

10581

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
SECRETARIA DE ENSINO SUPERIOR

**PROGRAMA
DE
INTEGRAÇÃO DOCENTE - ASSISTENCIAL
- IDA -**

 MEC
SECRETARIA DE
ENSINO SUPERIOR

SÉRIE CADERNOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Nº 03

514
13964
000-9

BRASÍLIA
- 1981 -

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA – MEC

– Ministro: **Rubem Ludwig**

SECRETARIA DE ENSINO SUPERIOR – SESu

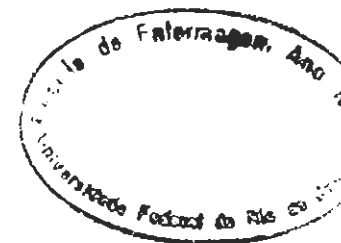
– Secretário: **Tarcisio Guido Della Senta**

– Subsecretário: **Gladstone Rodrigues da Cunha Filho**

COORDENADORIA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

– Coordenador: **Cícero Adolpho da Silva**

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
SECRETARIA DE ENSINO SUPERIOR



PROGRAMA
DE
INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL
- IDA -

INSTITUTO DE ENFERMAGEM FUNDAMENTAL
EEAN – UFRJ

SÉRIE CADERNOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Nº 05

BRASÍLIA

- 1981 -

MEC / SESu / CCS

614

B823p

Brasil. Ministério da Educação e Cultura.
Secretaria de Ensino Superior.
Programa de integração docente-assisten
cial. Brasília, 1981.

v. (Série Cadernos de Ciências da Saú
de, 3).

1. Saúde pública - Programa. 2. Progr_a
ma de Integração Docente-Assistencial. 1.
Título

CONTEÚDO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

2. DEFINIÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL

3. OBJETIVOS DO PROGRAMA

3.1. Geral

3.2. Específicos

4. CONCEITO DE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL

5. CARACTERÍSTICAS DE PROJETOS IDA

5.1. Participação Social

5.2. Integração Institucional

5.2.1. Entidades envolvidas

5.2.2. Partilha de responsabilidades

5.2.3. Mecanismos de cooperação

5.3. Modelo de Desenvolvimento

5.3.1. Serviços

5.3.2. Docência

5.3.3. Pesquisa

6. METAS

7. PROGRAMA DE TRABALHO

7.1. Atividades preliminares

7.2. Implantação dos Projetos

7.3. Operacionalização dos Projetos

8. ESTRATÉGIA DE DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA

8.1. Apoio

8.2. Coordenação do Programa

8.3. Identificação dos Projetos

8.4. Integração e Coordenação a Nível Local

8.5. Responsabilidades Institucionais a Nível Local

9. AVALIAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O desenvolvimento de que o setor saúde é um dos fundamentos do desenvolvimento social está em destaque no prelo em vários documentos oficiais do Governo Brasileiro.

Está também bastante claro que a resolução dos problemas de saúde da população exige uma estratégia diferente da que vem sendo adotada no país e que se pode traduzir, em grande parte, em termos da expansão dos cuidados primários de saúde.

Vale ainda assinalar que cuidados primários de saúde obrigam também a formação adequada de recursos humanos em todos os níveis e o desenvolvimento de investigações apropriadas à realidade de saúde da população. Isto implica no reconhecimento de elevado grau de interdependência entre serviços, ensino e pesquisa.

Assim posto, ressalta evidente o importante papel que o MEC deve desempenhar na estratégia e na operacionalização do PREVSAÚDE e, particularmente, no que concerne à SESu, as relações do ensino superior, de graduação e pós-graduação, com os serviços de saúde e desenvolvimento social. Estas relações enfatizadas e recomendadas, nestes últimos anos, por organizações nacionais e internacionais, podem ser traduzidas pelo termo INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL ou, mais amplamente, como integração ensino/serviços.

A SESu propõe partir para um programa de IIA, segura de que as universidades brasileiras atingiram elevado grau de amadurecimento para compreender seu papel na problemática da saúde brasileira. Não se pode mais aceitar o alheio

mento da docência e da pesquisa universitária, nem, tão pouco, a vocação exclusiva da escola médica para o privilegiamento de ações altamente especializadas nos campos da investigação e da formação de recursos humanos.

Aí estão os numerosos documentos enfatizando o interesse da terminalidade dos cursos da área da saúde, com a finalidade de graduar profissionais de formação geral capazes de atuar no amplo mercado de trabalho que se oferece com a im^{plantação} dos serviços básicos de saúde.

O apelo que o SI-Su faz às universidades brasileiras é que procurem situar-se no momento histórico que a sociiedade brasileira atravessa para aceitar o desafio proposto.

A IDA vai exigir modificações conceituais, estruturais, estratégicas e operacionais profundas, contrariando o clássico conceito de ensino/pesquisa/extensão tão ao sabor da universidade brasileira. Extensão não pode ser tratada lateralmente como uma das funções da universidade. O trabalho com, e para a comunidade é a única razão de ser da universidade. Onde existir uma escola de saúde sua atuação deve cobrir determinada área geográfica ao seu redor, o que virá constituir o Distrito Docente-Assistencial.

Entretanto, a integração entre serviços e ensino pode ser efetivada em qualquer área do conhecimento. A comunidade deve constituir o substrato sobre o qual a Universidade deverá desenvolver adequadamente suas duas precípuas funções: formação de recursos humanos e investigação. Assim, os Distritos Docente-Assistenciais constituirão os limites físico-funcionais da própria universidade na mais ampla conceituação de Universidade/Comunidade.

Esta é a mensagem contida no presente documento.

Dr. Gladstone Rodrigues da Cunha Filho
SUBSECRETÁRIO SESu/MEC

1. INTRODUÇÃO

Os últimos anos têm assistido à completa reformulação da conceituação e prática da atenção à saúde.

Em 1966, os ministros de saúde das Américas recomendaram que, para definir os programas de saúde, fossem consideradas as condições sociais e culturais das populações, particularmente das comunidades rurais tradicionais.

Em 1973, o Conselho Executivo das OMS afirmava: "A organização da comunidade será elemento decisivo para aproveitar o inesgotável potencial da população canalizando suas inquietações para atividades de verdadeiro serviço social e para o melhoramento do ambiente. As repercussões serão transcendentais na luta para alcançar melhores e mais altos níveis de saúde que propiciem constante desenvolvimento físico, social, cultural e econômico do homem". O conceito acima foi levado mais adiante quando a Organização deu-lhe nova dimensão, incorporando a definição de uma nova política que define o desenvolvimento como um processo eminentemente social. Neste sentido, a OMS definiu três objetivos básicos que são: 1) incorporação de todos os setores da população nos processos de produção e distribuição de riqueza; 2) participação popular em todas as tarefas de organização e execução do desenvolvimento; 3) organização e funcionamento dos serviços referentes ao bem-estar social.

Da maneira acima, a OMS indica que a política social distingue que o processo de participação deve ser global de modo a cobrir todas as ações da sociedade. Por consequência, a participação supõe que a sociedade, como um todo, deve intervir nas decisões, as quais não devem ser o resultado da participação de certos grupos, mas sim que deve existir

igual oportunidade para que todos participem crítica e conscientemente.

Em 1974, um importante documento editado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, um estudo conjunto OMS/UNICEF, indicava que o mundo em desenvolvimento, apesar de suas diferenças tem em comum problemas relacionados com suas raízes políticas, sociais, culturais e ambientais.

Em 1977, a 30a. Assembléia Mundial da Saúde adotou a resolução WHA 30.43 na qual se declarava que a meta principal dos governos, nos próximos decênios, deveria consistir em se alcançar até o ano 2.000 um grau de saúde para todos os habitantes do mundo que lhes permitissem levar uma vida social e economicamente produtiva.

No mês de setembro de 1978, reuniu-se em Alma-Ata a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, co-patrocinada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo Internacional de Proteção à Infância. Ficou evidenciada, nessa reunião, a necessidade de uma ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde, do desenvolvimento e da comunidade mundial, para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo. A declaração deixa bem clara que a realização da meta proposta requer a ação conjunta de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. A saúde foi considerada como um direito fundamental do homem e, como tal, a consecução do mais alto nível possível de saúde é a meta social mais importante do mundo.

Em janeiro de 1979, o Conselho Executivo da OMS considerou a atenção primária à saúde como chave da estratégia para a consecução da meta proposta para o ano 2.000 pela 30a. Assembléia Mundial da Saúde.

Em maio do mesmo ano, a 32a. Assembléia Mundial da Saúde aprovou, por unanimidade, o documento preparado pelo Conselho Executivo, estando presente o Hon. Sr. Ministro da Saúde do Brasil.

A OMS declara-se pronta a intensificar seus esforços para ajudar os governos interessados em desenvolver seus programas de atenção à saúde sob os moldes aprovados pelos órgãos oficiais da OMS.

Todo o esforço dos países, no campo da saúde, particularmente os países em desenvolvimento, deve ser concentrado nas mudanças institucionais que lhes permitirão reestruturar seus serviços a fim de que possam através da extensão de cobertura de serviços de atenção primária a toda a população cumprir a meta com a qual estão comprometidos: "Saúde para todos no ano 2.000".

As estruturas atuais dos Ministérios da Saúde e da Previdência, em coerência com o exposto acima, vêm se contraindo em desenvolver no país um sistema amplo de atenção primária à saúde, de início com o PIASS(*) e, mais recentemente, com o PREVSAÚDE(**).

Este importante passo, que o país deverá iniciar em breve, proporcionará a oportunidade para que os programas de saúde possam ser descentralizados e racionalizados de modo a atender ao princípio fundamental de que as ações de saúde, para que sejam permanentes, deverão ser globais e acompanhadas de ações em outros setores que permitam o desenvolvimento integral do homem.

(*) - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento.

(**)- Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

É evidente que o nível primário de atenção à saúde deve ter como suporte os demais níveis, constituindo-se o conjunto num sistema nacional de saúde, no qual estejam bem definidas a regionalização e a hierarquização dos serviços.

A Universidade deve estar integrada com o sistema de saúde local de modo permanente, não se limitando à simples utilização de seus serviços para a prática da docência. O sistema educacional deve interagir com o de prestação de serviços a fim de que os termos desta equação se equilibrem em contínua interfertilização.

Na XXII Reunião do Conselho Executivo da OPAS (1974), foram definidas as funções das universidades para promover e orientar a comunidade nos programas de saúde. A necessidade de articulação entre serviços e escolas de saúde foram enfatizadas, embora demasiado realce tenha sido dado à universidade como agente capaz de desenvolver... "los planes mejores y más efectivos para la organización y la prestación de la atención médica". Neste documento, foi considerada com seriedade a noção de que a "regionalização docente-assistencial" dentro do conceito de "medicina comunitária", seria um mecanismo essencial para dar formação adequada aos profissionais da saúde. Os conceitos acima evoluíram rapidamente.

Esse movimento, pelo qual passou o Brasil através da influência marcante dos EE.UU., não chegou a resultar satisfatório pelo menos no que se refere a influir decisivamente na transformação do ensino das ciências da saúde. Em outras palavras, o setor educacional não chegou a influir sobre o setor de saúde. De fato, as universidades continuam a formar, "coerentemente", profissionais de saúde para as necessidades atuais do mercado de trabalho.

Os Programas comunitários, ditos de integração

docente-assistencial, conduzidos em algumas universidades brasileiras, embora tenham se constituído em importante elemento questionador e formador de recursos humanos, jamais poderiam ter assumido a ingênua pretensão de atuarem como agentes transformadores da realidade. Seriam melhor classificados como programas de extensão do ensino em ambiente extra-mural da escola.

As universidades brasileiras não se constituíram em agentes de mudança. Não será com as conhecidas aberrações do sistema docente atual que se poderá pretender a integração com os serviços e, através dela, obter a reformulação de seus currículos, reformulação esta que deve ser construída por um pensamento crítico-dialético face à realidade da prática médica.

O ensino das profissões da saúde e o exercício da prestação de cuidados à população são práticas indissociáveis intrinsecamente que, por força da evolução histórica das nossas instituições, têm sofrido um processo artificial e maléfico de individualização.

Tal situação tem sido objeto de inúmeros estudos e análises críticas, bem como em diversos locais esforços têm sido desenvolvidos para superar a dissociação entre a preparação de recursos humanos e sua utilização na área de saúde.

A educação dos profissionais da saúde, como processo inserido na prática de saúde, poderá constituir a motivação capaz de induzir as mudanças dos currículos assim adaptados às reais necessidades da sociedade.

Cumpra, pois, a universidade brasileira, no momento em que se articulam o MS e o MPAS para criar uma realidade no campo da saúde, partir para ocupar seu espaço em um

sistema de integração docente-assistencial que lhe permita ampla reflexão alimentada na prática realística da prestação de serviços. De fato, "Projetos Docente-Assistenciais em áreas determinadas (Distritos Docente-Assistenciais) serão desenvolvidos como parte do PREVSAÚDE".

2. DEFINIÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL:

Em 1979, foi renovado o ACORDO OPS/MS/MEC/MPAS(*) cujo objetivo 2.2, do seu Plano de Ação está assim definido:

- Aperfeiçoar os processos e mecanismos de integração docente-assistencial na formação de recursos humanos para a saúde, desenvolvendo sistemas formais de capacitação que compreendam redes de serviços de ensino e de assistência médico-sanitária.

As estratégias de desenvolvimento para o objetivo acima foram definidas pelo grupo que compõe o Acordo OPS/MS/MEC/MPAS. O plano de Ação comum do acordo prevê entre outras, as seguintes linha de ação:

- Promoção e apoio ao desenvolvimento de experiências selecionadas de formação de recursos humanos através de processos de integração docente-assistencial;

- Apoio à realização de estudos e atividades para a integração dos serviços de saúde próprios das Universidades, especialmente os Hospitais Universitários, no sistema prestação de serviços de saúde.

(*) - Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

De acordo com as sugestões e recomendações do Acordo OPS/MS/MEC/MPAS, a Secretaria de Ensino Superior toma a iniciativa de criar um Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA) definido no presente documento. Trata-se de um Programa integrado, horizontal, resultante da colaboração de todos os grupos setoriais dentro da Coordenação de Ciências da Saúde, SESu/MEC.

O Programa IDA fica, assim, responsável com o assessoramento do grupo que compõe o acordo OPS/MS/MEC/MPAS, pelas ações de promoção e desenvolvimento de projetos de integração docente-assistencial a serem executados por escolas ou centros de ciências da saúde a nível estadual.

3. OBJETIVOS DO PROGRAMA:

3.1. Geral:

Estimular o desenvolvimento de projetos de integração docente-assistencial (IDA), visando situar a formação dos profissionais da área da saúde na realidade regional e nacional.

3.2. Específicos:

a) Apoiar as iniciativas governamentais no setor saúde que venham propiciar o desenvolvimento de sistemas regionalizados e hierarquizados, estimulando a criação de Distritos Docente-Assistenciais;

b) Em cooperação com outros setores do MEC, estimular a implementação de mudanças curriculares que decorrerão, naturalmente, das necessidades educacionais criadas com a racionalização dos serviços de saúde;

c) Promover as atividades de pesquisa voltadas para o interesse da comunidade.

1. CONCEITO DE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL:

O conceito de IDA poderia resumir-se como: "União de esforços em um processo de crescente articulação entre Instituições de Educação e de Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação dos recursos humanos necessários, em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino". Este conceito contém, em sua totalidade, vários aspectos que a seguir se explicitam:

- a) IDA constitui um processo social e como tal é parte do processo global de desenvolvimento da sociedade;
- b) IDA como processo é apenas um meio que facilita a consecução do objetivo fim, que é a satisfação das necessidades de saúde das populações, mediante a prestação de serviços adequados;
- c) IDA não se restringe à formação de determinadas categorias profissionais ou a alguns níveis do Sistema de Educação ou do Sistema de Prestação de Serviços: compreende a todas as categorias profissionais de saúde e a todos os níveis de formação de recursos humanos e de prestação de serviços;
- d) IDA significa compromissos claros das instituições formadoras e utilizadoras de recursos humanos para a melhoria da prestação de serviços, com redefinição de suas práticas, determinação dos recursos humanos necessários e preparação adequada dos mesmos. Desta

forma, o processo está centrado na prestação de serviços, da qual flui a identificação de necessidades de recursos humanos e as oportunidades para sua preparação;

- e) Como processo social integrado, IDA pressupõe e, mais que isto, requer uma participação ativa da comunidade, sujeito do tal processo, o que implica em compromissos claros das Instituições e agentes envolvidos no sentido de promover e desenvolver mecanismos que permitam essa participação;
- f) Nas condições institucionais existentes no País, IDA deve realizar-se respeitando a individualidade das instituições envolvidas no processo, com a especificação das responsabilidades próprias e comuns, mas sem a substituição ou predomínio de umas sobre outras;
- g) IDA implica também um processo de formação do conhecimento e de crítica que, nascendo e desenvolvendo-se em função da realidade, permite sua adequada compreensão e a formulação dos instrumentos para sua transformação;
- h) IDA importa também um conceito diferente do tradicional processo de ensino e aprendizagem, centrando-se em torno a vivências práticas na realidade concreta, em função das quais devem ser desenvolvidos os conteúdos acadêmicos, com a participação ativa dos aprendizes em todo o processo.

5. CARACTERÍSTICAS DE PROJETOS IDA:

A seleção de instituições a serem apoiadas n. desenvolvimento de experiências de integração docente-assistencial pressupõe a identificação de características inerentes a processos IDA que devem existir ou ter potencialidade de efetivação no contexto destas experiências.

Esquemáticamente, tais características podem ser agrupadas com relação a:

- participação social,
- integração institucional e
- modelo de desenvolvimento.

5.1. Participação Social

Considerando os desdobramentos do conceito IDA como um meio de viabilizar a satisfação das necessidades de saúde das populações, mediante a prestação de serviços adequados e o desenvolvimento dos recursos humanos necessários, torna-se indispensável a participação da comunidade como sujeito de tal processo. Isto implica em compromissos explícitos das instituições participantes e seus agentes de promover e desenvolver mecanismos apropriados (formais e informais) de participação das comunidades no desenvolvimento dos projetos IDA em todos os seus aspectos:

- identificação de necessidades,
- planejamento e avaliação de soluções, e
- colaboração na execução de atividades e tarefas.

Possivelmente, não existe, neste momento, nenhum programa que atenda esta característica em toda sua extensão; entretanto, os projetos selecionados deverão ser capazes de desenvolvê-la.

5.2. Integração Institucional

Pelo menos as seguintes características devem ser consideradas quanto ao aspecto institucional da IDA:

5.2.1. Entidades Envolvidas:

É indispensável a participação de todas as instituições públicas com expressiva responsabilidade nas prestações de serviços (Secretarias de Saúde, INAMPS e Ministério da Saúde) e na formação de pessoal de Saúde (Universidades e Secretarias de Educação) na área ou região abrangida pelo Projeto. Aspecto relevante, considerando a conjuntura institucional do País, é a preservação da individualidade das instituições envolvidas.

5.2.2 Partilha de Responsabilidades:

É necessário o estabelecimento de consenso e acordo na definição, por parte das instituições envolvidas, da contribuição e responsabilidade de cada uma quanto às funções de:

- a) identificação de necessidades (natureza e extensão);
- b) definição do modelo de serviços (organização, prestação de serviços e utilização de recursos humanos);
- c) desenvolvimento do modelo de formação de recursos humanos (tipo, perfil, quantidade, capacitação permanente);
- d) pesquisa (criação, desenvolvimento, aplicação de conhecimentos e tecnologia inovadores).

5.2.3. Mecanismos de Cooperação:

A integração institucional deve se efetivar através de instrumentos formais (convênios, acordos, etc.) que explicitem os objetivos e as formas de cooperação das entidades envolvidas no processo de integração docente-assistencial, especificamente com relação ao elenco de funções listadas no tópico anterior.

5.3. Modelo de Desenvolvimento:

5.3.1. Serviços

O eixo em torno do qual se desenvolve o processo de integração docente-assistencial deve ser a prestação de serviços, e neste sentido, o substrato indispensável ao seu desenvolvimento é a organização de um sistema regionalizado de serviços de saúde, dentro do qual são formados, desenvolvidos e utilizados os recursos humanos. Esta afirmação é ainda mais válida se considerarmos que a preparação de recursos humanos não se esgota na etapa de formação no sistema educacional formal, sendo que é uma função permanente que deve cumprir-se em forma continuada no exercício da prática real, específica de saúde ou social. Nessa perspectiva, a integração docente-assistencial não se limita apenas à utilização eventual ou mesmo permanente de um nível de prestação de serviços pelo sistema educacional, mas deve constituir-se numa interação permanente dos dois sistemas e de suas responsabilidades específicas.

Nesta interação, cabe à Universidade um papel importante no desenvolvimento da prestação de serviços, estimulando e apoiando seu aperfeiçoamento, através de:

- a) a nível do sistema como um todo, em sua organização, planejamento, apoio técnico e avali

ação:

- b) a nível das práticas ou da prestação concreta de serviços, a supervisão, a capacitação permanente e a realização eventual de serviços propriamente tais.

Por sua vez, os serviços de saúde assumem uma responsabilidade concreta em relação às atividades de ensino, particularmente através de:

- a) provisão de campo de prática real, em todos os níveis de complexidade e no contexto das realidades sociais da região;
- b) um papel na docência em serviço, através da orientação do aprendiz no exercício de uma prática geral;
- c) a definição das necessidades, e em função delas, das características dos recursos humanos necessários, que servirão de base ao planejamento educacional das entidades de ensino;
- d) um papel complementar no planejamento educacional e na formação direta de recursos humanos (elementar e médio).

Estas responsabilidades intersetoriais não anulam nem diminuem as responsabilidades específicas das instituições de serviços e das instituições de ensino; reafirmam apenas a necessidade de um trabalho conjunto derivado da existência de uma responsabilidade comum, e a procedência da prática como elemento conservador ou modificador das situações existentes. Esquemáticamente, a participação dos Setores Saúde e Edu

cação no desenvolvimento de processos. IDA implicará no desenvolvimento cooperativo e integrado das seguintes funções:

- a) identificação de necessidades de saúde e, em função das mesmas, a organização e o desenvolvimento dos Serviços;
- b) identificação de necessidades de recursos humanos (quantidade e qualidade) e, em função das mesmas, planejamento educacional, a programação de ensino e a preparação dos recursos humanos;
- c) atualização e reciclagem de pessoal através de programas de educação continuada.

5.3.2. Docência

A educação, em regimes políticos abertos, se faz em conflito permanente entre o idealismo do poder e a realidade de concreta. Este processo, essencialmente dinâmico, exige constantes adaptações para que se situe como propulsor das desejadas mudanças sociais.

Assim sendo, os currículos na área da saúde, como em qualquer outra área, devem ser de tal modo flexíveis que permitam pequenas e cumulativas modificações, que, em determinados momentos, conflitando com o estabelecido, se fixem, quando úteis, ou sejam eliminados, quando não respondam ao processo evolutivo da sociedade.

Entretanto, no momento atual, as modificações propostas, no sistema de saúde (PREVISAÚDE), exigem um salto qualitativo da educação. Este documento pretende apenas indicar caminhos mais viáveis para a obtenção deste objetivo, sem

contudo impor às universidades brasileiras um modelo rígido. Muito pelo contrário, a Coordenadoria de Ciências da Saúde (MEC-SESu) procura apenas desobstruir caminhos, deixando às universidades a criatividade de trilhá-los, de acordo com sua sensibilidade diante do fato social.

Assim, ficam aqui indicados princípios essenciais que possam conduzir à criação de modelos curriculares em consonância com as mudanças profundas propostas para o setor saúde. As mudanças, no âmbito do sistema educacional, devem ser significativas no conteúdo dos currículos, na organização das matérias, nos métodos de ensino-aprendizagem e na organização administrativa e pedagógica que lhe dá sustentação.

Os cursos das áreas de graduação devem ser terminais, formando profissionais sem adjetivos, isto é, aqueles que sejam capazes de atender o indivíduo em suas necessidades básicas, e também em termos familiares e comunitários, na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das condições morbidas mais comuns.

Os Distritos Docente-Assistenciais (DDA) são definidos de acordo com alguns princípios gerais, tais como: área geográfica e funcional, níveis de atenção, aspectos demográficos e sócio-econômicos. O DDA deverá constituir-se na área preferencial de integração docência-serviços e será delimitado em cada um dos projetos IDA. O DDA tornar-se-á o substrato físico-co-funcional-administrativo do processo educacional.

As metodologias educacionais devem ser definidas sobre o conceito fundamental de ensino-aprendizagem, o que implica no conhecimento da realidade concreta da problemática regional da saúde. Devem ser mudadas as relações tradicionais professor-aluno, professor-prática: de uma relação predominantemente

temente unidirecional professor-aluno, passa-se a uma relação mais dinâmica, em que o professor deixa de ser a fonte única ou predominantemente do conhecimento, para ser sobretudo um identificador e organizador de experiências práticas e reais de aprendizagem e de fontes de conhecimento sistematizado num processo em que alunos e serviços assumam papel próprio e determinante.

O conteúdo curricular, para que possa servir ao modelo educacional a ser desenvolvido, deve compreender as noções básicas essenciais à compreensão da problemática saúde/doença, produzindo conhecimentos que derivem da observação direta da realidade, sendo assim capaz de modificar atitudes e desenvolver habilidades específicas no futuro profissional. Os fatores causais das doenças, e suas inter-relações, devem ser entendidos em todas as suas dimensões: física, biológica e social. Os conteúdos significativos para a prática profissional devem ser reiterados na organização curricular, a fim de favorecer o desenvolvimento sequencial da aprendizagem. A integração das disciplinas deve ser obtida em todos os níveis a fim de que os cursos da área da saúde mantenham seu caráter de continuidade e homogeneidade. As disciplinas essencialmente integradoras devem ser a Patologia, a Semiologia e a Epidemiologia. Esta última deve ser compreendida não apenas como disciplina capaz de proporcionar informações sobre a origem e a evolução das doenças, mas deve também fornecer os instrumentos necessários à compreensão da saúde em seu inter-relacionamento com os fatores de ordem social e econômica. Em consequência, seu ensino deve estar ligado às ciências sociais, à economia e à administração. A integração de todas as disciplinas dos cursos de ciências da saúde deverá resultar em currículos, cujo eixo central seja constituído por uma matriz de conteúdos biológico e social básicos, em torno do qual se articulem todas as demais atividades docente-assistenciais. Compreendido dessa maneira, o

conteúdo curricular deve proporcionar a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos na vivência do mundo real da prestação de serviços, em seus diferentes níveis de atenção, aos quais os alunos deverão ser expostos precoce, contínua e sucessivamente.

O processo de ensino-aprendizagem se desenvolve simultaneamente, no laboratório, nas instituições de saúde e na comunidade. Resulta também que os chamados "generalistas" em qualquer área da saúde devem ser, de fato, como definido anteriormente, os egressos dos cursos de graduação, e deverão ser capacitados profissionalmente nos dois primeiros níveis de atenção (primário e secundário), com ligeiras incursões a nível terciário.

Tanto física como funcionalmente, os níveis de atenção à saúde são bem delimitados. Isto pode ser útil na administração docente, constituindo-se departamentos não mais por grupos de disciplinas afins, mas sim por níveis de atenção. Desde que as atividades didáticas terão: a) que ser executadas dentro de determinado espaço físico-funcional (o DDA); b) que dentro deste espaço facilmente poderão ser visualizados os níveis de atenção; c) que da administração conjunta serviço-docência depende, em grande parte, o desenvolvimento do ensino; d) que a abordagem do processo didático é essencialmente de ensino-aprendizagem e desenvolvido sobre a prática das ações de saúde, em equipes inter-profissionais, de menor para maior complexidade, compreende-se que as grandes divisões didáticas deverão ser exatamente aquelas que correspondam aos níveis de atenção à saúde. Serão necessárias mudanças administrativas de vulto dentro das escolas da saúde para que estes objetivos possam ser alcançados. De fato, a formação do profissional de saúde deverá ser feita com ênfase em atividades de ambulatório, centros e postos de saúde, e a níveis familiar e comunitário.

Deve ficar ainda estabelecido que, em atendimento às diretrizes atuais da Política Nacional de Saúde, os Projetos IDA deverão conceder ênfase especial ao desenvolvimento dos Serviços Básicos de Saúde, no contexto do PREVSAÚDE, exigindo, por consequência completa articulação entre os sistemas da educação e da saúde. A administração dos DDAs deve ser participativa, sendo as responsabilidades, de cada instituição participante, bem definidas.

5.3.3. Pesquisa

A integração docente-assistencial, nos termos aqui referidos, significa também uma nova perspectiva para atividades de pesquisa, vinculando-as de forma mais direta às necessidades derivadas da prática social e de saúde. Nessa perspectiva, a pesquisa não é uma função a ser cumprida apenas pelas "instituições de pesquisa" ou pelos "pesquisadores", mas admite e, mais que isto, exige a participação de todos aqueles que fazem as práticas concretas de saúde ou de ensino.

6. METAS:

Em decorrência de seus objetivos, o Programa tem, como meta inicial, o estabelecimento de projetos IDA em diferentes regiões do país.

Dentro do período de 4-5 anos espera-se que o programa tenha atingido, através de seus projetos nas respectivas áreas, as seguintes metas:

- a) desenvolvimento do modelo regionalizado e hierarquizado de saúde na área, com a cobertura total da população por serviços básicos dentro de sua área de atuação e articulação

- efetiva destes serviços com os demais níveis de atenção;
- b) melhoria da qualidade da atenção à saúde com satisfação da comunidade e dos profissionais de saúde;
- c) participação da Universidade em todos os níveis de atenção à saúde no âmbito do seu "Distrito Docente-Assistencial";
- d) desenvolvimento de recursos humanos, em todos os níveis, de acordo com as necessidades dos serviços de saúde;
- e) modificação do conceito clássico do processo ensino-aprendizagem, emprestando à formação de recursos humanos o maior realismo possível;
- f) atendimento das legítimas aspirações de alunos e professores no sentido do aprimoramento do ensino em seu processo de adaptação às necessidades reais da comunidade;
- g) desenvolvimento de pesquisas que proporcionem o conhecimento das necessidades de saúde da área e propiciem o aprimoramento dos projetos através de adaptações sucessivas, visando melhor atendimento à comunidade;
- h) amplo conhecimento de conceitos e práticas da "medicina tradicional", com incorporação de seus valores à "medicina científica ocidental";
- i) atuação efetiva da comunidade em todos os setores de saúde e desenvolvimento.

7. PROGRAMA DE TRABALHO:

A Secretaria de Ensino Superior, MEC, em colaboração com o Grupo de Acordo OPS/MS/MEC/MPAS, desenvolverá um programa de trabalho que constará das seguintes etapas:

7.1. Atividades Preliminares

- Seleção preliminar de experiências em desenvolvimento ou áreas com potencialidades de desenvolvimento de projetos IDA.
- Estabelecimento de contactos institucionais e previsão de compromissos viáveis;
- Identificação de fontes de recursos e programação de mecanismos de desenvolvimento dos referidos planos (apoio propriamente dito aos Projetos);
- Aprovação dos Projetos pelos Órgãos Ministeriais e pela Comissão de Coordenação do Acordo.

7.2. Implantação dos Projetos IDA

Durante esta etapa, deverá ser elaborado um documento conjunto, para cada projeto, chamado PLANO OPERACIONAL, com o desenvolvimento simultâneo das seguintes atividades:

- a) discussão e estabelecimento de consenso inicial sobre conceito de integração docente-assistencial que oriente o estabelecimento de um perfil de características inerentes a verdadeiros programas de integração docente-assistencial;
- b) promoção, entre todos os setores da comunidade, incluindo-se os serviços de saúde e de desenvolvimento social, visando a sua organiza-

ção e participação efetiva e consciente nos projetos;

- c) definição de critérios de seleção de áreas e instituições capazes de desenvolver experiências de integração docente-assistencial;
- d) identificação e estabelecimento de mecanismos e formas de apoio político, institucional, técnico e financeiro e tais instituições;
- e) assinatura de convênios para consecução dos objetivos deste programa.

7.3. Operacionalização dos Projetos

Os mecanismos a serem descritos no PLANO OPERACIONAL permitirão o desenvolvimento dos projetos.

8. ESTRATÉGIA DE DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA:

Embora os planos operacionais específicos devam conter todos os detalhes para o desenvolvimento de cada projeto, ficam, desde já, definidas algumas condições e critérios necessários à uniformização desses Projetos. Isto, entretanto, não significa que estes parâmetros têm valor absoluto na estratégia do desenvolvimento de projetos IDA: são, isto sim, um perfil de condições, cuja viabilidade de concretização exista efetivamente no contexto social, político e institucional de uma determinada região em que se processe a experiência a ser apoiada.

8.1. Apoio

A Assessoria ao Programa de Integração Docente-

Assistencial, constituída como programa horizontal envolvendo todas as áreas Coordenadoria das Ciências da Saúde, da SESu, tem como finalidade dar apoio integral aos projetos IDA.

Por outro lado, a Comissão de Coordenação do Acordo OPS/MS/MEC/MPAS, através de seus titulares junto aos Órgãos Ministeriais envolvidos, envidará esforços para orientar o apoio a ser dado às novas experiências de integração docente-assistencial através de múltiplos canais e instâncias ministeriais, de modo a atrair as decisões e a orientação dos meios de apoio aos Projetos IDA.

8.2. Coordenação Geral do Programa

A coordenação geral do programa será feita a nível central através do Programa de Integração Docente-Assistencial (SESu, MEC) com o assessoramento do Grupo que compõe o Acordo OPS/MS/MEC/MPAS.

8.3. Identificação dos Projetos

Para delimitação da área geográfica abrangida por projetos IDA deve existir, ou ser criado, um Distrito Docente-Assistencial (DDA), cujo espaço funcional se define como a área de abrangência (ou parte da mesma) tanto de uma Região de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde como de uma Gerência Sub-Regional de Medicina Social do INAMPS ("Áreas Comuns" instituídas pelas CIPEs - Aviso-Circular MS/MPAS 493/79).

8.4. Integração e Coordenação dos Projetos

Para tal, deverá ser constituído um Grupo de Integração Docente-Assistencial (GIDA) - responsável pelo planejamento, coordenação, acompanhamento e avaliação do programa a

ser desenvolvido no respectivo DDA. Na composição básica do GIDA, devem haver representantes dos serviços de saúde, de desenvolvimento social, previdência e da Universidade. Deve-se estudar a maneira pela qual a Comunidade participe deste Grupo.

8.5. Responsabilidades Institucionais a Nível dos Projetos

Compromissos deverão ser formalizados entre as Instituições representadas no GIDA para o desenvolvimento do Projeto IDA, prevendo especificamente mecanismos de articulação e coordenação para o desempenho cooperativo e integrado das seguintes funções:

- identificação de necessidades de saúde quanto à sua natureza e extensão;
- organização da prestação de serviços de saúde, definindo-se prioridades na utilização de recursos humanos;
- identificação das necessidades de recursos humanos (tipo, perfil, quantidade);
- desenvolvimento de recursos humanos (planejamento educacional, programação de ensino e operacionalização de programas de preparação e educação continuada);
- definição de formas de utilização de recursos humanos através do estabelecimento de carreiras para os profissionais de saúde de todos os níveis e categorias;
- criação, desenvolvimento e aplicação de conhecimentos e tecnologias inovadoras e adequadas;
- avaliação dos serviços de saúde e dos programas de preparação e educação continuada de re

cursos humanos;

- financiamento: alocação compatibilizada ao nível de projetos cujas ações se efetivam no âmbito do EDA, dos recursos de cada instituição.

9. AVALIAÇÃO:

A avaliação dos projetos deve ser contínua e feita de forma conjunta pela Universidade e os serviços com assessoramento da SESu, de acordo com os objetivos e metas definidas neste documento.

Um relatório anual deve ser elaborado conjuntamente pelas áreas docentes e de serviços, e submetido à SESu.

A avaliação do Programa será a resultante da somatória das metas atingidas pelos projetos.

