,50	2,5	0,71	4,50	4,5	0,71
1.16				3,00	3	0,00	3,00	3	
1.17	3,35	3	0,49	3,63	3	0,68	3,59	4	0,63
1.18	2,96	3	0,45	3,55	3	0,90	3,62	3	0,73
1.19									
1.20	3,67	4	0,58	3,56	4	1,21	3,00	3	
1.21									
1.22									

Fonte: INEP, 2014.

*MED: Mediana **DP: Desvio Padrão

Entre os resultados encontrados o que chama a atenção na dimensão 1 é que a média mais encontrada nos indicadores é o conceito 3, primeiro nível satisfatório do SINAES. Em relação à escala avaliativa não são observados os conceitos 1 (não existe/não atende) e 5 (excelente). Ao verificarmos as medianas majoritariamente aparecem os conceitos 3 e 4. Nessa dimensão o conceito 3 é o mais evidente o que demonstra que os projetos pedagógicos dos cursos de farmácia, independente do ato autorizativo que foram avaliados seguem o que está descrito nas diretrizes curriculares do curso, mantendo as características dos cursos descritas que preveem a integração ensino – serviço, bem como, o desenvolvimento de competências para atuarem no SUS. Porém não há inovação em relação a cursos que ultrapassem o descrito nas DCN.

Braga (2012) coloca que apesar das Diretrizes Curriculares enfatizarem a necessidade de aproximar o discente da realidade na qual ele vai atuar, o direcionamento dos projetos pedagógicos para a excelência tecnológica dos produtos farmacêuticos ou alimentícios, das análises e demais atividades desenvolvidas, evidenciam um afastamento do discurso sobre a inserção de tais produtos e serviços na área da atenção à saúde dos indivíduos e das coletividades humanas e relação com a formação para o SUS. Tal situação, também pode ser evidenciada em relação ao número de vagas, verificado no IACG 2012, nos diferentes atos autorizativos.

Em relação ao processo de autorização verificamos que no indicador 1.18- Número de vagas a média é 2,93 (desvio-padrão 0,45) e mediana 3, o que sugere uma tendência diferente que faz sentido associar a uma discrepância entre o planejado no PPC e o executado pelos gestores, repercutindo na qualidade da oferta.

Em relação ao ato de reconhecimento chama a atenção o fato dos indicadores da modalidade à distância serem avaliados (1.13, 1.15 e 1.16), uma vez que somente é possível pela legislação vigente oferecer até 20% da carga horária do curso a distância em cursos com a portaria de reconhecimento.

Em relação ao processo de reconhecimento, tem-se a interferência de 4 indicadores referentes ao uso de tecnologias, com a finalidade de potencializar um início para a modalidade da educação à distância devidamente descrita no Decreto 5.622, com o uso dos 20% da modalidade nos currículos de graduação presencial. O uso dos 20%, embora tenha nascido com a pretensão da EAD onde o percentual significava “um dia, de 5 dias na semana, onde o aluno não iria presencialmente à universidade”, acabou sendo na verdade, um exercício didático-pedagógico para a inserção de tecnologias de todas as naturezas, com aulas veiculadas por material impresso, vídeos, aulas via satélite e internet, com mobilidade em diversas plataformas, dentre outras..

O uso de interfaces como as citadas anteriormente corrobora na concepção de formações profissionais para farmácia que podem vir a se virtualizar quando as necessidades existirem ou quando, o ferramental tecnológico passa a ser intrínseco ao próprio processo de formação, por apresentar instrumentos ou soluções para inovações em qualquer área.

No caso da área de Saúde, na medida em que experimentações podem ser feitas à distância, simulações suplantam testagens de risco ou invasivas, manipulações de espectro amplo realizam-se pela robótica, e videoconferências passam a ser ferramentas de cooperação mundial compartilhando análises e resultados on time, está-se diante de um cenário que precisa resistir menos a esses usos, e utilizá-los mais, já nas formações desses profissionais a fim de se garantir uma Saúde de ponta para o Brasil das próximas gerações.

Como na autorização, a maioria das médias permanece próximo ao valor 3. Contudo, as medianas sugerem um melhor desempenho dos cursos para o ato de reconhecimento. Merece destaque o indicador 1.15 que apresentou média 2,50 (desvio-padrão 0,71) e mediana 2,5 o que pode caracterizar pouca afinidade com

entendimento da modalidade de educação a distância, o uso de novas tecnologias do curso e a falta de conhecimento da legislação em relação ao oferecimento da oferta do curso em EAD.

O ato renovação de reconhecimento seguiu um padrão muito semelhante ao reconhecimento, com médias variando entre 3,21 e 3,76 e com seis indicadores com medianas maior/igual a quatro.

A Tabela 2 mostra os resultados do teste Kruskal-Wallis para a diferença entre atos autorizativos na dimensão da Organização Didático-Pedagógica.

Tabela 3 - Teste Kruskal-Wallis para o Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação, referente a Dimensão 1, no período de 2012-2014.

Indicadores	Análise Mann-Whitney, com correção de Bonferroni
1.1	H(2) = 5,82, p<0,05
1.2	H(2) = 0,305, p>0,05
1.3	H(2) = 0,549, p>0,05
1.4	H(2) = 0,413, p>0,05
1.5	H(2) = 1,603, p>0,05
1.6	H(2) = 0,845, p>0,05
1.7	H(2) = 1,675, p>0,05
1.8	H(2) = 0,960, p>0,05
1.9	H(2) = 2,498, p>0,05
1.10	H(2) = 1,294, p>0,05
1.11	H(2) = 3,883, p>0,05
1.12	H(2) = 0,562, p>0,05
1.13	H(2) = 2,000, p>0,05
1.14	H(2) = 2,598, p>0,05
1.15	H(2) = 2,400, p>0,05
1.16	H(1) = 0,000 p>0,05
1.17	H(2) = 3,204, p>0,05
1.18	H(2) = 13,40, p<0,01
1.19	Não se aplica ao curso de Farmácia
1.20	H(2) = 0,863, p>0,05
1.21	Não se aplica ao curso de Farmácia
1.22	Não se aplica ao curso de Farmácia

Fonte: INEP, 2014

Verificou-se que apenas os indicadores 1.1 (Contexto Educacional) e 1.18 (Número de Vagas) apresentaram diferença significativa. Para testar entre qual dos atos, foi adotada análise Mann-Whitney, com correção de Bonferroni. Em ambos os casos a diferença foi entre autorização e renovação de reconhecimento – U = 240 (p<0,01) e U = 197,5 (p<0,01) respectivamente.

O que pode explicar esse fato em relação aos atos autorizativos é que o indicador 1.1, ao ter como critério de análise o contexto educacional tanto os avaliadores como os projetos pedagógicos, tendem a ser descritivos em relação ao porque do curso existir, estar implementado ou consolidado de acordo com as demandas regionais e as necessidades de atendimento provocadas pelo SUS.

Com relação ao indicador 1.18 estima-se que a diferença seja em função do que foi planejado na autorização para o tamanho do curso e o que foi consolidado na renovação de reconhecimento.

Como todos os indicadores avaliados no curso de Farmácia estão interligados a construção, implantação e consolidação do projeto pedagógico podemos inferir pelos resultados encontrados que não há um consenso sobre o processo formativo uma vez que apenas o cumprimento das DCN de Farmácia centrados no conceito 3 não expressam a necessidade da área em relação a uma formação que contemple a saúde individual e coletiva de acordo com os princípios do SUS.

Tal situação pode ser explicada não só pela falta de inovação nos projetos pedagógicos, mas o pouco entendimento por parte das instituições do verdadeiro papel do instrumento de avaliação como indutor de qualidade para o curso de farmácia. Há de considerar também que os pesos do IACG 2012 para a autorização e os demais atos são diferentes. Para o processo de autorização há um peso maior na dimensão 3 que é infraestrutura. Para os outros atos o peso maior está no desenvolvimento e consolidação do projeto pedagógico. Nesse sentido todos os indicadores que apresentam significância demonstram para os atos de reconhecimento e renovação de reconhecimento os projetos pedagógicos, a luz das diretrizes curriculares dos cursos de farmácia necessita de um investimento por parte das IES em relação ao processo de implantação do que está proposto e do que está realmente sendo executado no processo formativo. Apesar de todas as políticas de saúde colocar inferências ao processo de formação do farmacêutico conteúdo relativo à atenção a saúde, medicamentos; assistência farmacêutica; atenção básica; humanização, gestão dos serviços de saúde, parece de acordo com os dados apresentados, estar discrepante em relação a uma unanimidade do processo formativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação do farmacêutico tendo como princípio o SUS e a avaliação do

SINAES como centro do processo avaliativo e indutor de qualidade, tem como bases as DCN e os projetos pedagógicos dos cursos.

Essas características impõem ao processo avaliativo uma permanente discussão entre a indução e o que é qualidade na formação. Essa discussão deve trazer a tona a realidade e a missão de cada instituição e de cada curso, ressaltando o que há de comum e universal na educação superior e as especificidades da área da Farmácia.

De maneira geral, o SINAES se propõe a articular de forma coerente, as concepções, os objetivos, as metodologias, as práticas, os agentes de comunidade acadêmica e as instâncias do governo em torno do processo de formação.

O instrumento de avaliação, principal agente indutor de qualidade, tem o papel de fazer o curso se colocar frente ao processo avaliativo e impõem aos avaliadores o reconhecimento das peculiaridades da formação profissional, por meio de visitas de comissões externas.

O estudo demonstrou que os indicadores do IACG 2012, da dimensão 1 são importantes para uma reflexão sobre os rumos da educação farmacêutica no Brasil e se a atual política induzida pelas diretrizes curriculares atende, no tocante à área da Farmácia, às necessidades de saúde no Brasil.

É preciso cada vez mais trazer a tona os resultados da avaliação *in loco*, analisar seus indicadores e a realidade da formação no país para o curso farmácia.

REFERÊNCIAS

1. BRAGA, M.H. & BUENO, D. (2009). II Fórum Nacional de Educação Farmacêutica. A Formação do Farmacêutico, o SUS e a Cadeia Produtiva Farmacêutica. Abenfar. Juiz de Fora. Editora: UFJF.
2. LEITE, S. N., NASCIMENTO, J. R. M., COSTA, L. H. & BARBANO, D. B. (2008). I Fórum Brasileiro de Educação Farmacêutica: O farmacêutico que o Brasil precisa. Interface – Comunicação, Educação e Saúde, 12 (25): 461-462.
3. BRASIL. (2002). Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002 que institui as diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Brasília: Conselho Nacional de Educação.
4. BRASIL (2007). I Fórum de Educação Farmacêutica: O Farmacêutico de que o Brasil necessita. Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico. Brasília: Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde.

5. SOUSA, Iane; BASTOS, Paulo Roberto; BOGO, Danielle. Diretrizes curriculares nacionais: Desafios na formação dos farmacêuticos para atuação no Sistema único de Saúde. Ver Bras. Pesq. Saúde: Vitória: 15(1):129-134, jan-mar, 2013.
6. VIANA, S.M.; et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224p.
7. INEP/MEC. (2015). Banco de Dados (Planilha Excell). Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais. Ministério da Educação.
8. BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Dez, 1996.
9. Brasil. (2015). Avaliação dos Cursos de Graduação. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais / Ministério da Cultura e Educação. <http://portal.inep.gov.br/superior-condicoesdeensino>. Acesso em 3 de outubro de 2015.
10. GOMES, AJ P S; ORTEGA, L.; Nascimento and OLIVEIRA, D G. Dificuldades da avaliação em um curso de farmácia. Avaliação (Campinas) [online]. 2010, vol.15, n.3, pp. 203-221. ISSN 1414-4077.
11. WOLFF, S. (2004). Analysis of documents and records, In U. Flick, E.v. Kardoff and I. Steinke (eds), A Companion to Qualitative Research. London. SAGE. Pp.284-290. In. U. Flick (2009): Introdução a Pesquisa Qualitativa, 3ª edição. Artmed.
12. SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: da concepção à regulamentação / [Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira]. – 5. ed., revisada e ampliada – Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2009.
13. BRASIL. Portaria Normativa nº 2, de 10 de janeiro de 2007. Dispõe sobre os procedimentos de regulação e avaliação da educação superior na modalidade à distância. Jan, 2007a.
14. BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP). Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância. Brasília, DF: INEP, 2012. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_superior/avaliacao_cursos_graduacao/instrumentos/2012/instrumento_com_alteracoes_maior_12.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2013.
15. BRASIL. Ministério da Educação Instrumento de avaliação de cursos de graduação. – Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

16. BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outra providência. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.
 17. GRIBOSKI, Claudia Maffini. Regular e/ou induzir qualidade? os cursos de pedagogia nos ciclos avaliativos do Sinaes. 2014. xx, 482 f., il. Tese (Doutorado em Educação)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
 18. FUNGHETTO, Suzana Schwerz; GRIBOSKI, Cláudia Maffini. Reformulação dos Instrumentos de Avaliação dos Cursos de Graduação da Educação Superior para Operacionalização do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior -Sinaes. Brasília, DF, 2011. Nota Técnica. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/guest/nota-tecnica1>>. Acesso em: 12 jul. 2015
 19. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006a 162 p.: il.
 20. BRAGA, Maria Helena. CENÁRIO ATUAL DAS COMPETÊNCIAS GERAIS NA FORMAÇÃO DOS FARMACÊUTICOS. VIII Encontro Nacional de Coordenadores de Cursos de Farmácia, I Encontro de Cursos de Farmácia, Brasília DF. 2012.
-

Figura 15: Artigo submetido aos Cadernos de Pesquisa Pensamento Educacional – Qualis B2



3. DISCUSSÃO GERAL E CONCLUSÕES

Para essa parte iremos tecer alguns comentários referentes à construção dos seis artigos, observando que foi o objetivo geral verificar os elementos de indução da qualidade e do potencial formativo das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Saúde a partir dos relatórios da avaliação *in loco* tendo como recorte o *perfil profissional e os princípios do SUS*. Dessa forma, esta seção integra todas as partes precedentes e os detalhes da execução da tese que não estão contidos nos artigos científicos.

O desenho do estudo adotou uma base teórica para o cumprimento dos objetivos específicos bem como a utilização de dados secundários^{pp} obtidos via DAES do INEP em dezembro de 2014, referentes a 1048 avaliações *in loco* dos atos autorizativos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento, ocorridas de 2012 a 2014. Nesse contexto foram delineados e submetidos seis artigos para publicação.

Os artigos^{qq} 1, 2, 3 e 6 foram construídos para abarcarem as questões basilares em relação ao SINAES, *a política de avaliação na área da saúde, os conceitos centrais das DCN na formação, a expansão da educação superior e a indução da qualidade*, a formação do farmacêutico tendo como *princípio a avaliação*. Eles atendem aos objetivos específicos de analisar os aspectos das DCN dos cursos da saúde na perspectiva da política de avaliação enquanto indutora da qualidade e a identificar dos pilares comuns constantes nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Saúde no Brasil.

Os artigos 4 e 5 buscaram atender aos outros objetivos específicos de verificar a organização didática dos cursos da área da saúde revelada pela análise dos indicadores do instrumento avaliativo matricial do relatório da avaliação *in loco* e seus reflexos no processo formativo e de relacionar a concepção de perfil profissional da área da saúde descrita nas diretrizes curriculares nacionais e os resultados obtidos na avaliação *in loco* previstos pelo SINAES.

Para que esses dois objetivos fossem alcançados foi necessária uma imersão em relação ao processo avaliativo do SINAES para compreendermos as questões pertinentes à avaliação *in loco* tendo como balizador o Instrumento de

^{pp} Em anexo, encontra a autorização concedida pela DAES para utilização dos dados secundários.

^{qq} Os artigos submetidos/aceitos/publicados estão no descritos no Capítulo 2 da tese.

Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância (EAD) adotada até abril de 2015 (IACG 2012).

A dimensão 1 do IACG 2012 tem 22 indicadores, sendo 3 indicadores para EAD, 1 para licenciatura e 3 obrigatórios para o curso de Medicina, que não se aplicam (NSA) a todos os cursos da saúde. Por isso, optamos por utilizar somente os indicadores que tinham similiaridade em relação à construção do perfil profissional de acordo com as DCNAS.

Foram estudados os indicadores 1.1 contexto educacional, 1.2 políticas institucionais no âmbito do curso, 1.3 objetivos do curso, 1.4 perfil do egresso, 1.5 estrutura curricular, 1.6 conteúdos curriculares, 1.7 metodologia, 1.8 estágio curricular supervisionado, 1.9 atividades complementares, 1.10 trabalho de conclusão de curso, 1.11 apoio ao discente, 1.12 ações decorrentes aos processos de avaliação do curso, 1.14 tecnologias da informação e comunicação, 1.17 processos de avaliação da aprendizagem e 1.18 número de vagas.

Apesar do indicador 1.20 focar a integração com o sistema local e regional de saúde e o SUS, ser obrigatório para cursos de Medicina, não se aplicou à avaliação para cursos da saúde que não prevem tal ação de integração com o SUS, não foi possível observar o comportamento desse indicador nas 1.048 avaliações, independente do ato autorizativo. Essa condição fez com que excluíssemos esse indicador da análise proposta.

Os indicadores 1.1, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.14, 1.17 e 1.18. tem como base as DCNAS e os princípios do SUS. O conjunto desses indicadores deve expressar os conhecimentos e saberes considerados necessários à formação das competências estabelecidas a partir do perfil do egresso. Os indicadores 1.2, 1.11, 1.12 e 1.18 se relacionam com o PDI, as políticas institucionais e com a concepção da criação dos projetos pedagógicos cursos da saúde. O indicador 1.18 verifica os critérios quanto à qualidade de curso e sua oferta.

Foram feitas análises descritivas de tendência central (média, mediana e moda) e dispersão (desvio padrão) para compreensão do fenômeno estudado. A fim de testar uma possível diferença significativa considerando como variáveis independentes/preditoras o ato autorizativo e o curso foi realizado teste de Kruskal – Wallis e como *post hoc* o teste Mann-Whitney, com correção de Bonferroni.

Os dados quantitativos extraídos em relação aos relatórios de avaliação dos cursos de Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia,

Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional são importantes para o conhecimento do comportamento dos indicadores em relação ao processo avaliativos dos atos autorizativos.

O SINAES articula que a avaliação seja qualitativa e quantitativa. O IACG 2012 prevê um espaço intitulado relato global da dimensão para que os avaliadores justifiquem cada conceito aferido por indicador e por dimensão. Porém, não foi possível utilizar essa avaliação qualitativa, pois nas descrições referentes aos indicadores e às dimensões faltaram elementos que caracterizassem os conceitos aferidos.

Os dados inéditos demonstrados na tese em relação aos indicadores apontam para necessidade de divulgação de todos os resultados obtidos, uma vez que o processo de avaliação municia a formulação e redimensionamento de políticas públicas para a formação em saúde.

Os resultados apresentados demonstram que o conceito 3, primeiro nível satisfatório do SINAES, é aferido na avaliação. Isso demonstra que as DCN estão cumprindo o seu papel em relação a indução da qualidade. Porém, verificou-se o retrato apresentado não apresenta inovações frente aos projetos pedagógicos e aos planos de desenvolvimento institucionais.

A formação do profissional da saúde deve atender aos preceitos do SUS, a partir de projetos pedagógicos alinhados às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, a definição de um perfil que atenda as reais necessidades de saúde, no dia a dia do SUS, necessita de uma formação adequada ao cuidado, mas também a ressignificação do compromisso com a gestão, com o trabalho em equipe, com as instituições formadoras, com os conselhos de classe e com o controle social. Os resultados demonstraram também que a inovação tão sonhada na formação advém de um entendimento e maturação dos cursos relação ao proposto nas DCN e verificada na avaliação *in loco*.

Os dados comprovam também a importância de que esse profissional da saúde, dentro dos princípios do SUS tem uma formação comum, conforme as DCNAS, com ênfase no cuidado e na atenção uma vez que a formação deve criar espaços que propiciem aos alunos para atuação no sistema. Se a formação dos futuros agentes do SUS não estiver voltada para que tais objetivos sejam alcançados, o enfraquecimento do sistema se torna palpável no que diz respeito a um de suas principais dimensões, que é formar o profissional.

Outro fator registrado a partir da análise dos dados é a necessidade de internalização tanto das DCN como do processo avaliativo no dia a dia dos cursos. Porém, essa situação só será possível quando forem disponibilizados todos os dados referentes às avaliações para que se reconheça a diversidade proposta pelo SINAES, em relação à formação.

Uma das contribuições dessa pesquisa se volta à necessidade de tornar público todos os resultados das avaliações realizadas. Um formato abrangente, possível é a criação de um portal onde possam ser acessados e comparados todos os indicadores. Essa sugestão além de demonstrar como está ocorrendo à formação em saúde no país pode proporcionar uma série de novos questionamentos em relação ao processo formativo, oferecendo mais subsídios para os processos decisórios por parte dos estudantes e suas famílias, das instituições e do público em geral quanto à realidade dos cursos.

Os estudos que compõem esta tese trabalharam micro dados inéditos de maneira exaustiva na área da saúde. Como sugestão de agenda de estudo propõe-se a replicação dessas análises para as demais áreas do conhecimento e a incorporação dos aspectos qualificadores para a compreensão das tendências apontadas na pesquisa. Outra agenda a ser considerada no cenário geral da avaliação da Educação Superior no Brasil é o investimento em estudos para a construção, revisão e validação dos instrumentos de avaliação.

Por fim, esse trabalho ao se preocupar com a formação, abre espaços para uma nova concepção, onde a ciência e tecnologia aplicada à saúde, beneficiada por meio de currículos inovadores devem transformar a área e melhorar o atendimento e as reais condições de saúde da população.

4. REFERÊNCIAS

1. UNB/PPGCTS. Normas para preparo da dissertação ou da tese para obtenção do título de mestre ou de doutor. Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. Universidade de Brasília. 2012.
2. Dias Sobrinho J. Avaliação ética e política em função da educação como direito público ou como mercadoria? [internet]. Educação & Sociedade. 2004 [acesso em maio de 2015]; 25(88): 703-25. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>.
3. Curi LRL. O paradoxo da qualidade: avaliação do ensino superior no Brasil [tese]. Campinas (SP): Unicamp; 2011.

4. Griboski CM, Funghetto SS. O Sinaes e a qualidade da educação. Rev. Retratos da Escola. 2013; 7(12): 49-63.
5. Griboski CM. Regular e/ou induzir qualidade? Os cursos de Pedagogia nos ciclos avaliativos do Sinaes. [tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2014.
6. Cavalcante LPF, Mello MA. Avaliação da aprendizagem no ensino de graduação em saúde: concepções, intencionalidades, reflexões. Avaliação [Internet]. 2015 [acesso em 27 Nov. 2015]; 20(2): 423-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772015000200423&lng=en&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.590/S1414-40772015000200008>.
7. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
8. Marback Neto G. A gestão do ensino superior em xeque. Diálogo Educacional. 2005; 5(16): 281-92.
9. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. SINAES Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: Da concepção à regulamentação. 4.ed. ampl. Brasília: INEP; 2007.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
12. BRASIL. Lei nº 10 861, de 14 de abril de 2004. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES. Disponível em: http://inepnet/superior/avaliacao_institucional/legislacao.htm.
13. Funghetto SS, Griboski CM. Reformulação dos Instrumentos de Avaliação dos Cursos de Graduação da Educação Superior para Operacionalização do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - Sinaes. Nota Técnica. Brasília: INEP; 2011. [Acesso em: 12 jul. 2015]. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/quest/nota-tecnica1>.
14. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância. Brasília: INEP, 2015. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_superior/avaliacao_institucional/instrumentos/2014/instrumento_institucional.pdf.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Cartilha do Servidor. Brasília: MS, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_servidor_p1.pdf.
17. Oliveira ER, Codato LAB, Massaoka ST, Gabriel M. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: formação baseada nos pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais. Revista da ABENO. 2011(1): 43-46.
18. Brasil. Lei nº 8080/90 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 Set 19.
19. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES nº 1133, de 7 agosto de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Diário Oficial da União. 2001 Out 3.
20. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES nº 1300 de 06 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Farmácia e Odontologia. Diário Oficial da União. 2001.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Humaniza SUS. Referência e Contra-Referência. [internet] Brasília (DF); 2011. [acesso em 15 mar 2014]. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/131>.
22. Dias VA. Referência e contrarreferência: um importante sistema para complementaridade da Integralidade da assistência [Monografia]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
23. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Normativa n.º 40, de 12 de dezembro de 2007, consolidada em 29 de dezembro de 2010. Institui o e-MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação, avaliação e supervisão da educação superior no sistema federal e dá outras disposições. Brasília (DF); 2010.
24. Durham ER. A autonomia universitária – extensão e limites [internet]. 2005 [acesso em 29 Abr 2015]. Disponível em: <http://www.usp.br/iea/ensinosuperior/confdurham.html>
25. Cunha LA. Autonomia universitária: teoria e prática [internet]. Buenos Aires: Universidad e investigación científica. 2006 Nov. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/secret/vessuri/Luiz%20A%20Cunha%20.pdf>
26. Durham ER. O ensino superior no Brasil: público e privado. USP: NUPES; 2003.
27. Favero MLA. A universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968 [internet]. Educ. rev. 2006 Dez [acesso em 19 Nov 2015]; 28: 17-36. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602006000200003&lng=en&nrm=iso .

28. Martins CB. Pós-graduação no contexto do ensino superior brasileiro. In: Morhy L (Org.) Universidade em Questão. Brasília: UnB; 2003; v1.
29. Santos AP, Cerqueira EA. Ensino superior: trajetória histórica e políticas recentes. In: IX Colóquio Internacional sobre Gestão Universitária na América do Sul. Florianópolis: UFSC; 2009. p.1-17.
30. Schartzmann S. Formação da comunidade científica no Brasil. São Paulo: Companhia Editora Nacional e Finep; 1979.
31. Mendonça EF. A regra e o jogo – Democracia e patrimonialismo na educação brasileira. Campinas: FE/UNICAMP; 2000.
32. Cunha LA. A universidade temporã. 2.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1980.
33. Cunha LA. A universidade crítica: o ensino superior na República populista. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves; 1983.
34. Saviani D. História das Ideias Pedagógicas no Brasil. Campinas: Autores Associados; 2008.
35. Zanetti MA. Política educacional e LDB: algumas reflexões. Revista Livre Filosofar. Londrina: Vozes; 1997.
36. Brasil. Ministério da Educação. Instrumento de avaliação de cursos de graduação. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.
37. Vieira RBB. Educação Superior no contexto nacional: políticas, tensões e desafios [internet]. 2003 [acesso em 10 Nov 2015]. Disponível em: https://cavi.prodirh.ufg.br/up/65/o/politicas_ppgfe.pdf .
38. Chauí M. A universidade pública sob nova perspectiva [internet]. Rev Bras Educ. 2003 [acesso em 29 Nov 2015]; 24: 5-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782003000300002&lng=en&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782003000300002>.
39. Santos BS. A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipação da universidade. São Paulo: Cortez; 2004.
40. Oliveira JF. A reestruturação da educação superior no Brasil e o processo de metamorfose das universidades federais: o caso da Universidade Federal de Goiás(UFG) [Tese]. São Paulo: FE/USP. 2000.
41. Catani A, Dourado LF, Oliveira JF. A política de avaliação da educação superior no Brasil em questão. In: Dias Sobrinho J, Ristoff DI. Avaliação democrática para uma universidade cidadã. Florianópolis: Insular; 2002. p.99-118.

42. Sguissard V. Universidade pública estatal: entre o público e privado/mercantil. *Educação e Sociedade*. 2005; 26(90): 191-222.
43. Barreyro G, Rothen JC. "SINAES" contraditórios: considerações sobre a elaboração e implantação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior. *Educação e Sociedade*. 2006; 27(96): 955-77.
44. Souza PNP. História sumária do ensino superior brasileiro. In: _____. *LDB e educação superior: estrutura e funcionamento*. 4.ed. rev. e ampl. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2006. p.7-18.
45. Brasil.: Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases – LDB [internet]. Casa Civil/Presidência da República; 1996. [acesso em 10 Out 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm.
46. Brasil. Lei nº 9.448, de 14 de março de 1997. Transforma o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP em Autarquia Federal, e dá outras providências. 1997.
47. Brasil. Ministério da Educação. Portaria MEC/SESu nº 11 de 28 de abril de 2003. Institui a Comissão Especial da Avaliação da Educação Superior. 2003.
48. Delors J. Educação um tesouro a descobrir. Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI. 6.ed. São Paulo: Cortez; 2001.
49. Arendt H. *Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft*. 9.ed. Munique: Piper; 2003.
50. House ER. *Evaluación, ética y poder*. 3.ed. Madrid: Morata; 2000.
51. Weber S. Avaliação e regulação na educação superior: conquistas e impasses. *Educ Soc Campinas*. 2010; 31(113): 1247-69.
52. House ER. Tres perspectivas de la innovación educativa: tecnológica, política y cultural. *Revista de Educación*. 1992; 286: 3-34.
53. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Brasil), Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes). *Avaliação in loco: referenciais no âmbito do Sinaes*. Brasília: INEP; 2015. 5 v.
54. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Instrumento de Avaliação de cursos de graduação*. INEP; 2012.
55. Scliar M. História do Conceito de Saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 2007; 17(1): 29-41.
56. Feuerwerker LCM, Almeida M, Llanos CM, org. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. Tomo 1-Um olhar analítico. 2.ed. São Paulo: Hucitec/Buenos Aires: Lugar

Editorial/Londrina:UEL; 2004.

57. Brasil. Lei 9.131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 25 nov 1995.
58. Cavalcanti YW, Cartaxo RO, Lima AA, Padilha WWN. Formação para o SUS e as perspectivas de atuação profissional em Odontologia. In: XIII Mostra de Iniciação Científica em Odontologia. Rev Inic Cient em Odont. 2008 Jul/Dez; 6(2).
59. Gonze GG. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas. [dissertação]. Juiz de Fora (MG): UFJF; 2009.
60. Unesco. Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI: Visão e ação. Paris: Conferência Mundial sobre Ensino Superior; 1998.
61. Lima MC, Maranhão CMSA. O sistema de educação superior mundial: entre a internacionalização ativa e passiva [internet]. Avaliação (Campinas). 2009 Nov [acesso em 29 Nov 2015]; 14(3): 583-610. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772009000300004&lng=pt&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772009000300004>.
62. Sales SR. Diretrizes curriculares. In: Oliveira DA, Duarte AMC, Vieira LMF. Dicionário: trabalho, profissão e condição docente [CDROM]. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação; 2010.
63. Stella RCR, Puccini RF. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina. In: Puccini RF, Sampaio LO, Batista NA. A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social. São Paulo: Unifesp, 2008. p. 53-69.
64. Bauman Z. Modernidade e ambivalência. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; 1999.
65. Niemeyer F, Silva KS, Kruse MHL. Diretrizes curriculares de enfermagem: governando corpos de enfermeiras. Texto contexto-Enferm. 2010; 19(4): 767-73.
66. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n. 776 de 3 de dezembro de 1997. Orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação. Brasília (DF): MEC; 1997.
67. Brasil, Secretaria de Educação Superior. Edital nº 4 /97. Torna público e convoca as Instituições de Ensino Superior a apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores, que serão elaboradas pelas Comissões de Especialistas da SESu/MEC [internet]. 1997. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf>
68. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 2/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Diário Oficial da União. 4 de Março de 2002; Seção 1, p.9.

69. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União. 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p.37.
70. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 4/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 9 de novembro de 2001. Seção 1, p.38.
71. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 5/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Diário Oficial da União. 9 de novembro de 2001. Seção 1, p.39.
72. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União. 4 de março de 2002. Seção 1, p.10.
73. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 4/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União. 4 de março de 2002. Seção 1, p.11.
74. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 5/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Diário Oficial da União. 4 de março de 2002. Seção 1, p.12.
75. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 6/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União. 4 de março de 2002. Seção 1, p.12.
76. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 2/2003. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Biomedicina. Diário Oficial da União. 20 de fevereiro de 2003. Seção 1, p.16.
77. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 de junho de 2014. Seção 1, p.8-11.
78. Vieira SL. Reformas Universitárias Brasileiras em Diferentes Contextos. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2009.
79. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo da Educação Superior. Brasília: INEP; 2013.
80. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Nota Técnica INEP, de 01 de fevereiro de 2011. Avaliação de cursos e de instituições no Ciclo Avaliativo, como referencial para os processos de renovação de reconhecimento e credenciamento do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES.* 2011.
81. World Health Organization. WHO homepage [internet]. Disponível em: <http://www.who.int/en/>

82. World Bank. Indicators by country [internet]. Disponível em: <http://www.worldbank.org/>
83. Salazar A et al. O SUS pode ser seu melhor plano de saúde. [internet] 3.ed. São Paulo: IDEC; 2006. [acesso em 25 Nov 2015]. Disponível em: <http://www.idec.org.br> .
84. Silva CG. Análise comparativa das características dos sistemas de saúde nas Américas [internet]. 2012 [acesso em 25 nov 2015]. Disponível em: http://www.each.usp.br/flamori/images/TCC_Cinthia_2012.pdf .
85. Escorel S, Teixeira LA. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.
86. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Projeto-Piloto da VER-SUS Brasil: vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil [internet]. Brasília, 2004. [acesso em 25 nov. 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/versus_brasil_vivencias_estagios.pdf
87. Finkelman J. Caminhos da saúde no Brasil [internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. Disponível em: <http://books.scielo.org>.
88. Faleiros VP, Silva JFS, Vasconcellos LCF, Silveir RMG. A construção do SUS: Histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
89. Silva, E, Sarreta, FO, Bertani, IF. As políticas públicas de saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde (SUS) e a rede de saúde em Franca. Serviço Social & Realidade. 2010; 16(1): 81-103.
90. Marques LS. A saúde pública e o Direito Constitucional brasileiro. Âmbito Jurídico [internet]. 2008 [acesso em 25 nov 2015]; XI(59). Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4643
91. Cueto M et al. Pensar o Sistema Único de Saúde do século XXI: entrevista com Lígia Bahia. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2014; 21(1): 93-107.
92. BRASIL. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 1986.
93. Mânica FB. Participação privada na prestação de serviços públicos de saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
94. Souza GA, Costa ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde Soc. 2010; 19(3): 509-7.

95. Brasil. Ministério da Saúde. SUS: Princípios e conquista [internet]. Brasília; 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf
96. Mendes EV. O SUS que temos e o SUS que queremos. Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2004.
97. Costa AM, Bahia L, Scheffer, M. Onde foi parar o sonho do SUS. *Le Monde Diplomatique*. 2013; 69: 30-1.
98. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos avançados*. 2013; 27(78): 27-34.
99. Ceccim RB. Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc; 2005. p.161-80.
100. Nascimento DPG, Oliveira MAC. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. *Revista Mineira de Enfermagem* [internet]. 2007; 10(4). Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/443>. DOI <http://www.dx.doi.org/S1415-27622006000400020>.
101. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*. 2010; 34(1): 92-96.
102. Marolli C et al. Importância da SAE na efetivação de uma assistência de enfermagem de qualidade. *Anais do SEPE-Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFFS*. 2015; 5(1).
103. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface-Comun Saúde Educ*. 1998; 2(3): 51-71.
104. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev bras educ. med*. 2008; 32(3): 356-62.
105. Seiffert OMLB. A formação do enfermeiro: uma aproximação à recente produção científica (2001-2005). *Trab Educ e Saúde*. 2005; 3(2): 331-50.
106. Chirelli MQ. O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do Curso de Enfermagem da FAMEMA [tese]. Ribeirão Preto: FAMENA; 2002.
107. Faustino RLH, Moraes MJB, Oliveira MAC, Egry EY. Caminhos da formação em enfermagem: continuidade ou ruptura?. *Rev Bras Enf*. 2003; 56(4): 343-7.
108. BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Referencial curricular

para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde. Área profissional saúde. Brasília: MS/MEC; 2004.

109. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Desempenho em equipes de saúde – manual. Rio de Janeiro: Opas; 2001.

110. Cotta RMM, Morales MSV, Liopis AG, Fos SC, Cotta Filho JS. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre 2002; 1: 25-32.

111. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2006; 15(3): 7-18

112. Beinner MA, Beinner RPC. Perfil de profissionais nas áreas de saúde e educação atuando em suas comunidades. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 1: 77-83.

ANEXOS

ANEXO A – Normas de Publicação do Periódico Revista Interfaces Científicas – Humanas e Sociais (Qualis B2), na qual foi publicado o artigo 1 (v.4, n.1, 2015).

(Disponível em

<https://periodicos.set.edu.br/index.php/humanas/about/submissions#onlineSubmissions>)

Diretrizes para Autores

As **normas de submissão** são requisitos básicos para aceitação de trabalhos a serem publicados em qualquer uma das revistas desta plataforma. Os autores devem observar requisitos de estrutura, formatação, citações e referências.

Os originais devem estar em português, inglês ou espanhol, devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente ao Portal de Periódicos da Sociedade de Educação Tiradentes, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto, como figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em Anais de Reuniões Científicas.

Submissão de artigos *online*

Os artigos devem ser submetidos, exclusivamente de forma eletrônica através do Portal de Periódicos da Sociedade de Educação Tiradentes. Disponível em:

<http://periodicos.set.edu.br/index.php>

Artigos enviados por e-mail não serão considerados

Todos os direitos editoriais são reservados para as publicações do Portal de Periódicos SET, nenhuma parte das publicações pode ser reproduzida, estocada por qualquer sistema ou transmitida por quaisquer meios ou formas existentes ou que venham a ser criados, sem prévia permissão por escrito da Comissão Editorial, ou sem constar o crédito de referência, de acordo com as leis de direitos autorais vigentes no Brasil.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão enviar uma cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

Categorias de manuscritos aceitos:

Artigo original: trabalho de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valor à publicação. Limitado com no mínimo oito páginas e no máximo 15 páginas. Sua estrutura deve conter:

Introdução: deve ser breve, definir o problema estudado, destacando a sua importância e as lacunas do conhecimento. NBR 6022:2003

Método: os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

Resultados: devem ser apresentados de forma clara e objetiva, descrevendo somente os dados encontrados sem interpretações ou comentários, podendo para maior facilidade de compreensão serem acompanhados por tabelas, quadros e figuras. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas ilustrações.

Discussão: deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando os novos e importantes aspectos observados no estudo e discutindo as concordâncias e divergências com outras pesquisas já publicadas.

Conclusão: deve corresponder aos objetivos ou hipóteses do estudo, fundamentada nos resultados e discussão, coerente com o título, proposição e método.

Estudo teórico: análise de estudos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas. Cerca de no máximo 36.000 caracteres com espaço.

Forma e preparação de manuscritos

Os textos enviados em Língua Portuguesa devem estar escritos conforme o Novo Acordo Ortográfico que passou a vigorar em janeiro de 2009. Tamanho A4, com espaço entrelinhas de 1,5cm, fonte **arial**, tamanho 12, e as margens: superior e esquerda 3cm, margens inferior e direita 2cm. O arquivo da submissão deve estar no formato Microsoft Word.

Página de identificação: deve conter o **título do artigo** (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas; **nome(s) do(s) autor(es)**, indicando no rodapé da página a função que exerce(m), a instituição a qual pertence(m), títulos e formação profissional, endereço (cidade, estado e país) para troca de correspondência, incluindo e-mail, de preferência institucional, e telefone. Se o artigo for baseado em tese ou dissertação, indicar o título, o nome da instituição e o ano de defesa.

Citações NBR 10520:2002 - Sistema autor-data – Neste sistema, a indicação da fonte é feita: a) pelo sobrenome de cada autor ou pelo nome de cada entidade responsável até o primeiro sinal de pontuação, seguido (s) da data de publicação do documento e da (s) página (s) da citação, no caso de citação direta, separados por vírgula e entre parênteses;

Notas de rodapé – deverão ser evitadas e usadas quando extremamente necessárias. Deverão ser indicados por ordem numérica;

Depoimentos - frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa deverão seguir a mesma regra de citações, quanto a aspas e recuo (4 cm além das margens), utilizando o sistema autor data;

Ilustrações - as tabelas, quadros e figuras devem ter um título breve, serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que forem inseridas no texto, sendo limitadas a cinco no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como **figuras**. As tabelas devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, não utilizar traços internos horizontais ou verticais, estas

devem seguir os procedimentos do IBGE. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Quando a tabela ou figura forem extraídas de outro trabalho, a fonte original deve ser mencionada.;

Tabelas - em resolução superior a 300 dpi, colorida, em formato digital e deverão ser postadas no portal da revista como documento complementar. Ver: estrutura e normas;

Figuras (fotos, desenhos, gráficos etc) - serão publicadas sem identificação dos sujeitos, a menos que acompanhadas de permissão por escrito de divulgação para fins científicos. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas;

Apêndices e anexos - devem ser evitados.

Agradecimentos - contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos", no final do trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também poderão ser mencionadas, as instituições que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.

Errata: após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de errada, deverão enviá-la ao Editor da revista, por email.

Resumo: deve ser apresentado em português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 250 palavras, explicitando o objetivo da pesquisa, método, resultados e conclusões, com base na Norma NBR 6028.

Palavras-chave: devem ser indicados de três a seis palavras-chave que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (Descritores), inglês (Descriptors), espanhol (Descriptores) e Francês (Mots- Clés), extraídos dos vocabulários adotados. No caso dos Descritores em Ciências da Saúde, utilizar o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME e/ou (MeSH) Medical Subject Headings, elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

Referências: As referências dos documentos impressos e eletrônicos devem ser normalizadas de acordo com as Normas da ABNT 6023/2002 e para área de saúde. Recomenda-se que o número de referências não ultrapasse a 20. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

NORMAS ABNT

ABNT. **NBR 6022:** informação e documentação – artigo em publicação periódica científica impressa – apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ABNT. NBR 6023 – informação e documentação (referências – Elaboração)

ABNT. **NBR 6028:** resumos. Rio de Janeiro, 1990.

ABNT. **NBR 14724:** informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação. Rio de Janeiro, 2002.(informações pré-textuais, informações textuais e informações pós-textuais)

ABNT. **NBR 10520**: informações e documentação – citações em documentos – apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word.

URLs para as referências foram informadas quando possível.

Os textos enviados em Língua Portuguesa devem estar escritos conforme o Novo Acordo Ortográfico que passou a vigorar em janeiro de 2009. Tamanho A4, com espaço entrelinhas de 1,5cm, fonte arial, tamanho 12, e as margens: superior e esquerda 3cm, margens inferior e direita 2cm.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.

Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#) foram seguidas.

Declaração de Direito Autoral

Oferece acesso livre e imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico contribui para a democratização do saber. Assume-se que, ao submeter os originais os autores cedem os direitos de publicação para a revista. O autor(a) reconhece esta como detentor(a) do direito autoral e ele autoriza seu livre uso pelos leitores, podendo ser, além de lido, baixado, copiado, distribuído e impresso, desde quando citada a fonte.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ISSN: 2316-3801

ANEXO B – Normas de Publicação do Periódico Scielo Interface – Comunicação, Saúde e Educação (Qualis A2), na qual foi submetido o artigo 2 (disponível em <http://www.scielo.br/revistas/icse/pinstruc.htm#002>)



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Projeto e política editorial

Forma e preparação de manuscritos

Envio de manuscritos

ISSN 1414-3283 *versão impressa*

ISSN 1807-5726 *versão online*

Projeto e política editorial

INTERFACE - Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

A submissão de manuscritos é feita **apenas online, pelo sistema Scholar One Manuscripts**. (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>)

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

Forma e preparação de manuscritos

SEÇÕES

Dossiê - textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até seis mil palavras).

Artigos - textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Debates - conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

Espaço aberto - notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas - depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Livros - publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses - descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência, constando de resumo com até quinhentas palavras. Título e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

Criação - textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves - notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas - comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota: na contagem de palavras do texto, **incluem-se quadros** e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

Envio de manuscritos

SUBMISSÃO DE ORIGINAIS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível para upload no sistema.

Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Acesse o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em "Author Center" e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em **Word ou RTF**, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Notas breves e Cartas).

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 15 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Nota: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé: identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

CITAÇÕES E REFERÊNCIAS

A partir de 2014, a revista Interface passa a adotar as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos.

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos.

Exemplo:

Segundo Teixeira^{1,4,10-15}

Nota importante: as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Casos específicos de citação:

- a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
- b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

"Os 'Requisitos Uniformes' (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM."¹

- c) Citação literal de **mais de três linhas**: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com **4 cm** de recuo à esquerda, em **espaço simples, fonte menor** que a utilizada no texto, **sem** aspas, **sem** itálico, terminando na margem direita do texto. **Observação:** Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...]encontramos algumas falhas no sistema[...]quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito[...].

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos - *Estilo Vancouver*².

REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) - <http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>). As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

[...]

ILUSTRAÇÕES

Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw).

Nota:

No caso de textos enviados para a Seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 200 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

As submissões devem ser realizadas online no endereço:

<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados). Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Todo o conteúdo do trabalho aceito para publicação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo DY-NC. É permitida a reprodução parcial e/ou total do texto apenas para uso não comercial, desde que citada a fonte. Mais detalhes, consultar o link: <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>

ANEXO C – Normas de Publicação do Periódico *Cadernos de Pesquisa Pensamento Educacional* (Qualis B2), no qual foi submetido o artigo 3 e 6 (disponível em [http://universidadetuiuti.utp.br/Cadernos de Pesquisa/submissao.html](http://universidadetuiuti.utp.br/Cadernos_de_Pesquisa/submissao.html))

Normas para publicação



CADERNOS DE PESQUISA PENSAMENTO EDUCACIONAL aceita para publicação trabalhos originais de autores brasileiros e estrangeiros, na área de educação, na forma de artigos, resenhas e análise de documentos. A política editorial da revista apresenta as seguintes normas para submissão de trabalhos:

Apresentação:

- a) Apresentação de trabalhos em português, inglês ou espanhol.
- b) Título no idioma original do artigo e em inglês.
- c) Resumo em português num único parágrafo, com até 20 linhas, espaço simples, acompanhado de pelo menos três palavras-chave.
- d) *Abstract* em inglês, seguindo as mesmas normas do Resumo.
- e) Os artigos devem apresentar extensão de 15 a 25 páginas.
- f) Texto em formato Word digitado em Times New Roman 12, espaço 1,5 entre linhas; citações em espaço simples e distanciadas da margem esquerda. Para destaques usar apenas o itálico. O negrito pode ser usado apenas para destacar os subtítulos ou divisões do trabalho.
- g) Notas de rodapé no final do texto.
- h) Referências no corpo do texto (ex: SAVIANI, 2005, p. 53).
- i) Se houver imagens e/ou gráficos devem vir no corpo do texto.
- j) Referências: são consideradas referências somente as obras (livros, artigos, teses, etc.) mencionadas no interior do texto. Devem ser digitadas de acordo com as normas da ABNT.
- k) As referências bibliográficas devem ser listadas ao final do texto em ordem alfabética.

Exemplos:

Livro: NOME DO AUTOR. Título da obra, local de publicação, editora, ano, total de páginas.

Capítulo de livro: NOME DO AUTOR. Título do capítulo. In: NOME DO (S) AUTOR(ES) DA OBRA. Título da obra, local de publicação, editora, ano, página inicial e final do capítulo.

Artigo: NOME DO AUTOR. Título do artigo. Título do Periódico, local e editora, v. (n.), páginas inicial e final do artigo.

Estrutura dos artigos:

- a) Título do trabalho;
- b) Nome(s) do(s) autor(es);
- c) Filiação institucional, titulação e endereço eletrônico em nota de rodapé.
- d) Resumo e palavras-chave;
- e) Conteúdo desenvolvido;
- f) Abstract e keywords.
- g) Referências bibliográficas.

Critério de Avaliação:

Os artigos serão avaliados por dois pareceristas com sistema *blind peer*

review;

O aviso de recebimento e o andamento da submissão do texto recebido serão comunicados por e-mail.

Contato: pensamentoeducacional@utp.br

ANEXO D – Normas de Publicação da *Revista Educação Unisinos* (Qualis A2), no qual foi submetido o artigo 4 (disponível em <http://revistas.unisinos.br/index.php/educacao/about/submissions#onlineSubmissions>)

Diretrizes para Autores

A revista **Educação Unisinos** aceita contribuições em fluxo contínuo.

Educação Unisinos não cobra taxa de editoração (*article processing charges - APC*) ou taxa de submissão de artigos.

São aceitos para publicação somente trabalhos originais **inéditos**, e que **não estejam sendo avaliados** para publicação em **outra revista**.

Textos podem ser redigidos em português, inglês ou espanhol.

Serão aceitos para publicação, artigos originais de pesquisa, resenhas, ensaios e entrevistas.

Os artigos devem ser enviados eletronicamente, seguindo as etapas do sistema que tem por objetivo dar assistência à edição dos periódicos científicos em cada etapa do processo de editoração.

A publicação dos artigos está sujeita à aprovação prévia da Comissão Editorial da revista, após o que serão submetidos à avaliação às cegas do tipo *peer review* feita por, pelo menos, dois pareceristas externos. Havendo divergência de opiniões, é solicitado um terceiro parecer.

A aceitação final dos artigos depende dos seguintes critérios:

Recomendação dos pareceristas;

Efetivação dos ajustes necessários pelo(s) autor(es);

Aprovação da Comissão Editorial, cuja resolução contemplará seis diferentes avaliações:

Aceitar

Correções obrigatórias

Submeter novamente para avaliação

Enviar para outra revista

Rejeitar

Ver comentários.

Importante:

Educação Unisinos não se responsabiliza por conceitos e opiniões emitidos pelos autores.

O envio espontâneo de qualquer submissão **implica automaticamente** na cessão integral dos direitos autorais à Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Normas para submissão:

Apresentação do texto:

Extensão: Os textos enviados para as seções **Artigos e Ensaios Teóricos** deverão ter extensão entre **25.000 a 45.000 caracteres** com espaços, com espaçamento de 1,5, incluídas referências bibliográficas e notas. O **título**, no idioma original e em inglês (se o texto for redigido em inglês ou espanhol, deverá apresentar também o título em português) deve conter no máximo **240 caracteres**, incluindo espaços.

Os textos para as seções de **Resenhas e Entrevistas** deverão conter entre **12.000 e 14.000 caracteres** com espaços, também incluídas as notas e referências. Serão aceitas **Resenhas** de livros e obras reeditadas que tenham sido publicadas, no máximo, há três anos.

Imagens: se o artigo contiver imagens fotográficas e/ou desenhos gráficos, esses deverão ser encaminhados em formato original (.jpeg, .png, .tiff) e em arquivos separados (não inseridos no interior do próprio texto), com **resolução mínima de 300 dpi**. No arquivo referente ao texto, deverá ser indicado através da inserção das **legendas (no idioma do artigo e também em Inglês)**, o local aproximado onde devem ser inseridas as figuras, gráficos, tabelas e/ou quadros.

Citações: as citações no interior do texto devem obedecer às seguintes normas:

Um autor: (Leipnitz, 1987);

Dois autores: (Turner e Verhoogen, 1960);

Três ou mais autores: (Amaral *et al.*, 1966);

Trabalhos com o(s) **mesmo autor(es) e mesma data** devem ser distinguidos por letras minúsculas logo após a data. Ex: (Amaral, 2008a) (Amaral, 2008b);

Apresentação das citações:

Citações com **menos de três linhas** deverão ser **incorporadas ao texto entre aspas**;

Citações com **mais de três linhas** deveram ser apresentadas **em parágrafo isolado, com espaçamento simples entre as linhas, corpo de 11 pt e recuo de 4 cm** da margem esquerda do texto.

Notas de rodapé: As notas de rodapé devem ser usadas de forma **parcimoniosa**. Somente são permitidas notas de rodapé explicativas e **não são permitidas notas que contenham apenas referências. Estas deverão estar listadas, ao final do texto, no item 'Referências'**.

Não utilize as expressões ***op. cit;* *ibid;* *ibidem;* *id;* *idem;***

Não utilize a expressão ***apud***, dê preferência pelo emprego da expressão ***in;***

A matéria dos originais deverá conter, na seguinte ordem:

Título do texto: no idioma do artigo e em inglês. Se o artigo for redigido em **inglês ou espanhol** deve apresentar também o título em português. Com no máximo **240 caracteres** com espaços;

Resumos: no idioma do artigo e em inglês, em um único parágrafo, com até **1.000 caracteres** com espaços, acompanhado de três palavras-chave, contemplando os seguintes itens: objetivo, referencial teórico, metodologia e resultados do estudo. Se o artigo for redigido em **inglês ou espanhol**, solicita-se também a apresentação de **resumo e palavras-chave em português**.

Texto completo do artigo: contendo entre **25.000 e 45.000 caracteres** com espaços, formatado em Times New Roman, 12 pt, espaçamento 1,5;

Referências: as referências bibliográficas e de outra natureza devem ser listadas ao final do texto, em ordem alfabética, em 12 pt, espaçamento simples, como nos modelos abaixo:

[...]

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e **inédita**, e **não está sendo avaliada** para publicação **por outra revista**. O(s) autor(es) deve(m) anexar no sistema uma declaração **assinada** de que essas condições se efetivam, isto é, que o artigo é **original, inédito e não foi submetido a outro periódico**.

Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word ou RTF.

A matéria dos originais deverá conter, na seguinte ordem:

Título no idioma do artigo e em inglês. Se o artigo for **redigido em inglês ou espanhol deve apresentar também o título em português**;

Resumo de até 1.000 caracteres com espaços acompanhado de pelo menos três palavras-chave;

Abstract em inglês, acompanhado de pelo menos três key words. Se o artigo for redigido **em inglês ou espanhol deve apresentar também o resumo em português** acompanhado de três palavras-chave;

Texto completo do artigo contendo entre 25.000 e 45.000 caracteres com espaços, escrito em Times New Roman, 12 pt, com espaçamento de 1,5;

Figuras, tabelas, quadros e gráficos devem incluir legenda no idioma do artigo e em inglês. As tabelas e ilustrações devem ser enviadas em seus arquivos originais (.jpeg, .png,

.tiff) e em arquivos separados (não inseridos no interior do próprio texto), com **resolução mínima de 300 dpi**.

A identificação de autoria do trabalho foi **removida do arquivo**, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em Assegurando a Avaliação Cega por Pares.

As citações de **mais de 3 linhas** devem ser digitadas **em parágrafo isolado, com espaçamento simples entre as linhas, corpo de 11 pt e recuo de 4 cm** da margem esquerda do texto;

As citações de **até três linhas** devem integrar o corpo do texto e ser assinaladas entre aspas.

Inserir as notas do texto em fonte (tipo) Times New Roman (**não usar sublinhado e usar itálico só para grafia de palavras estrangeiras**), em corpo 9 pt, com espaçamento simples entre as linhas. As notas devem ser colocadas no pé de página, em modo de impressão (devem ficar visíveis na página).

As notas devem ser utilizadas como elemento explicativo e não para dar lugar às referências, que deverão estar apenas no item referências, ao final do texto.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.

Referências

São consideradas referências somente as obras mencionadas no interior do texto. As referências devem ser digitadas em fonte Times New Roman, em corpo 12 pt, com espaçamento simples entre as linhas e organizadas em ordem alfabética. As referências, no fim do trabalho, devem ter os dados completos e seguir as normas para trabalhos científicos que estão publicadas no site da revista. Cada referência deve ocupar um parágrafo e deve estar separada por um espaço simples.

Declaração de Direito Autoral

Concedo a **Revista Educação Unisinos** o direito de primeira publicação da versão revisada do meu artigo, licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution (que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista).

Afirmo ainda que meu artigo não está sendo submetido a outra publicação e não foi publicado na íntegra em outro periódico e assumo total responsabilidade por sua originalidade, podendo incidir sobre mim eventuais encargos decorrentes de reivindicação, por parte de terceiros, em relação à autoria do mesmo.

Também aceito submeter o trabalho às normas de publicação da **Revista Educação Unisinos** acima explicitadas.

ANEXO E – Normas de Publicação da *Revista Saúde em Redes – Rede Unida*, no qual foi submetido o artigo 5, disponível em <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/about/submissions#authorGuidelines>

Diretrizes para Autores

Os artigos devem ser originais e não terem sido publicados, nem submetidos, a outro periódico. Os autores assumem a responsabilidade de que o trabalho não foi publicado anteriormente ou está sob avaliação por outra revista.

Aspectos Éticos: artigos originais deve necessariamente ter seguido os princípios éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional Conselho de Saúde (<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>) ou princípios equivalentes válidos no país de origem do manuscrito e passaram à aprovação do Comitê de Ética da instituição de origem, este fato deve ser claramente indicado na descrição do método, com o número do protocolo. Caso seja relevante, o relatório que foi obtido consentimento informado de todos os participantes adultos ou, no caso de menores, termo de assentimento e consentimento de seus representantes legais.

Cada pessoa designada como um autor deve ter participado ativamente no trabalho e assumir a responsabilidade pública por parte do artigo, para a qual contribuiu. Reconhecimento da autoria deve ser baseado em contribuições substanciais para o seguinte:

1. concepção e delineamento, aquisição de dados, ou análise e interpretação dos dados;
2. elaboração do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual;
3. aprovação final da versão a ser publicada.

Os autores devem atender a todas as três condições. O documento apresentado deverá ter sido lido com atenção por todos os autores, que devem concordar com o seu conteúdo. Sobre direitos autorais, consulte o item especial. Direitos Autorais. Políticas editoriais Autores são convidados a consultar as Políticas da Revista da Rede UNIDA, no menu para aprender sobre o foco e o escopo, do processo de revisão por pares da revista, a declaração de conflito de interesses e outras políticas editoriais.

INSTRUÇÕES GERAIS

É solicitado gentilmente aos autores para seguirem atentamente todas as instruções para a preparação do manuscrito. Só será enviado aos colaboradores (revisores) manuscritos que estão em estrita conformidade com as normas especificadas.

Os artigos podem ser escritos em Português, Inglês, Espanhol ou Italiano e do estilo deve ser claro e conciso. Autores são fortemente aconselhados a enviar o manuscrito em sua forma final após a realização de uma verificação ortográfica.

Os artigos devem ser digitados em Word (Microsoft Office), em uma página tamanho A4, configurado com espaçamento 1,5, margens laterais de 2,5 cm, fonte Calibri 12, recuo de

primeira linha a direita de 1,25cm, com espaçamento de 10pt entre parágrafos (geralmente basta adiciona espaço depois de parágrafo no item próprio no word). Os textos devem estar apresentados com margem justificada.

Use a formatação automática para criar recuo no início dos parágrafos, e não a tecla de espaço ou tab.

O tamanho de cada documento não deve exceder 2 MB.

A ordem é a seguinte para todos os manuscritos: primeira página, resumo, resumo traduzido (abstract), palavras-chaves, texto, agradecimentos (se houver), referências, tabelas, figuras. Veja abaixo os detalhes sobre a preparação de cada um desses elementos, "Estrutura do manuscrito".

As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Unidades.

Abreviaturas podem ser utilizadas. Na primeira citação, a palavra deve ser escrita por extenso, seguido da sigla entre parênteses. Não use abreviaturas nos resumos.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Primeira página

1.1 Título: conciso e explicativo em português e inglês, máximo de 150 caracteres com espaços;

1.2 Autores: nome completo, titulação, instituição e e-mail;

1.3 Autor correspondente: nome, endereço postal, telefone e e-mail para publicação;

1.4 Descreva a autoria baseado em contribuições substanciais. Observação: a página de título é retirado do arquivo fornecido aos colaboradores.

2. Resumo e palavras-chave estruturados

2.1 Resumo: deve ter até 250 palavras. Os resumos devem ser estruturados da seguinte forma: - Artigo original: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. - Artigo de revisão: Objetivos, Fonte de dados, Resumo das conclusões (Para a definição de cada tipo de artigo, consulte a seção Políticas, encontrado no menu).

2.2 Palavras-chave: Devem conter pelo menos três palavras-chave, não ultrapassando seis, ser separadas por ponto e vírgula e deve ser consultado em "Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)", publicado anualmente e está disponível em <http://decs.bvs.br>.

2.3 Abstract e Keyword: Deverá ter um resumo traduzido para inglês. Quando o idioma do texto for em inglês, o resumo deverá ser traduzido para o português. E keyword poderá ser também tirado do DECS, não precisará ser traduzido.

3. Texto

3.1 Artigo Original: deve conter no máximo 3.000 palavras (excluindo tabelas e referências) e apresentar um máximo de 40 referências. O número total de tabelas e figuras não deve ser maior que cinco. O texto original do artigo deve seguir um formato estruturado: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Considerações finais, Referências.

Também são aceitos artigos originais separados com subtítulos, não excluindo a Introdução, Considerações Finais e Referências.

3.1.1 CITAÇÕES

Formatação

Números arábicos, sobrescritos. Ex: ¹²Ordenadas consecutivamente

Com indicação de páginas. Ex. ^{12:381}

Citações de referências sequenciais separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: 1,2,4,5,9

Citações de referências intercaladas separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: 8,¹⁴,
10,¹²,¹⁵

3.1.2 Notas de rodapé

Restritas ao mínimo necessário. Indicadas por números romanos.

3.2 Revisão Sistemática: deve conter no máximo 6.000 palavras (excluindo tabelas e referências) e fornecer pelo menos 50 referências. O artigo de revisão pode apresentar um padrão menos rígido, incluindo Introdução, Métodos, Revisão da Literatura, Considerações finais e Referências.

3.3 Resenhas: deve conter no máximo 2.000 palavras. Devem primar pela objetividade e concisão. São compostos de resumos e comentários sobre importantes obras publicadas na Saúde Coletiva. Podem ser tanto obras clássicas, quanto obras recentemente disponibilizadas ao público.

4. Agradecimento (opcional): Devem ser breves e objetivos, apresentada no final do texto (antes das referências), incluindo apenas as pessoas ou instituições que contribuíram para o estudo.

5. Tabelas: As tabelas com suas legendas devem ser enviados em formato Word (Microsoft Office), sendo colocados após as referências em novas páginas. Todas as tabelas devem ser numeradas em ordem de aparecimento no texto. A legenda deve aparecer em sua parte superior, precedida da palavra "Tabela" seguida pelo número de ordem de ocorrência no texto em algarismos arábicos (por exemplo, Tabela 1, Tabela 2, etc.). Os títulos das tabelas devem ser auto-explicativo, para que as tabelas sejam compreendidas dispensando consulta ao texto. Explicações específicas ou mais detalhadas devem ser apresentadas imediatamente abaixo da tabela. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas e não usar espaços para separar colunas.

6. Figuras: Incluir gráficos, desenhos, fluxogramas, fotografias, gráficos, etc. Todas as ilustrações devem ser numeradas em ordem de aparecimento no texto. A legenda deve ser incluído na sua parte inferior, precedida da palavra "Figura", seguido do número de série de ocorrência no texto, em árabe, incluindo o seu modo de explicação (por exemplo, Figura 1, Figura 2, etc.). Mesmo que brevemente, esta informação deve ser clara e dispensar se referir ao texto ou fonte. Os dados produzidos em um arquivo de texto, como gráficos em Word, por exemplo, deve ser anexada depois de as tabelas no final do documento. Os arquivos de imagem devem ser enviados como anexo formato de documento. Jpg com resolução mínima de 300 dpi, para que eles sejam melhor visualizado on-line, mas não superior a 2 MB. As ilustrações em cores são aceitos para publicação eletrônica.

7. Referências: Devem ser numeradas em sobrescrito no texto, após a pontuação, classificados em ordem de aparecimento no texto e elaborados como o estilo de Vancouver. As normas e exemplos podem ser encontrados através do site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Todas as referências citadas no texto, e apenas eles, devem figurar na lista de referência que é numerada e colocada a seguir ao texto. Ao utilizar um programa de gerenciamento de referências (como o EndNote e Reference Manager), os códigos de campo devem ser desativados antes de enviar o documento, o texto é convertido em texto simples. Para converter referências adicionadas por Reference Manager ou Endnote para texto simples, o autor pode usar o seu próprio programa, que permite remover os códigos de campo (em "Remove Field Codes").

INSTRUÇÕES PARA ENVIO

As inscrições só podem ser feitas através deste site. Nós pedimos que os autores leiam todas as instruções antes de iniciar o processo de submissão. Um dos autores deverá se registrar no site, onde você receberá um nome de usuário, senha e instruções sobre o processo de submissão. Uma vez cadastrado, o autor pode entrar no sistema a qualquer momento, com seu login e senha (acesso, no menu superior). Ao completar o registro inicial, o autor é enviado diretamente para a página do usuário, que lista as várias funções que o usuário pode tomar na revista (autor, revisor e leitor).

Clicando no papel de autor aparece para listar as suas submissões ativas e arquivadas, e uma nova submissão pode ser iniciada. O processo de submissão tem cinco etapas, com instruções disponíveis em cada uma. O autor não precisa completar os 5 passos de cada vez e pode retomar a qualquer hora submissões listadas como "incompleto" na lista de submissões ativas. É essencial seguir rigorosamente as instruções que aparecerão na apresentação, com atenção aos dados, que devem ser cuidadosamente preenchidos.

Os nomes de todos os autores do artigo devem ser adicionados em apresentação do site, na mesma ordem em que aparecem na página de título do manuscrito, bem como os seus e-mails, casa instituições, títulos e funções. Preencha os campos para o título do artigo em Português e Inglês, resumo e abstract. Preencha todos os campos para o índice, que são importantes para o artigo a ser indexada em bases de dados. Identifique o idioma em que o artigo está redigido. Para iniciar o processo de inscrição e submissão, por favor "Submissão on-line".

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

A primeira página contém, além do título do artigo, os nomes, títulos, instituições de origem e endereços de todos os autores por e-mail, bem como o endereço postal e número de telefone do autor correspondente e descreve a contribuição. Estes dados também serão concluídos na Etapa 2 do processo de submissão.

Os arquivos para submissão estão em Word (Microsoft Office). O texto está em página A4, espaçamento 1,5, fonte Calibri 12. As figuras e tabelas estão incluídas no final do documento, após as referências. O tamanho de cada documento não é mais do que 2 MB.

O manuscrito contém todos os elementos textuais necessários, incluindo o Resumo (até 250 palavras e estruturado de acordo com as diretrizes da Revista) e palavras-chave e abstract.

Em Métodos, há aprovação explícita pelo Comitê de Ética em Pesquisa, ou correspondente na instituição de origem, quando necessário.

As referências são numeradas na ordem de aparecimento no texto e seu estilo segue as regras da revista (Vancouver). Se um programa tem sido utilizado para gerenciamento de referências, códigos de campo foram retirados do arquivo enviado, a fim de converter a lista de referências em texto simples.

Referências: Devem ser numeradas em sobrescrito no texto, após a pontuação, classificados em ordem de aparecimento no texto e elaborar como o Estilo Vancouver - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, organizados pelo International Committee of Medical Journal Editors Vancouver Group. Os exemplos podem ser encontrados no site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Para auxílio no uso de Abreviatura dos títulos de periódicos (para as referências): <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=0034-8910&lang=pt>

Todas as referências citadas no texto, e apenas elas, devem figurar na lista de referências que deverá ser numerada e colocada na sequência do texto. Ao utilizar um programa de gerenciamento de referências (como o *EndNote* e *Reference Manager*), os códigos de campo deve ser desativado antes de enviar o documento, o texto é convertido em texto simples. Para converter referências adicionadas por *Reference Manager* ou *Endnote* para texto simples, o autor pode usar o seu próprio programa, que permite remover os códigos de campo (em "*Remove Field Codes*").

Todos os autores do artigo foram informados sobre as políticas editoriais da revista. Os autores leram o manuscrito submetido estando em conformidade com a mesma.

Declaração de Direito Autoral

Os direitos autorais para artigos publicados nesta revista são do autor, com direitos de publicação para a revista. Deve ser publicado nesta revista de acesso público, os artigos são de uso gratuito, com atribuições próprias, em aplicações educacionais e não-comerciais.