

5

COLETÂNEA

CORONAVÍRUS
E O IMPACTO NA EDUCAÇÃO
SUPERIOR BRASILEIRA

**Formação
acadêmica de
profissionais
da saúde
como ação
estratégica
em momentos
de crise**

VOLUME 5

EDUX
CONSULTORIA


EDUX


CONSULTORIA

**CONSTRUINDO EDUCAÇÃO
SUPERIOR DE QUALIDADE**

WWW.EDUXCONSULT.COM.BR

 **edux@eduxconsultoria.com.br**

 **+55 61 3554-0072**

 SHN Qd. 01, Bl. "F", Entrada "A", Conj. "A"
Edifício Vision Work & Live, Salas 1301-1303
CEP: 70.701-060 - Asa Norte, Brasília/DF



COLETÂNEA

CORONAVÍRUS

E O IMPACTO NA EDUCAÇÃO
SUPERIOR BRASILEIRA

**Formação acadêmica
de profissionais da
saúde como ação
estratégica em
momentos de crise**

VOLUME 5

EDUX
CONSULTORIA



Edux Consultoria

SHN Qd. 01, Bl. "F", Entrada "A", Conj. "A" – Edifício Vision Work & Live,
Salas 1301, 1302 e 1303

CEP: 70.701-060 – Asa Norte, Brasília/DF

Tel.:(61) 3554-0072 | edux@eduxconsultoria.com.br

www.eduxconsult.com.br

Diretora Executiva

Iara de Xavier

Diretora Técnica

Patrícia A. F. Vilas Boas

Equipe

Ana Karolina Sousa

Bárbara Modesto

Carmem Oliveira

Daniela Torquato

Heverton Carvalho

Isabela Carvalho

Kaio Alves

Laiz Leite

Marco Antonio Rodrigues

Victor Vidal

Organização

Iara de Xavier

Patrícia Vilas Boas

Autoria

Francislene Hasmann

Paulo Chanan

Edição

Ana Flávia Flôres /

AF2 Comunicação

Projeto gráfico e diagramação

Gherald George

H3529f Hasmann, Francislene

Formação acadêmica de profissionais da saúde como ação
estratégica em momentos de crise / Francislene Hasmann, Paulo
Chanan-Silva –. Brasília, EDUX Consultoria, 2020.

65p.: il. – (Coletânea Coronavírus e o Impacto na Educação Superior
Brasileira, v. 5)

ISBN: 978-65-990912-5-4

1. Pandemia – Brasil. 2. Educação Superior – Impacto - Brasil. 3.
Políticas Públicas – Brasil. 4. Coronavírus - Brasil. 5. Saúde - Brasil.
6. Qualificação Profissional. 7. Capacitação Profissional. I. Título. II.
Chanan-Silva, P. C.

CDU 616-036.21:378(81)

SUMÁRIO

Apresentação	7
Formação acadêmica de profissionais da saúde como ação estratégica em momentos de crise	9
Formação acadêmica dos profissionais da saúde e a sociedade	11
Capacitação profissional e ética	19
Disponibilidade de profissionais: um problema global.....	25
Necessidades regulatórias e as barreiras à formação de profissionais de saúde.....	34

Considerações finais.....	55
Sobre os autores.....	57
Bibliografia.....	58

APRESENTAÇÃO

A pandemia de Covid-19 que se abateu sobre o planeta no primeiro semestre de 2020 ficará para sempre marcada na história da humanidade. Ao que tudo indica, as centenas de milhares de mortes provocadas pela doença, os novos protocolos de higiene e de interação social e as mudanças de hábitos impulsionadas por um contexto de distanciamento social serão marcas deste período de ruptura com práticas e costumes cunhados no século XX. Quiçá com o próprio século XX.

Como isso não é tudo, para além dos impactos sanitários e comportamentais, a disseminação do coronavírus trouxe uma série de desafios nas mais distintas esferas da sociedade: econômica, social, cultural, entre outras.

No âmbito da educação, os desdobramentos também foram muitos. A suspensão das aulas presenciais; a urgência na formulação de alternativas remotas para evitar a perda do ano ou do semestre letivo; os debates regulatórios em torno da validação de novas metodologias educacionais; e os desafios referentes à inclusão digital de docentes e discentes são algumas das adversidades que precisaram ser enfrentadas em um curto espaço de tempo.

Trata-se, portanto, de um momento que demanda profundas reflexões não apenas sobre os impactos da Covid-19, mas, também, sobre os seus desdobramentos.

Com o objetivo de contribuir para essas reflexões e seus encaminhamentos no universo da educação superior, a EDUX CONSULTORIA disponibiliza a coletânea *Coronavírus e o Impacto na Educação Superior Brasileira*. Elaborado a partir de referenciais teóricos e regulatórios, todo o conteúdo foi construído por especialistas que há anos atuam no acompanhamento, no monitoramento e na formulação de políticas públicas para a área.

Este quinto volume trata sobre a relevância da formação de profissionais de saúde – e como o *déficit* pré-existente de expertos da área foi potencializado durante a pandemia, resultando em medidas que comprometeram a qualidade dos profissionais disponibilizados no mercado de trabalho – e como a legislação vigente no país dificulta o acesso à formação profissional qualificada no âmbito da saúde.

Importante lembrar que temas igualmente relevantes foram abordados nos quatro volumes anteriores. Uma análise das ações governamentais com o objetivo de mitigar os impactos da pandemia na educação é o assunto do volume 4. O terceiro volume debate a relevância da educação superior no combate ao novo coronavírus, enquanto o segundo volume apresenta as mudanças regulatórias implementadas para adequar a oferta da educação superior ao contexto de distanciamento social. Por fim, o volume 1 aborda a contextualização da face interdisciplinar do vírus, sua chegada ao país e as reflexões e oportunidades postas para a humanidade.

É certo que, assim como os impactos, as incertezas são muitas. O mundo passa por grandes rupturas e pelo estabelecimento de novos paradigmas. No setor educacional o cenário não é diferente. Por isso, mais do que nunca, informação de qualidade é essencial para o processo de tomada de decisão das instituições de educação superior.

Boa leitura!

Formação acadêmica de profissionais da saúde como ação estratégica em momentos de crise

O ano de 2020 iniciou-se com um surto de doença causada pelo novo coronavírus, a Covid-19. Em 30 de janeiro, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou emergência de saúde pública de importância internacional e em março, devido à degradação da situação mundial, declarou a existência de uma pandemia global.

Essa situação tem afetado os mais diversos setores. Em junho, seis meses depois do início da epidemia na China (dezembro de 2019), o planeta registrava mais de 10 milhões de casos e cerca de 500 mil mortes por Covid-19, com previsão de muitos novos casos e óbitos nos meses seguintes.

No Brasil, a situação não era menos grave. Mais de 1,3 milhão de infectados e a triste marca de 50 mil mortos foi superada no início do mês¹. Estes dados levaram pesquisadores e empresários a um questionamento importante: *estamos preparados para crises como esta?*

A resposta mais correta seria não. Não nos preparamos corretamente para o enfrentamento desta ou de outras crises sanitárias como a que se propagou pelo mundo em 2020. A situação imposta pela pandemia de Covid-19 desafia a todos e, em especial, a área de saúde, que depende de seus profissionais.



O enfrentamento a esta pandemia (e mesmo outras emergências sanitárias que possam surgir) perpassa pela ampliação da capacidade de atendimento da estrutura de saúde. Conseqüentemente, desencadeou uma busca desesperada de gestores e de empresas de saúde para adaptação, criação e ampliação das estruturas necessárias ao tratamento dos pacientes diagnosticados com Covid-19. Muito além da falta de insumos e equipamentos, estes gestores se depararam com uma dificuldade há muito alertada por entidades médicas do Brasil e do mundo: a falta de profissionais de saúde².

No Brasil, em especial, a pandemia escancarou a desigualdade na disponibilidade de profissionais de saúde nas diversas regiões, mas também mostrou que há falta desses profissionais. Em diversos estados foram publicados editais emergenciais para a contratação de médicos (brasileiros ou não), mesmo sem a devida revalidação de diplomas nos casos em que ela era necessária.

Em um esforço inédito, o Ministério da Educação (MEC) tomou a decisão inusitada de autorizar a formação antecipada de jovens profissionais de saúde sem que tivessem cumprido todas as exigências curriculares previstas (colação antecipada)^{3,4,5}.

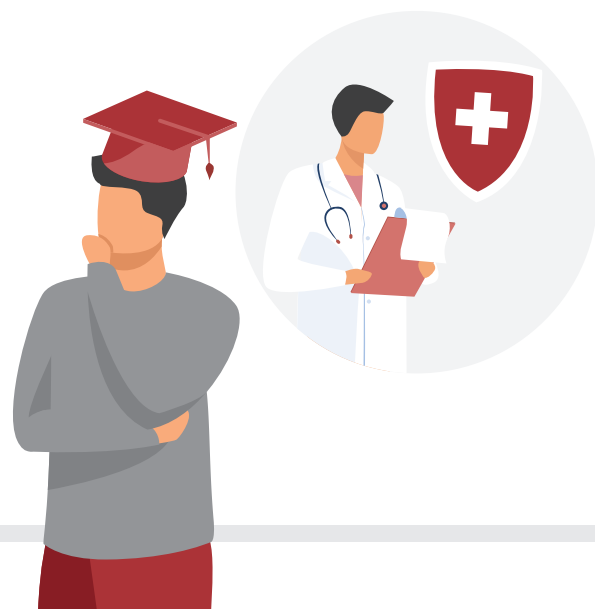
Todas essas ações urgentes foram empenhadas no sentido de tentar sanar a deficiência de profissionais de saúde nas ações de combate à Covid-19.

FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E A SOCIEDADE

As instituições formadoras de profissionais, em especial as universitárias, têm papel fundamental no desenvolvimento de uma nação. No entanto, a sociedade parece não reconhecer de forma integral as contribuições da formação universitária e tem conferido à educação superior um caráter elitizado, quando não minimizado a sua necessidade.

Segundo diversos autores, a universidade foi criada para que conhecimentos fossem produzidos e transmitidos de forma a auxiliar a sociedade em suas necessidades e demandas. Portanto, ela tem irrefutável função social^{6,7}.

No Brasil, as instituições de educação superior (IES) são recentes quando se compara com o restante do mundo, tendo sido a do estado de São Paulo a primeira universidade criada, em 1934. Mas, só 54 anos após, a Constituição Federal de 1988 deu o caráter formal à relevância social da universidade como formadora de profissionais⁸.

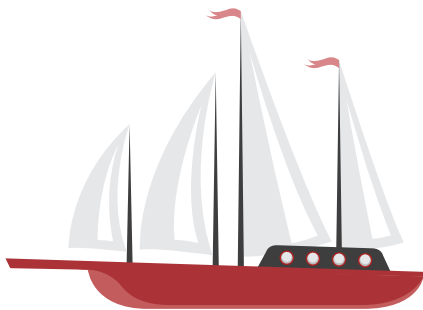
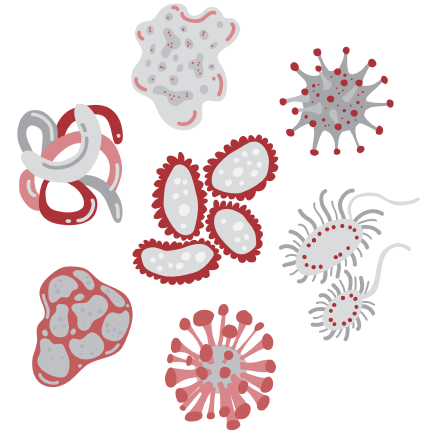


É inegável que as atividades desempenhadas pelas instituições de educação superior são essenciais para a promoção do desenvolvimento social, visto que formam profissionais qualificados para atuação nos mais diversos setores (seja por meio das atividades de ensino, de pesquisa e/ou de extensão). São, portanto, grandes protagonistas na diminuição das desigualdades sociais e econômicas e no atendimento às demandas da sociedade⁹.

Pandemias ao longo da História

A formação de profissionais qualificados é e sempre foi de suma importância. A pandemia de Covid-19 não é a única crise, nem mesmo atualmente, a desafiar o mundo. As epidemias e pandemias se sucedem na História da humanidade e causam medo e devastação desde os tempos mais longínquos.

A **Peste Antonina** (estima-se que tenha ocorrido entre os anos 165 e 180) assolou o antigo Império Romano e foi ocasionada pelo retorno de soldados que haviam lutado no Oriente Médio. Devido à imprecisão e escassez de dados, não há como identificar a doença, mas as teses levantadas dão conta de ter sido ocasionada pela varíola ou sarampo e estima-se que tenha dizimado 5 milhões de pessoas, incluindo Marco Aurélio, irmão do imperador Lucio Vero¹⁰.

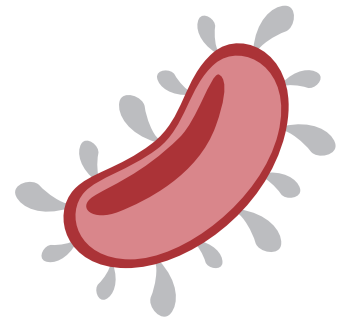


Apesar da documentação limitada, a humanidade também lidou com a **Praga de Justiniano** (acredita-se que tenha ocorrido entre 541 e 542). Estima-se que tenha sido responsável pela morte de 25 milhões de pessoas e [que tenha] se espalhado entre as cidades portuárias de todo o Mediterrâneo. Ela tirou a vida de metade da população de Constantinopla (atual Istambul, na Turquia), antiga capital do Império Bizantino, que era afetada por ratos provenientes de barcos mercantes oriundos de várias localidades. Os animais tinham pulgas contaminadas, as quais passavam a infectar também os seres humanos^{10, 11}.

A História também relata a luta contra a **Variola Japonesa** (de 735 a 737). Informações dão conta de que os japoneses, com práticas de intercâmbio de produtos com outras localidades na Ásia, foram contaminados na Coreia. A varíola se espalhou com grande rapidez e ocasionou mais de 1 milhão de mortes. Esse número representava mais de um terço da população do Japão naquela época.

Mais tarde, a também documentada **Peste Bubônica**, conhecida como **Peste Negra**, causada pela bactéria *Yersinia pestis*, assolou a Europa no século XIV (1348 a 1353), matando entre 75 e 200 milhões pessoas¹⁰.

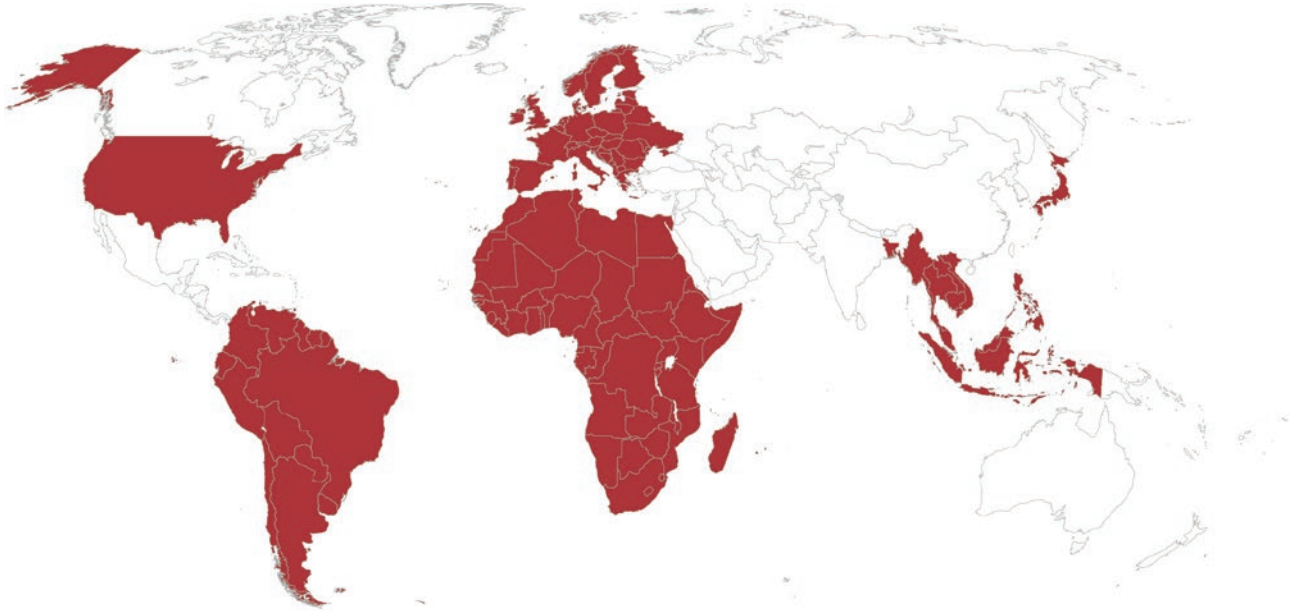
A primeira epidemia global de **Cólera** (causada pelo *Vibrio cholerae*) aconteceu em 1817 e matou centenas de milhares de pessoas. Com diversas mutações e novos ciclos epidêmicos de tempos em tempos, é, até os dias atuais, considerada uma pandemia que atinge, em especial, países subdesenvolvidos e/ou em desenvolvimento, tais como o Haiti, em 2010, ou o Iêmen, onde causou a morte de mais de 40 mil pessoas em 2019. O Brasil também sofre com surtos da doença, em especial nas áreas mais carentes^{10,11}.



Estima-se que a pandemia de **Gripe Espanhola**, desencadeada em 1918, tenha dizimado entre 40 e 50 milhões de pessoas até 1920. A doença, causada por um vírus influenza, mostrou-se devastadora. Acredita-se que um quarto da população mundial na época tenha sido infectada, tendo, inclusive, matado o então presidente do Brasil, Rodrigues Alves, em 1919^{10,11}.

Entre 1957 e 1969 a Ásia sofreu com duas outras epidemias regionalizadas. A primeira trata-se da **Gripe Asiática** (1957 a 1958), causada por uma cepa de gripe aviária denominada de H2N2. Passados seis meses da sua identificação na China, a doença assolava todo o continente, deixando mais de um milhão de mortos.

Em 1968 foi a vez de uma cepa do subtipo H3N2, identificada primeiramente na China, atravessar a Terra e atingir os Estados Unidos, a Europa, o Sudeste Asiático, o Japão, a América do Sul e a África, causando mais de 2 milhões de mortes. Ficou amplamente conhecida como a **Gripe de Hong Kong**^{10, 11}.



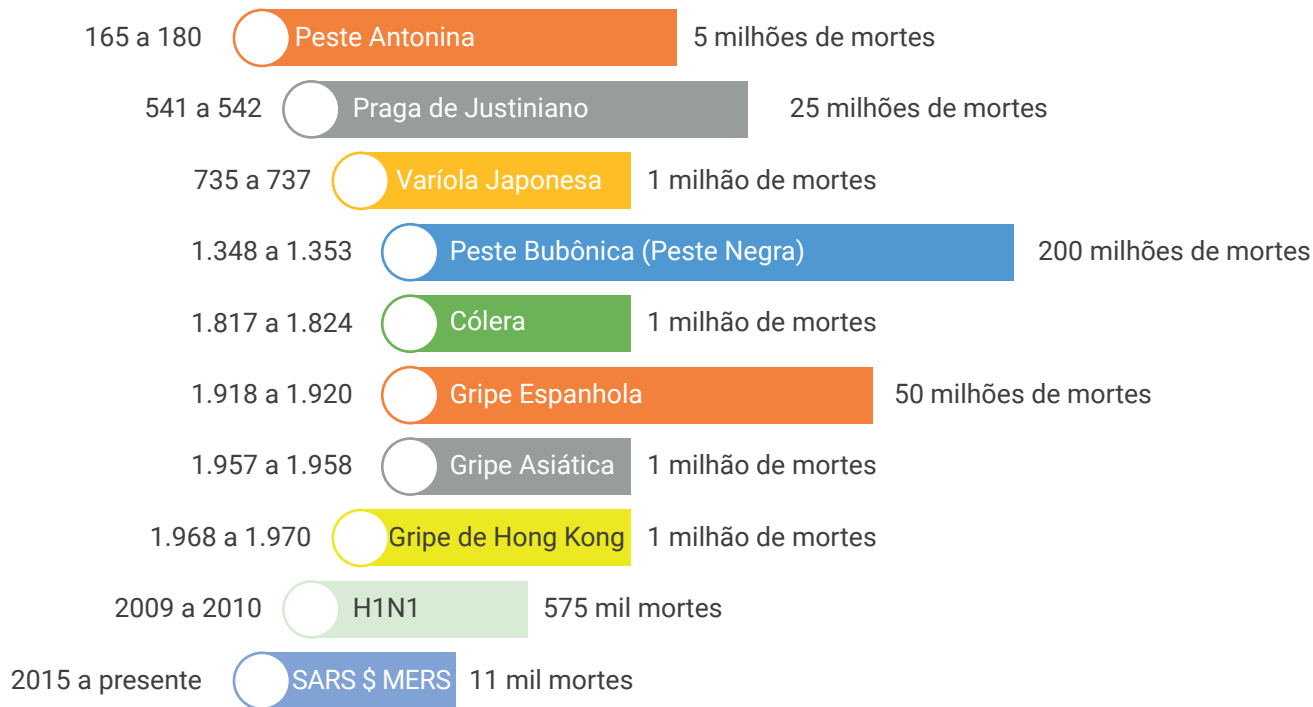
O século XXI tem presenciado epidemias que têm sido contidas em algum nível temporal ou geográfico. A primeira, conhecida como **Gripe Suína**, foi causada pelo H1N1 e iniciou-se com um vírus surgido em porcos, no México, em 2009. De lá, espalhou-se rapidamente pelo mundo, matando 16 mil pessoas. No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em maio de 2009 e, no fim de junho, 627 pessoas estavam infectadas no país, de acordo com o Ministério da Saúde. Estima-se que, em todo o planeta, entre 150 mil e 575 mil pessoas tenham morrido de causas associadas à infecção por H1N1^{10, 11}.

O início deste século ainda presenciou outras duas epidemias de **Coronavírus** (pelo SARS-CoV e a síndrome respiratória do Oriente Médio - MERS), as epidemias de **Ebola**, na África, e a **Gripe Aviária (H5N1)**^{10, 11}.

A **SARS**, detectada em 2002 na China, foi responsável pela morte de cerca de 10 mil pessoas em todo o mundo. Em 2012, foi detectada na Arábia Saudita uma nova variante de Coronavírus (Mers-CoV), responsável pela **Síndrome Respiratória do Médio Oriente (MERS)** que, estima-se, tenha causado a morte de 898 pessoas entre 2012 e 2019^{10,11}.

A figura a seguir ilustra o desenrolar cronológico e devastador de algumas das principais epidemias e pandemias que assolaram a humanidade e de que se tem algum registo.

Representação cronológica de epidemias e pandemias que assolaram a humanidade e número de mortes

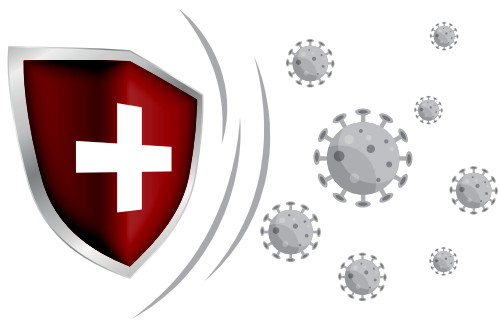


Fonte: Elaborado pelos autores.

Antecipação e vigilância

Há algum tempo que estudiosos e comunidade científica internacional alertavam sobre o risco do surgimento de novas pandemias. A questão não era *se*, mas *quando* elas ocorreriam¹¹. Hoje, a humanidade vive uma das maiores crises sanitárias da contemporaneidade.

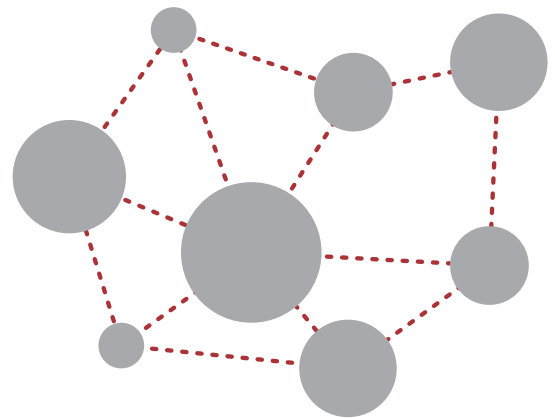
O número de mortes resultantes da pandemia de Covid-19 ainda é uma incógnita, mas estimativas indicam que poderá superar a marca de três milhões. Caso isso realmente ocorra, resultará em mais óbitos do que todas as pandemias e epidemias registradas no século passado juntas.



Assim, parece urgente a necessidade de a humanidade se preparar para situações de crise, o que decorre de se antecipar às necessidades desencadeadas nesses momentos.

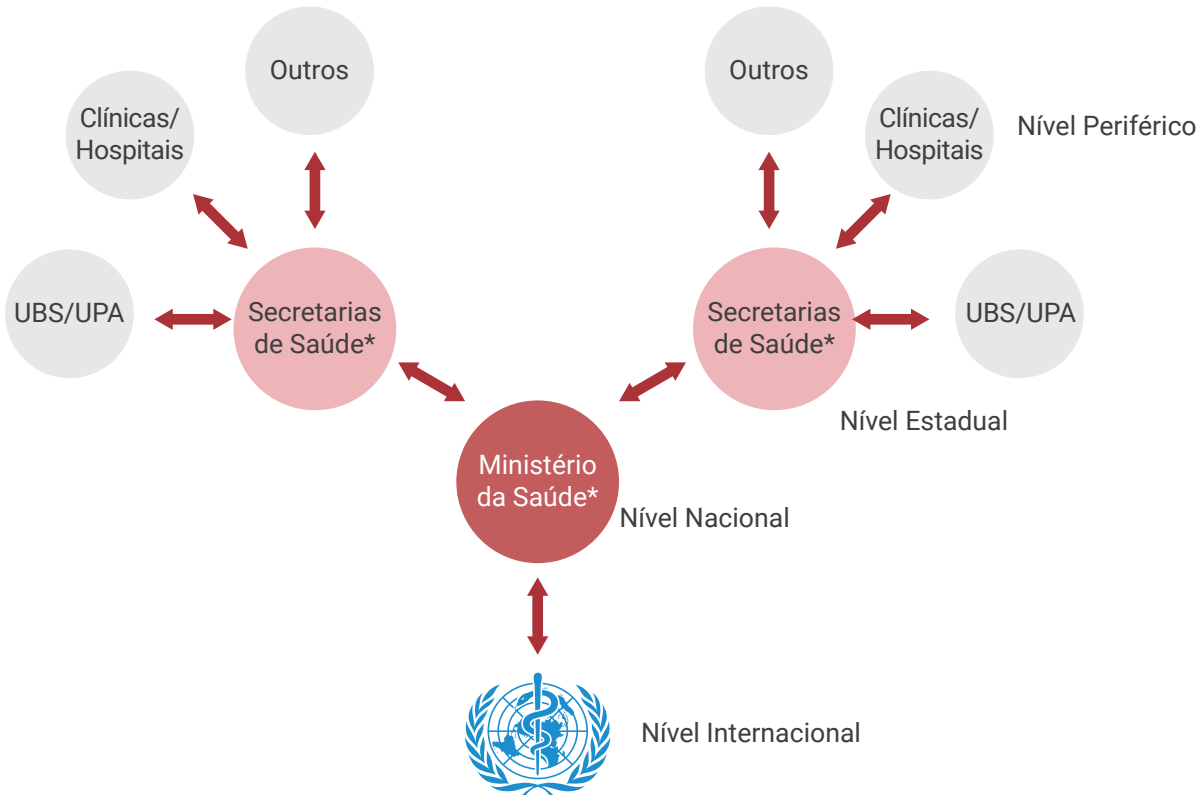
Uma primeira e importante ação refere-se à melhoria dos sistemas de **vigilância epidemiológica**, que podem ser definidos como o conjunto de estratégias, imediatas e de longo prazo, utilizadas para combater doenças infecciosas¹².

Em todo o mundo, a vigilância epidemiológica carece de atenção especial e do desenvolvimento de um sistema em rede, interconectado dentro dos países e, preferencialmente, vinculado e também interconectado, de forma ágil, a um órgão internacional que, por sua vez, integre os diferentes países do mundo. Neste contexto, surge a Organização Mundial da Saúde (OMS) como esse agente integrador de informações e ações¹³.



A figura a seguir esquematiza a troca de informações possíveis na vigilância epidemiológica internacional, que pode e deve ser empregada em momentos de crises mundiais, como a atualmente enfrentada.

Esquematização do fluxo de informação na vigilância epidemiológica



Fonte: Adaptado da OMS, 1999¹³.

Neste modelo apresentado, a OMS representa o integrador, no âmbito internacional, das informações intercambiadas pelos diferentes níveis que se sucedem.

O nível nacional seria responsável pela integração das informações recebidas do nível estadual. No Brasil, são representados, respectivamente, pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais de Saúde.



O nível estadual, por sua vez, seria o responsável por compilar e retransmitir informações de/para o nível periférico onde ocorre, de fato, o atendimento ao paciente. No Brasil, este nível está representado pela atenção à saúde realizada pelos diferentes agentes do SUS (Sistema Único de Saúde).

O fortalecimento, o desenvolvimento e a modernização das estruturas que atuam, em especial, nos níveis estaduais e periféricos (com ênfase neste último) é urgente para que o fluxo de informações em ambas as direções seja rápido, eficiente e efetivo¹³.

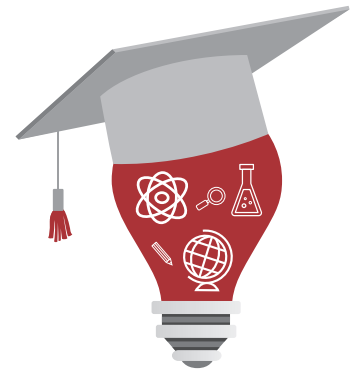
Um segundo ponto importante é o **fortalecimento das estruturas** necessárias para o desenvolvimento de análises e pesquisas clínicas e de insumos farmacêuticos e medicinais. Ambas as frentes são fundamentais para o rastreamento de evidências e para o saneamento dos casos (como na fabricação de vacinas)^{11,13}.

Uma terceira ação que deve ser reforçada e incentivada em tempos de crise como a causada pela Covid-19 é a **atuação e a participação de instituições universitárias**, pois elas desempenham papel fundamental no enfrentamento enquanto formadoras de profissionais da saúde.

CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL E ÉTICA

Muito além de formar *profissionais*, as universidades são fonte de conhecimento e ciência, sem os quais a humanidade não conseguiria superar crises como a atual e todas as outras já enfrentadas, além das que ainda virão.

Em tempos de crise, os esforços empenhados dentro das instituições de educação superior são inúmeros e inestimáveis. Primeiramente, vale destacar o empenho no sentido de observar, controlar e mitigar a doença em si por meio de ações como:



- Estudos epidemiológicos da doença e verificação da transmissibilidade e seus padrões, quando for o caso.
- Descrição da patogênese da doença: quais sintomas, como se dá o acometimento, qual a evolução, entre outras.
- Desenvolvimento de testes diagnósticos que permitem o acompanhamento real da evolução da doença, isolamento de contaminados e aplicação segura de medicamentos.
- Pesquisa de terapias medicamentosas que possam evitar complicações e até a cura, como tratamentos antivirais que podem ser conduzidos a partir de medicamentos existentes ou novos.
- Pesquisa por terapias à base de anticorpos capazes de curar ou ajudar na cura. Podem acontecer a partir de bibliotecas existentes ou novos anticorpos.
- Desenvolvimento de vacinas que busquem imunizar a população contra agentes infecciosos, em especial quando se fala de agentes com disseminação assintomática.



No entanto, o papel da universidade em momentos de crise não se resume às ações de pesquisa e desenvolvimento de conhecimento e produtos. As IES são grandes responsáveis pela formação das equipes multidisciplinares, estratégicas e imprescindíveis em situações de emergência.

As instituições universitárias são protagonistas na formação de profissionais de saúde, em especial de enfermeiros e médicos que são os atores principais no combate a pandemias. No entanto, os profissionais essenciais em situações de crise, em especial as sanitárias, não se resumem a médicos e enfermeiros. A demanda é por uma equipe multidisciplinar especializada, sem a qual o tratamento não se dará de forma eficaz.

Uma equipe multiprofissional é aquela que desenvolve um trabalho coletivo e congrega recíprocas e múltiplas intervenções e técnicas, além de contar com a participação ativa de profissionais de diferentes áreas.

A equipe multidisciplinar tem sua formação nas instituições educacionais e, no momento atual, conta com a participação de enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, psicólogos, técnicos de enfermagem. E não se pode esquecer dos nutricionistas e dentistas^{14, 15, 16}.

Assim, é necessário compreender que o papel da universidade na formação é amplo e muito importante, pois visa formar profissionais capazes de uma ação global, que enxergue o paciente de forma integral. Para tanto, de forma sucinta, é preciso entender o papel de cada um^{15, 16}.



Enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem

As instituições de educação superior formam enfermeiros capazes de atuar com base no rigor científico e intelectual, sempre pautados por princípios éticos e preparados para intervir nas situações mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional. Também há o cuidado para que sejam capazes de identificar as dimensões dos determinantes para tais situações com responsabilidade social e compromisso com a cidadania e com a promoção da saúde integral do ser humano¹⁷.

Nas situações de crise, esses profissionais estão capacitados para a gestão de equipes sob sua responsabilidade, bem como para a introdução de medicamentos e tratamentos^{16,17}.

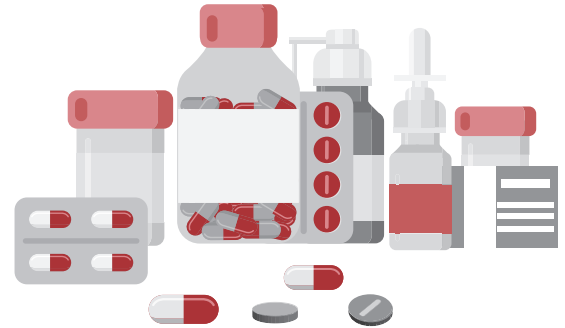
Não menos importantes que os enfermeiros, os técnicos e auxiliares de enfermagem são as engrenagens que mantêm hospitais, clínicas e ambulatorios funcionando. Em momentos de crise, são eles que, sob a orientação de enfermeiros, fazem a aplicação de medicamentos (exceto em pacientes críticos) e realizam procedimentos como a higienização de pacientes e a aferição de temperatura, saturação e pressão arterial de forma periódica.



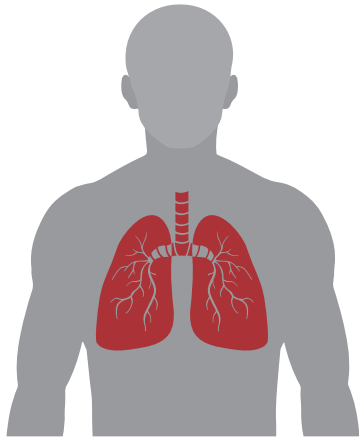
Farmacêuticos

As instituições universitárias têm a missão de formar farmacêuticos éticos e responsáveis na sua relação com fármacos e na assistência farmacêutica que, de forma integrada, contribui para a formação de análises clínicas, toxicológicas e correlatas em prol do cuidado à saúde do indivíduo e da sociedade^{16,18}.

Especialmente nos momentos de crise, os farmacêuticos têm a responsabilidade de orientar e esclarecer em aspectos relacionados a dispensação de medicamentos, bem como seus efeitos e interações, atuando ainda na aquisição, controle e distribuição de medicamentos e materiais hospitalares, função de grande importância em ocasiões de escassez de medicamentos e outros¹⁶.



Fisioterapeutas



A formação destes profissionais requer uma visão global da área, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, e que estejam prontos e capacitados para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, tendo como base o rigor científico e intelectual¹⁹.

É esse profissional que atua no manejo de equipamentos e terapias que visam a melhora do sistema respiratório e da capacidade física, contribuindo para a qualidade de vida do paciente. No caso da Covid-19, é imprescindível quando há comprometimento dos pulmões em seus diversos estágios^{16, 19}.

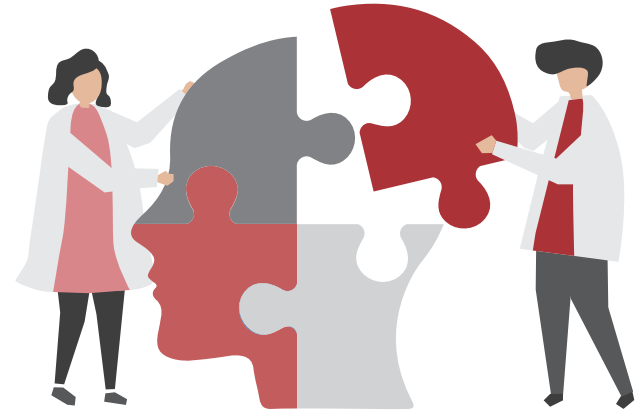
Médicos

A formação necessária para o médico envolve conhecimentos que o capacitem e lhe confirmem competências e habilidades para a atenção, gestão e educação em saúde²⁰.

O médico, em crises, inicia sua atuação na anamnese inicial e provável diagnóstico, passando pela prescrição, realização e interpretação de resultados de exames clínicos, laboratoriais e de imagem até a prescrição de tratamentos e medicações^{16, 20}.

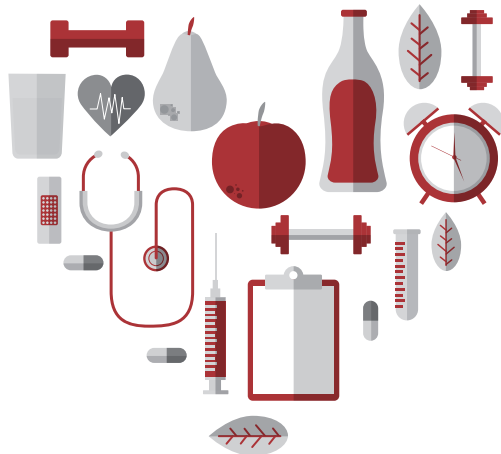
Psicólogos

Os psicólogos são capacitados para o pleno exercício da profissão, observando as ações necessárias para a melhoria da vida humana com a complementação e o entendimento dos aspectos objetivos e subjetivos de sua interação com a realidade, à luz dos princípios éticos e criteriosos da profissão. O psicólogo deve compreender os fenômenos psicológicos, sendo estudioso, crítico, criativo e compromissado²¹.



No enfrentamento de crises, o psicólogo tem papel importante junto tanto a pacientes quanto às equipes de saúde, vez que é responsável pelo suporte emocional a ambos os grupos. Também acompanha, do ponto de vista psicológico, os familiares dos pacientes, dando o suporte emocional necessário frente às mudanças nos quadros de saúde. Esse profissional também possui grande importância na prevenção de situações de discriminação de pacientes, profissionais e familiares^{16, 21}.

Nutricionistas



As instituições de educação superior formam profissionais habilitados e competentes para garantir a segurança alimentar e a atenção dietética em todas as áreas do conhecimento nas quais a alimentação e a nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para a prevenção de doenças em indivíduos ou grupos populacionais²².

Em momentos de crise, como a pandemia que a humanidade enfrenta, o nutricionista tem papel fundamental nos hospitais por meio dos cuidados com a dieta de profissionais e pacientes, visto que uma alimentação saudável e balanceada é primordial para a promoção e a garantia da saúde^{16,22}.

Outros profissionais

Como é amplamente sabido, no enfrentamento de crises sanitárias a participação de diversos outros profissionais é imprescindível para que se tenha êxito.

Entre eles estão os administradores, que mantêm o gerenciamento dos sistemas e estruturas funcionando; os diversos engenheiros, que projetam equipamentos e sistemas; e também aqueles que não têm atuação direta no aparelho de saúde propriamente dito, tais como cirurgiões dentistas e médicos veterinários que atuam no coletivo coordenando e implantando estratégias de controle e prevenção de doenças¹⁶.



A importância da ação de uma equipe multidisciplinar no combate a doenças e no tratamento de pacientes é enorme, visto que o paciente costuma apresentar evolução de seu quadro mais rapidamente e de forma significativa quando tratado de forma integral e holística.

Assim, a inequívoca relevância da educação superior para a sociedade fica ainda mais acentuada quando analisada pelo viés da saúde. Sem sombra de dúvida, a formação acadêmica de profissionais de saúde é estratégica para vencer as dificuldades impostas à sociedade em momentos de crise como a vivenciada com a pandemia de Covid-19.

DISPONIBILIDADE DE PROFISSIONAIS: UM PROBLEMA GLOBAL

A escassez de profissionais de saúde e a falta de investimentos em políticas públicas voltadas aos recursos humanos da área foram escancaradas com o acometimento da pandemia de Covid-19 no Brasil e no mundo. Trata-se de um dos maiores gargalos no enfrentamento à doença e tem sido um dos fatores de colapso dos sistemas de saúde mundo afora.



O combate à pandemia mostrou-se mais complexo em virtude da falta de profissionais capacitados para conter a proliferação do novo coronavírus, para cuidar dos pacientes infectados e para o trabalho direto em centros de terapia intensiva e internação de infectados.

A deficiência de profissionais de saúde, há muito tempo, é temática recorrente entre os governantes que, embora ciosos das necessidades, esbarram na morosidade das soluções. Vislumbra-se que a inovação na educação em saúde, como o crescimento de programas a distância, pode ser a solução para esta escassez.

Cenário global

Relatório da Association of American Medical Colleges (AAMC), de 2017, previu para os Estados Unidos um *déficit* de cerca de 105.000 profissionais de saúde até 2030, sendo de 7.300 a 43.100 médicos dedicados a cuidados primários e de 33.500 a 61.800 não-médicos (enfermeiros, fisioterapeutas e outros) com especialidades em atenção primária.

Uma ressalva importante é que o relatório não incluiu no reportado a parcela de população estadunidense que não tem acesso a seguros de saúde. Se esses fossem incluídos nas previsões, e com direito ao mesmo nível de assistência, este número seria virtualmente maior²³.

Sabe-se, no entanto, que a crescente necessidade de profissionais de saúde não é exclusividade dos Estados Unidos. Estudos mostram uma demanda global de mais de 80 milhões de profissionais de saúde até 2030. Porém, a expectativa é de que a formação desses profissionais não chegue a 60 milhões, gerando um *déficit* de 15 a 20 milhões em todo o mundo²³.

A recomendação da OMS é de que os países possuam cerca de 23 profissionais de saúde para cada 10.000 habitantes. Porém, há dezenas de nações que ainda não atingiram este nível. A falta desses profissionais resulta, por exemplo, em milhões de mortes de crianças com menos de cinco anos por causas evitáveis e tratáveis, além de outras milhares de mortes ao nascer e também de mães ao redor do mundo. Mazelas que uma assistência médica melhor poderia alterar drasticamente²⁴.

Nesta lógica, a Organização Mundial da Saúde (OMS) projeta um *déficit* mundial de 18 milhões de profissionais em saúde até 2030, infelizmente com maior incidência nos países “mais pobres”, porém não exclusivamente nestes²⁴.

Os motivos da escassez anunciada são diversos, mas iniciam-se no subinvestimento crônico na educação de profissionais de saúde (desde a formação até o treinamento contínuo). Some-se a isso o êxodo de profissionais que deixam os países mais pobres, bem como a dificuldade de fixá-los nas regiões mais periféricas dos seus países. Essa equação é danosa para a saúde pública mundial²⁴.



Oferta estimada de profissionais de saúde *versus* necessidade* por regiões entre 2013 e 2030

Região	2013 (165 países ²⁶)			2030 (165 países)		
	Demanda	Suprimento	Déficit	Demanda	Suprimento	Déficit
África	1.874.830	5.891.071	-4.016.241	3.066.666	8.910.473	-5.843.806
Américas	8.385.480	5.439.623	2.945.857	12.742.856	6.246.463	6.496.393
Mediterrâneo Oriental	2.690.443	3.797.769	-1.107.326	4.611.408	5.055.625	-444.217
Europa	12.692.401	5.628.533	7.063.868	16.803.264	5.786.268	11.016.996
Sudeste da Ásia	5.772.250	12.433.083	-6.660.833	10.168.591	14.712.987	-4.544.397
Oeste do Pacífico	10.294.627	11.538.553	-1.243.926	17.261.342	12.270.476	4.990.867

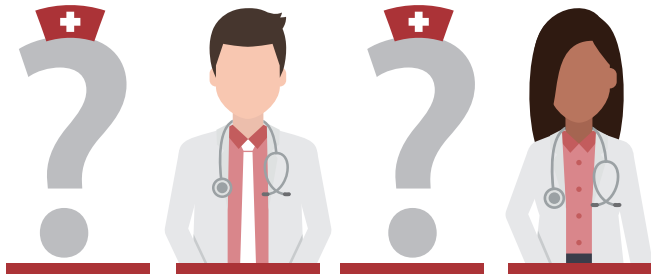
*Refere-se à densidade limiar de 4,45 profissionais de saúde por 1.000 habitantes²⁵

Fonte: Adaptado da OMS²⁴ pelos autores.

A tabela anterior ilustra as projeções de disponibilidade de profissionais de saúde baseadas nas necessidades para atender às metas básicas de utilização de serviços de saúde, conforme definido pela OMS²⁵. A escassez (representada por números negativos) ou o *superávit* (representado por números positivos) refere-se à diferença entre a demanda e o suprimento em cada região.

Alguns especialistas²⁶ reforçam conclusões da OMS de que até 2030 a maior escassez ocorrerá em países de rendas baixa e média, particularmente nas regiões da África Subsaariana e do sul da Ásia, pois nestes as curvas de demanda e oferta ficam abaixo do limiar da necessidade considerada pela OMS. Portanto, a falta de profissionais de saúde e a perda de vidas humanas causadas pela escassez ou desigualdade na distribuição destes não é exclusiva de tempos de crise.

DCNs para a saúde



Embora a OMS recomende que se tenha, no mínimo, um médico para cada mil habitantes, estima-se que cerca de 400 municípios brasileiros não contem com um médico sequer. Esse panorama reforça a necessidade de se formular uma política nacional para garantir que todas as cidades atendam ao mínimo indicado.

Isso se dá por meio da formação de mais profissionais e pelo incentivo à distribuição geográfica deles, buscando que os profissionais se fixem em regiões mais carentes. Esta política incentivaria a formação de mais profissionais e equilibraria o índice de médicos pelo país. A mesma medida vale para os demais profissionais da equipe multidisciplinar²⁷.

Um importante parêntese precisa ser aberto aqui para uma breve análise sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos da área de saúde. Elas poderiam ser um entrave para o desenvolvimento de políticas de incentivo a novos cursos e, conseqüentemente, para a formação de novos profissionais, pois consistem na mola mestra de construção e desenvolvimento dos projetos pedagógicos dos cursos.

Ocorre que as DCNs caminharam justamente no sentido oposto, ou seja, o de permitir maior autonomia e flexibilidade curricular para que cada IES monte seus projetos alinhados com as propostas institucionais e com o ambiente social no qual estão inseridas.



De fato, desde as primeiras DCNs da saúde, em 2001, para os cursos de medicina, enfermagem e nutrição, até as atuais, sendo a mais recente a de farmácia, de 2017, o que se assiste é uma vanguarda de avanços em vários aspectos, principalmente quando traz-se à luz, desde 2001, a necessidade de se trabalhar por habilidades e competências, visando formar profissionais mais preparados ao complexo mundo do trabalho ao qual serão inseridos.



O MEC, bem como os atores envolvidos na construção das DCNs, destaca que:

[...] o projeto político-pedagógico seja construído coletivamente; a interdisciplinaridade conforme o processo ensino-aprendizagem; haja valorização das dimensões éticas e humanísticas; a inserção de professores e estudantes nos serviços existentes nas respectivas localidades fortaleça a parceria ensino-serviço; haja diversificação de cenários; a gestão desenvolva um sistema de corresponsabilização, de avaliação e acompanhamento livre de medos; e a seleção dos conteúdos seja orientada às necessidades sociais.⁵³ (p. 20)

A bem da verdade, as DCNs da saúde, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), são frutos de um debate extenso que tem fundamento nos Manifestos da Educação de 1932⁵⁴ e 1959⁵⁴, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996³⁴, e, principalmente, nos princípios da universalização, equidade e integralidade, trazidos pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/1990⁵⁵, genitora do Sistema Único de Saúde (SUS).



Assim, a escassez de profissionais de saúde não pode ser creditada na conta de uma eventual rigidez ou trava imposta pelas DCNs. Ao contrário, a flexibilidade que elas concedem pode incentivar a capacidade criativa das IES e a existências de novos e inovadores cursos na área de saúde.

Tragédia anunciada

Fechando os parênteses e voltando ao fluxo do estudo, em 2013 o governo federal criou o Programa Mais Médicos visando, em especial, aumentar a cobertura de saúde equitativa e universal, além de ampliar a atenção primária em saúde e suprir a carência de médicos.



O reforço de profissionais médicos veio, em especial, de Cuba. Até 2018, o programa havia atendido mais de 60 milhões de brasileiros. Em 2019, a iniciativa foi remodelada para, pela primeira vez na história do Brasil, fixar um médico para atendimento na atenção básica²⁸ em mais de 700 municípios localizados em áreas remotas.



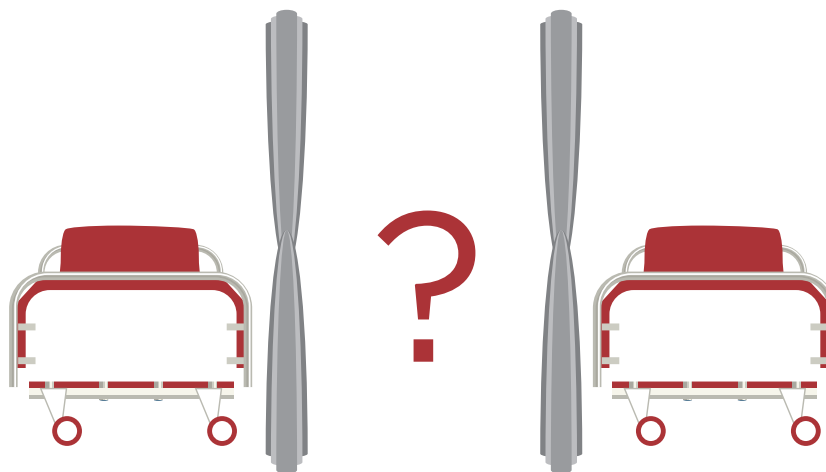
Todas as fontes são unânimes em admitir a desigualdade na distribuição de médicos no Brasil. Estima-se que a Região Sudeste possua cerca de 2,33 médicos para cada mil habitantes. Na Região Sul a taxa estimada é de 1,81 médicos por mil habitantes e no Centro-Oeste, graças à concentração de profissionais em Brasília/DF, cerca de 1,76 médicos para cada mil habitantes. No entanto, nas regiões Nordeste e Norte os valores são de 1,03 e 0,85, respectivamente^{28, 29}.

Da mesma forma que há carência de médicos, a pandemia causada pelo coronavírus jogou luz sobre falta de 5,9 milhões de enfermeiros, segundo a Organização Mundial da Saúde²⁸.

Os piores cenários estão em países da África, do Sudeste Asiático e em algumas partes da América Latina. A desigualdade de distribuição deste profissional no mundo é um grande desafio. O relatório da OMS estima que a falta de enfermeiros aumente, em média, 8% ao ano, agravando ainda mais a situação em diversos países do mundo²⁸.

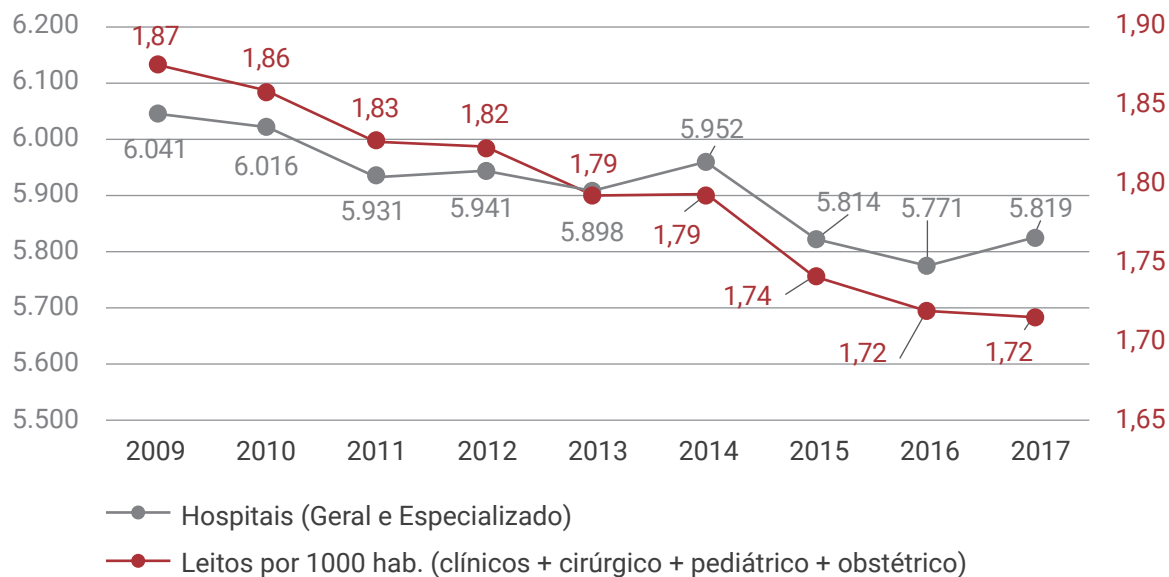
No caso do Brasil, mesmo com o índice acima da média mundial e equivalente ao verificado em países ricos, ainda assim o país enfrenta problemas no “*front*” do combate à Covid-19 e outras doenças.

O número de leitos hospitalares é outro desafio ao sistema de saúde brasileiro. Em curva decrescente na última década, passou de 1,87 para cada mil habitantes para 1,72 por mil habitantes, metade do recomendado pelo Ministério da Saúde, que seria de 3 leitos por mil habitantes. Tem-se, assim, uma combinação explosiva: a falta de profissionais e de estrutura garantem o agravamento da situação em tempos de crise.



No boletim informativo “Monitoramento da assistência hospitalar no Brasil (2009-2017)”, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) mostra que a oferta de leitos para a população brasileira está em declínio. A figura a seguir mostra esta queda, que se acentua a cada ano³⁰.

Número de hospitais e leitos por 1.000 habitantes



Fonte: Fiocruz, 2017.

A questão que se coloca é: como ampliar a estrutura (hospitais e leitos) se também há escassez de profissionais de saúde?

O quadro é aprofundado pelo binômio escassez de profissionais *versus* aumento das necessidades. Segundo diversos autores, são fatores que contribuem para a escassez de profissionais de saúde^{24, 25, 26}:

- Envelhecimento da população geral, demandando mais cuidados.
- População de profissionais de saúde também envelhecida, gerando susceptibilidades de saúde e *déficits* causados por aposentadorias.

- Capacidade limitada de programas de formação e educação.
- Aumento da demanda por profissionais devido ao crescimento de casos de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, obesidade e outros.
- Aumento da demanda por profissionais de saúde devido a doenças causadas pelo tabagismo.

Caso fosse possível promover a melhoria da condição de saúde da população em geral, a necessidade imediata de profissionais de saúde diminuiria. No entanto, não cessaria e continuaria aumentando, afinal milhões de adultos ainda (sobre)viveriam como resultado de tais melhorias.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁴, a necessidade mundial de profissionais em tempos 'normais' seria atendida se os países adotassem algumas atitudes, entre as quais:

- Apoiar o desenvolvimento de recursos humanos.
- Coletar e disponibilizar dados confiáveis de vigilância em saúde.
- Ampliar o acesso à saúde por meio de profissionais destinados à saúde da família.
- Incentivar a distribuição global de profissionais de saúde.



NECESSIDADES REGULATÓRIAS E AS BARREIRAS À FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Não bastassem os dados já apresentados, o Ministério da Saúde anunciou, em 03 de abril de 2020, o que toda população brasileira, especialmente a mais carente, já sabia há tempos: que o combate à Covid-19 poderia ser mais difícil do que se imaginava, visto que o país carece de profissionais capacitados para conter a proliferação do vírus e também para cuidar dos pacientes infectados. Para complicar, o país ainda teria que lidar com a falta de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de internação para receber as pessoas diagnosticadas com a doença.

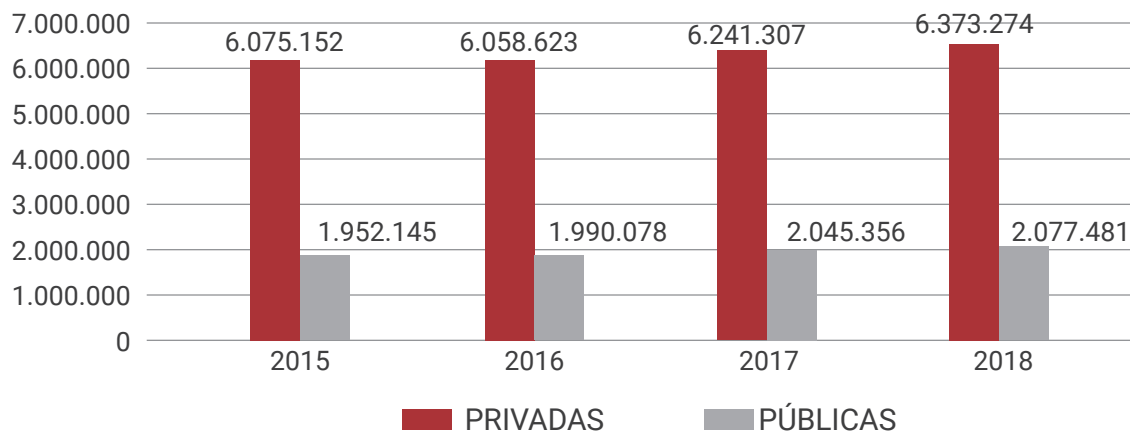
Dizia o boletim emitido pelo Ministério:

“Há carência de profissionais de saúde capacitados para manejo de equipamentos de ventilação mecânica, fisioterapia respiratória e cuidados avançados de enfermagem direcionados para o manejo clínico de pacientes graves de covid-19 e profissionais treinados na atenção primária para o manejo clínico de casos leves de síndrome gripal³¹”.

Tendo em vista que o Brasil não possui quantidade suficiente de profissionais para suportar a demanda regular, quadro especialmente agravado em momentos de exceção como o ocasionado pela pandemia de Covid-19, a questão que se impõe é: por que existe uma barreira rigorosa de entrada de novos cursos de graduação em saúde para o setor particular de educação superior? O foco no setor privado se justifica pelo fato de ser o que possui a maior possibilidade formativa, uma vez que detém mais de 75% das matrículas do ensino superior brasileiro e mais de 90% das vagas de cursos de graduação.

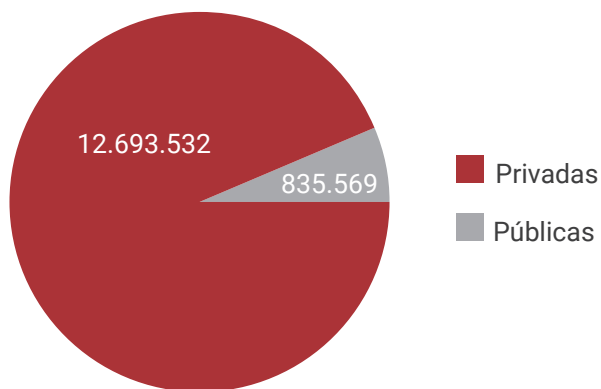


Matrículas na educação superior – Brasil (2015-2018)



Fonte: Elaborado pelos autores com base no Censo da Educação Superior de 2015 a 2018³².

Vagas ofertadas na educação superior – Brasil (2018)



Fonte: Elaborado pelos autores com base no Censo da Educação Superior 2018³².

Direito regulado

Os entraves cartoriais impostos pelo governo brasileiro para regular o sistema federal de ensino impõem ao país uma lentidão que só agrava o *déficit* de profissionais de saúde e expõe a população ao risco de, em última análise, ser atendida por profissionais que sequer terminaram seus estudos adequadamente (vide os recentes atos normativos que autorizaram a colação de grau antecipada, ou seja, sem a conclusão dos conteúdos previstos para a formação completa dos estudantes).

Quando o assunto é expandir a oferta de cursos de graduação na área de saúde, é primaz o entendimento de como esse processo ocorre e de como a evolução das avaliações dos cursos de graduação se deu ao longo do tempo.



É inegável que desde 1988 o ensino é livre à iniciativa privada, como determina o art. 209 da Constituição Federal. Contudo, não se pode esquecer que o próprio art. 209 dá início a barreiras e entraves à essa liberdade quando exige que sejam atendidas as seguintes condições:

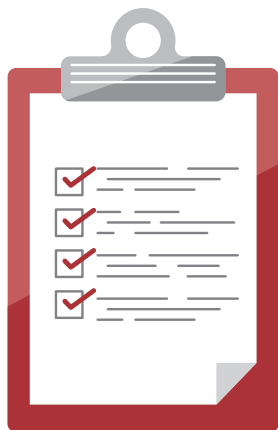
- I - cumprimento das normas gerais da educação nacional;
- II - autorização e avaliação de qualidade pelo Poder Público⁸

É legítima a necessidade do Estado de regular, mas a falta de clareza do texto constitucional sobre “como” fazer delegou integralmente a determinação “da forma” para as instâncias legais e infralegais.

Como o Poder Legislativo precisa de tempo para sedimentar uma norma legal que reflita os anseios do Estado, entre 1988 e 2004 assistiu-se a uma sucessão rápida de edição de normas infralegais pelo Poder Executivo que foram, de tempos em tempos, validadas, ampliadas ou inferidas por normas legais emitidas pelo Legislativo.



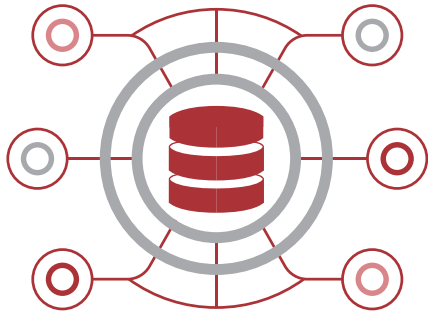
Em 1988 não havia qualquer iniciativa governamental no sentido de avaliar a autorização de cursos de graduação. As autorizações davam-se, tímida e esporadicamente, por ato direto do Poder Executivo, sem qualquer respaldo avaliativo.



As avaliações que ocorriam na época, embasadas em normas infralegais, eram institucionais e baseavam-se em informações prestadas pela própria IES. Essas informações compunham indicadores de desempenho, somente. Na condução do esforço avaliativo estava a Secretaria de Educação Superior do MEC.

Havia, à época, o Grupo Executivo para a Reformulação da Educação Superior (Geres), também instituído por norma infralegal do Poder Executivo. Seu objetivo era a propositura de uma nova lei que regulasse a educação superior como um todo e apresentasse diretrizes para as avaliações de qualidade.

O Geres não conseguiu alcançar o objetivo para o qual foi criado e, em 1993, foi instituída, por outro ato infralegal, a Comissão Nacional de Avaliação das Universidades Brasileiras, com a finalidade de estabelecer diretrizes e viabilizar a implementação do Processo de Avaliação Institucional nas Universidades Brasileiras (PAIUB).



Assim como as outras tentativas de avaliar a educação superior brasileira, o PAIUB não conseguiu alcançar a autorização de cursos de graduação e cingiu-se a ampliar a avaliação institucional, criando o primeiro ensaio brasileiro de autoavaliação institucional, passando a coletar dados de cursos de graduação, mas sem promover qualquer avanço na avaliação para autorização de cursos.

Somente em 1995, com o advento da Lei nº 9.131, que fez nascer o Conselho Nacional de Educação (CNE), é que o país passou a ter o primeiro regramento que abarcava a autorização de novos cursos de graduação em instituições de educação superior brasileiras.

O art. 1º da Lei 9.131 alterou o parágrafo 2º, do art. 9º, da Lei nº 4.024/61, deixando o dispositivo com a seguinte redação:

São atribuições da Câmara de Educação Superior:
(...)

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; (...)³³

De uma só vez, a norma trouxe, de um lado, a competência do CNE para deliberar sobre a **autorização** de cursos de graduação e, de outro, a obrigação do MEC em **promover avaliações e produzir relatórios**.

Para que não houvesse dúvidas sobre o objetivo dessas avaliações, o art. 3º da Lei nº 9.131 atalhou:

Com vistas ao disposto na letra “e” do § 2º do art. 9º da Lei nº 4.024, de 1961, com a redação dada pela presente Lei, o Ministério da Educação e do Desporto fará realizar avaliações periódicas das instituições e dos cursos de nível superior, fazendo uso de procedimentos e critérios abrangentes dos diversos fatores que determinam a qualidade e a eficiência das atividades de ensino, pesquisa e extensão.³⁴

O texto legal instituiu mais um elemento ao processo avaliativo: a **periodicidade**, dando claro entendimento de que a avaliação de autorização de curso de graduação seria sucedida por outras avaliações de cunho periódico, tal qual se tinha o credenciamento e o credenciamento periódico institucional.

Além disso, subtrai-se do texto legal a exigência de que os resultados dessas avaliações promovessem verdadeira **indução de qualidade** ao tripé ensino-pesquisa-extensão das IES, na medida em que se retroalimentariam nas sucessivas avaliações a serem desenvolvidas.

Dessa maneira, a partir de 1995 as avaliações da educação superior deveriam acontecer sob o controle do MEC, de forma periódica e mediante a emissão de relatórios com a finalidade de induzir qualidade a cursos e instituições.

Surge, então, em 1996, o Decreto Presidencial nº 2026 que, pela primeira vez, delineia procedimentos para a avaliação institucional e de cursos, embasando a criação de instrumentos avaliativos substanciais.





No mesmo ano, vem a lume a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a Lei nº 9.394³⁴ que, em seu art. 9º, inciso IX, estabelece que ao governo federal caberia **“autorizar, reconhecer, credenciar, supervisionar e avaliar, respectivamente, os cursos das instituições de educação superior e os estabelecimentos do seu sistema de ensino”**³⁴ (destacou-se).

Posteriormente, a regulação e a avaliação da educação superior brasileira foram robustecidas por uma sequência de normas que, no campo da avaliação, burocratizaram o processo criando etapas e necessidades documentais. Nessa esteira, sucederam-se os Decretos nº 2.207/1996³⁵, 2.306/1997³⁶ e o 3.860/2001³⁷.

Ainda em 1997, o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) transformou-se em uma autarquia federal³⁸ e passou a ser o único órgão encarregado das avaliações, pesquisas e levantamentos estatísticos educacionais no âmbito do governo federal.

Outro fator histórico importante para as avaliações foi o surgimento, pela dicção da Lei nº 10.172/2001, do primeiro Plano Nacional de Educação (PNE)³⁹, com vigência de 2001 a 2010. Segundo DOURADO (2001)⁴⁰, o PNE, que nasceu para determinar metas, diretrizes e estratégias para a educação brasileira, propõe-se à

[...] diversificação do sistema por meio de políticas de expansão da educação superior, a não-ampliação dos recursos vinculados ao governo federal para esse nível de ensino, aferição da qualidade de ensino mediante sistema de avaliação, ampliação do crédito educativo envolvendo recursos estaduais, ênfase no papel da educação à distância.⁴⁰ (Destacou-se)

Promulgado o PNE⁴⁰, ainda sob a égide do Decreto Presidencial nº 3.860/2001³⁷, pela primeira vez, de forma inequívoca, estruturou-se o Sistema Federal de Ensino, classificando as institui-

ções e as entidades mantenedoras, periodizando os processos de avaliação institucional e de cursos, especificando normas de supervisão e, sobretudo, delegando ao Inep a exclusiva competência para avaliar os cursos e as instituições educacionais no Brasil.

Em 2003, primeiro ano do Governo Lula, foi criada a Comissão Especial da Avaliação da Educação Superior (CEA)^{41, 42} com o objetivo de elaborar estudo que subsidiasse um projeto de lei para criação do Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (Sinaes). A CEA finalizou seu trabalho em agosto de 2003 com a produção de um documento que serviu de base para a Medida Provisória nº 147/2003⁴³, que instituiu o Sistema Nacional de Avaliação e Progresso do Ensino Superior e dispôs sobre a avaliação do ensino superior.

Nessa lógica, desponta, em 14 de abril de 2004, como conversão da MP 147, a Lei nº 10.861⁴⁴ que institui de maneira definitiva o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior, como amadurecimento de tentativas anteriores, objetivando, conforme seu artigo 1º:

“assegurar processo nacional de avaliação das instituições de educação superior, dos cursos de graduação e do desempenho acadêmico de seus estudantes, nos termos do art 9º, VI, VIII e IX, da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996”⁴⁵.

O Sinaes estabeleceu os critérios pelos quais as avaliações para autorizações de curso ocorreriam:

Art. 4º 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.

§ 1º A avaliação dos cursos de graduação utilizará procedimentos e instrumentos diversificados, dentre os quais obrigatoriamente as visitas por comissões de especialistas das respectivas áreas do conhecimento.

§ 2º A avaliação dos cursos de graduação resultará na atribuição de conceitos, ordenados em uma escala com 5 (cinco) níveis, a cada uma das dimensões e ao conjunto das dimensões avaliadas⁴⁵.

No contexto do Sinaes, a avaliação de autorização de cursos de graduação ficou estabelecida em um instrumento (IACG 2017)⁴⁵ composto, atualmente, por três dimensões, sendo que cada uma coleta dados do curso e da IES em diversos indicadores de qualidade:

Dimensão Organização Didático-Pedagógica: pretende avaliar a qualidade acadêmico-pedagógica dos cursos e suas atividades, em consonância com o egresso pretendido pelo curso. Essa dimensão, no atual instrumento de avaliação de autorização de cursos, é composta por 24 (vinte e quatro) indicadores, a saber: Políticas Institucionais no Âmbito do Curso; Objetivos do Curso; Perfil Profissional do Egresso; Estrutura Curricular; Conteúdos Curriculares; Metodologia; Estágio Curricular Supervisionado; Estágio Curricular Supervisionado – relação com a rede de escolas da educação básica; Estágio Curricular Supervisionado – relação entre teoria e prática; Atividades Complementares; Trabalho de Conclusão de Curso (TCC); Apoio ao Discente; Gestão do Curso e os Processos de Avaliação Interna e Externa; Atividades de Tutoria; Conhecimentos, Habilidades e Atitudes Necessárias às Atividades de Tutoria; Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) no Processo Ensino-Aprendizagem; Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA); Material Didático Institucional; Procedimentos de Avaliação dos Processos de Ensino-Aprendizagem; Número de Vagas; Integração com as Redes Públicas de Ensino; Integração do Curso com o Sistema Local e Regional de Saúde/SUS; Atividades Práticas de Ensino; Atividades Práticas de Ensino para Áreas da Saúde; Atividades Práticas de Ensino para Licenciaturas. Quase a totalidade desses indicadores são avalia-



dos para cursos da área de saúde. Somente os ligados exclusivamente às licenciaturas não são avaliados. E, caso o curso não seja a distância, os indicadores dessa modalidade também não são avaliados. Não há diferença de pesos entre os indicadores, valendo todos, portanto, igualmente na composição do conceito final da dimensão.

Dimensão Corpo Docente e Tutorial: objetiva aferir a qualidade dos recursos humanos, docentes e tutores alocados para o desenvolvimento do curso. Essa dimensão, no atual instrumento de avaliação e autorização de curso, é composta por 15 (quinze) indicadores, a saber: Núcleo Docente Estruturante (NDE); Equipe Multidisciplinar; Regime de Trabalho do(a) Coordenador(a) do Curso; Corpo Docente: Titulação; Regime de Trabalho do Corpo Docente do Curso; Experiência no Exercício da Docência na Educação Básica; Experiência no Exercício da Docência Superior; Experiência no Exercício da Docência na Educação a Distância; Experiência no Exercício da Tutoria na Educação a Distância; Atuação do Colegiado de Curso ou Equivalente; Titulação e Formação do Corpo de Tutores do Curso; Experiência do Corpo de Tutores em Educação a Distância; Interação entre Tutores (presenciais, quando for o caso, e a distância), Docentes e Coordenadores de Curso a Distância; e Produção Científica, Cultural, Artística ou Tecnológica. Também aqui quase a totalidade dos indicadores são aplicados para a autorização de um curso na área de saúde, excetuando-se aqueles específicos de outras áreas e os de educação a distância, caso não seja a modalidade do curso que está sendo avaliado. Da mesma forma, inexistem diferenças de pesos entre os indicadores, contribuindo todos, igualmente, para o conceito final da dimensão.

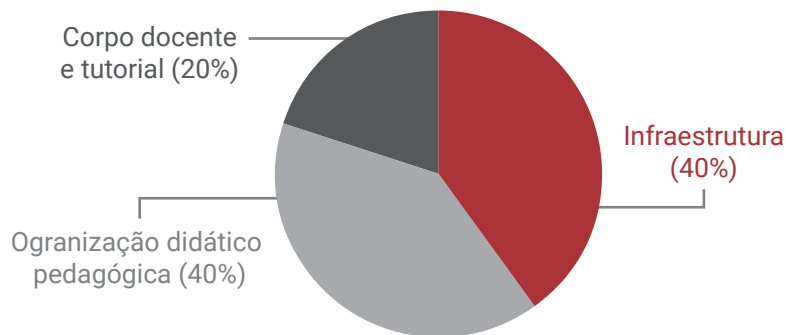


Dimensão Infraestrutura: almeja mensurar a qualidade dos recursos físicos (salas de aula, laboratórios, biblioteca etc.) e tecnológicos (equipamentos em geral, equipamentos de informática etc.) disponíveis para o curso. Essa dimensão, no atual instrumento, é composta por 16 (dezesesseis) indicadores: Espaço de Trabalho para Docentes em Tempo Integral; Espaço de Trabalho para o Coordenador; Sala Coletiva de Professores; Salas de Aula; Acesso dos Alunos a Equipamentos de Informática; Bibliografia Básica por Unidade Curricular; Bibliografia Complementar por Unidade Curricular; Laboratórios Didáticos de Formação Básica: Laboratórios Didáticos de Formação Específica; Laboratórios de Ensino para a Área de Saúde; Laboratórios de Habilidades; Unidades Hospitalares e Complexo Assistencial Conveniados; Biotérios; Processo de Controle de Produção ou Distribuição de Material Didático (logística); Núcleo de Práticas Jurídicas: Atividades Básicas e Arbitragem, Negociação, Conciliação, Mediação e Atividades Jurídicas Reais; Ambientes Profissionais Vinculados ao Curso. Como nas dimensões anteriores, a quase totalidade dos indicadores é aplicada às autorizações de cursos na área de saúde, com as exceções já colocadas acima. Nesta dimensão também não existe diferença de pesos entre os indicadores. Assim, todos compõem, igualmente, o conceito final da dimensão.



Embora dentro das dimensões não haja pesos diferenciados entre os indicadores, há pesos diferentes para cada uma das dimensões na composição do Conceito Global Final do Relatório de Avaliação de Autorização, conforme quadro a seguir.

Pesos aplicados às dimensões na avaliação de autorização de cursos de graduação



Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados do Inep/MEC.

Fluxo de autorização

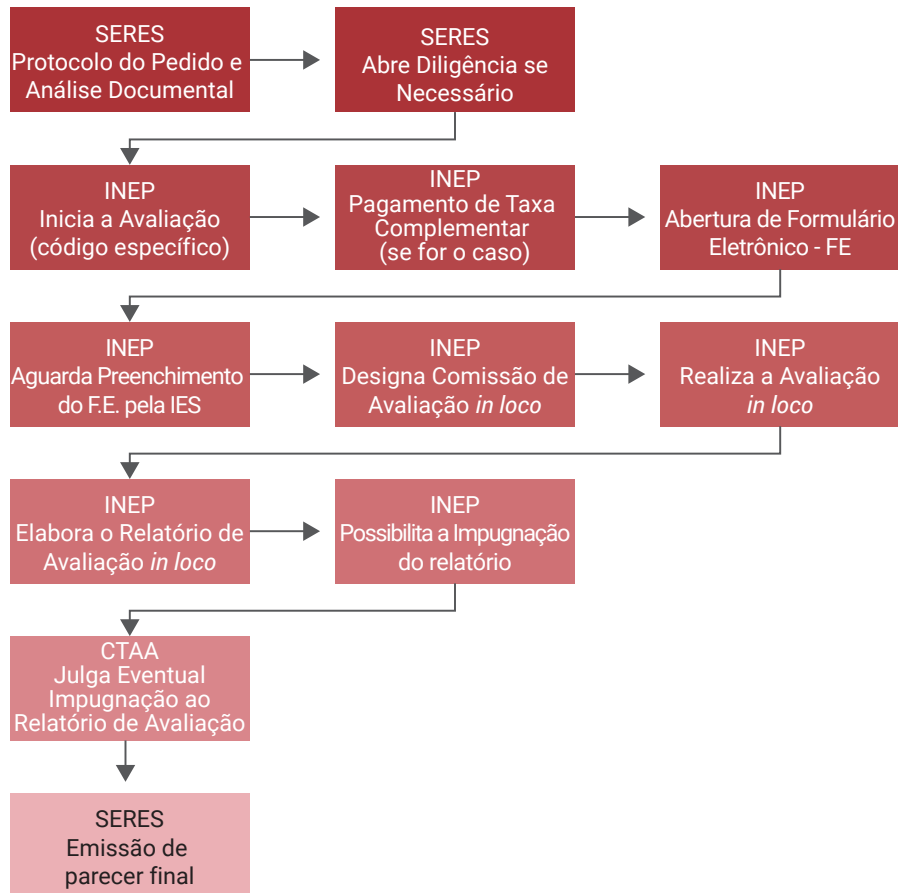
O processo de autorização de curso possui fluxo totalmente determinado por normas infralegais, o que torna a burocracia ainda mais evidente.

En passant, note-se que somente universidades, centros universitários e algumas faculdades (PN MEC nº 20/2017 – art. 28)⁴⁶ possuem autonomia para abrir cursos de graduação sem se submeterem ao penoso processo formal de autorização. Há restrições que impedem o uso da autonomia, na legislação atual, somente para cinco cursos regulares de graduação: direito, medicina (este curso está com rito excepcional e, diga-se, ilegal de autorização), enfermagem, psicologia e odontologia. Em todos os demais casos, as instituições com autonomia podem, a seu critério, autorizar quaisquer cursos de graduação.

No que tange à medicina, além de um rito *sui generis* para autorizá-lo (algo que se assemelha a um processo licitatório, extremamente complexo), há a **proibição de autorização de curso até 2023 em função da Portaria MEC nº 328, de 05 abril de 2018**⁴⁷.

Destarte, excetuando-se as prerrogativas de autonomia e o impedimento para processos autorizativos do curso de medicina, o gráfico a seguir ilustra o caminho de autorização pelo qual passam todos os demais cursos de graduação de instituições privadas. A desobrigação de atendimento a esses procedimentos ordinários é concedida somente àquelas instituições que possuem as prerrogativas universitárias de autonomia.

Fluxo de avaliação de autorização nos cursos de graduação



Fonte: Elaborado pelos autores com base na PN MEC nº 840/2018⁴⁸.

Portanto, o primeiro passo consiste em protocolar, com pagamento da taxa de avaliação, um processo de autorização de curso. Isso se dá por meio do preenchimento de dados no sistema eletrônico do Ministério da Educação, denominado e-MEC, e a anexação de documentos. Os dados principais do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) da IES serão apresentados, mais especificamente, para a Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (Seres/MEC).



As informações passarão por uma análise criteriosa visando observar se a IES apresentou dados e documentos em consonância com o que espera a legislação educacional brasileira. Ao final da análise, a Seres/MEC poderá dar seguimento ao processo ou saneá-lo, por meio de diligência, caso falte algo ou seja necessário algum esclarecimento. A Secretaria pode, ainda, arquivar o processo caso entenda que não houve o respectivo saneamento.



Em caso de seguimento, a Seres/MEC emite um despacho, denominado Saneador, e encaminha o processo para o Inep, uma autarquia federal autônoma ligada ao Ministério da Educação, com vistas à avaliação *in loco*.

Quando o processo chega ao Inep, a avaliação é cadastrada e o processo ganha um novo número (código). Esse número, que é diferente daquele obtido quando do protocolo no e-MEC, será o utilizado pelo Inep para localização do processo enquanto ele por lá permanecer.

Pelo fluxo apresentado, nota-se que a etapa seguinte consiste no prazo para pagamento de taxa complementar de avaliação, caso faça-se necessário. Essa situação só acontece nas especificidades do art. 5º da PN 840⁴⁸, a saber: a) quando a taxa básica não tiver sido paga na abertura do processo; b) se o valor pago não for suficiente para todas as avaliações do processo protocola-

do; c) em função do número de avaliadores a compor a comissão; e d) quando criada mais de uma avaliação referente ao mesmo processo.



A abertura, pelo Inep, de formulário eletrônico a ser preenchido pela IES é o próximo passo. O preenchimento, que ocorrerá no sistema e-MEC, trará dados adicionais e complementares aos que já foram colocados quando do protocolo de abertura do processo. Todos esses dados subsidiarão a avaliação *in loco* que deverá ocorrer.

Ato contínuo ao preenchimento do formulário eletrônico é o sorteio promovido pelo Inep junto ao Banco de Avaliadores do Sinaes (BASis) para montagem e posterior designação da Comissão de Avaliadores para a avaliação *in loco* do processo. Essa comissão, em caso de autorização do curso, será sempre composta por dois avaliadores, onde um deles, o dito Ponto Focal, ficará incumbido de toda a comunicação preliminar junto à IES, inclusive encaminhamento e discussão da agenda de avaliação, que será utilizada na visita.

Na sequência, a Comissão de Avaliadores dirige-se à IES para efetuar a avaliação *in loco*. Esta ocorrerá com base no Instrumento de Avaliação de Curso de Graduação (IACG) que estiver sendo aplicado pelo Inep no momento. A avaliação de curso terá duração mínima de 2 (dois) dias, excluído o tempo de deslocamento da Comissão (art. 15 da PN nº 840).

Concluída a avaliação, a Comissão de Avaliadores produz o Relatório de Avaliação. São aplicados conceitos de 1 a 5 em todos os indicadores do IACG, com base nos descritores especificados, apresentando justificativa para cada um dos conceitos aplicados.

Haverá, assim que o Relatório de Avaliação for disponibilizado tanto para a Seres/MEC quanto para a IES, a possibilidade de



apresentação de recurso para a Comissão Técnica de Acompanhamento da Avaliação (CTAA)⁴⁸⁴⁹, buscando uma reformulação ou anulação do Relatório de Avaliação produzido. A CTAA é:

“a instância recursal dos processos avaliativos relacionados a relatórios de avaliação externa in loco e de denúncias contra avaliadores. A CTAA tem competência para deliberar sobre recursos administrativos advindos das Instituições de Ensino Superior (IES) e da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior do Ministério da Educação (Seres/MEC), referentes a relatórios das avaliações externas in loco do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior e do Sistema de Avaliação de Escolas de Governo; e interpostos contra decisões da Diretoria de Avaliação da Educação Superior - Daes, referentes à conduta de avaliadores do Banco de Avaliadores do Sinaes (BASis) e do Sistema de Avaliação de Escolas de Governo”⁴⁸.

Ocorrendo o recurso, a CTAA promoverá o julgamento nos termos do art. 23 da PN nº 840.

Finalizada a etapa da CTAA, o Inep devolve eletronicamente o processo para a Seres/MEC com vistas à produção do Parecer Final, que poderá ser favorável ou não à autorização do curso. Em ambos os casos, haverá emissão de portaria pela Seres/MEC de autorização ou de indeferimento da autorização do curso.

No caso de indeferimento da autorização, caberá recurso tanto ao secretário de Regulação e Supervisão da Educação Superior quanto ao Conselho Nacional de Educação (CNE).


Desestímulos para além do tempo

Todo o processo de autorização tem levado, em média, 2 (dois) anos. Mas, não é só o tempo que desestimula as IES a buscarem essas autorizações e expandirem a oferta de cursos na área de saúde.



O primeiro fator de desencorajamento adicional é o fato de que toda a estrutura para a autorização do curso já deve estar no patrimônio da IES desde o momento do protocolo de autorização. Ora, qual sentido há em se manter estruturas físicas, acervo bibliográfico e equipamentos e insumos de laboratórios caríssimos sem uso e se depreciando, enquanto o poder público demora a cumprir suas burocracias?

Além disso, há enorme interferência dos conselhos profissionais de cursos da área de saúde na tentativa de obstaculizar essas autorizações, em um claro movimento de se reservar mercado de trabalho. Dificilmente eles oferecerem pareceres positivos nos processos de autorização, sem motivos plausíveis aparentes.



Embora esses pareceres sejam apenas opinativos, as IES já sabem que, quando negativos (e isso ocorre em quase todos os processos de autorização de cursos na área de saúde), elas terão problemas quando os conselhos forem acionados para emitirem os registros profissionais dos egressos.

A partir disso, cria-se um imbróglio judicial que gera enorme insatisfação dos alunos contra a IES. Em alguns casos, ex-alunos recebem indenização das IES pelos danos morais causados pela demora na emissão de seus registros. Ora, depois de ter percorrido, com sucesso, todos os procedimentos no processo de autorização imposto pelo MEC, que sentido há para a IES passar por um desgaste desse?

Um terceiro e último fator adicional é a necessidade de se ter contratos com professores e coordenador de curso tanto para a elaboração do Projeto do Curso quanto para o momento de avaliação do Inep.

Esses contratos, que podem ser rescindidos após qualquer desses momentos, acabam gerando nos professores a expectativa de contratação futura, após a autorização do curso. Na eventualidade de isso não acontecer, por qualquer motivo, não é incomum esses docentes procurarem a justiça para pleitearem direitos que entendem devidos. E, por mais estarecedor que possa parecer, muitas vezes conseguem sentenças favoráveis, penalizando, novamente, a IES que intenta abrir novos cursos na área de saúde.

Como se pode notar, definitivamente, o processo de autorização de cursos na área de saúde no Brasil não é convidativo às IES, o que inviabiliza, de maneira cabal, a possibilidade de se expandir a quantidade de profissionais da área de saúde para acompanhar a demanda frenética.



Revisão das estruturas

Talvez a pandemia de Covid-19 tenha sido crucial para que todo esse processo de autorização de curso seja repensado.

Os óbices são evidentes e é bom que se coloque que a falta de política pública de incentivo à expansão da oferta de cursos de graduação na área de saúde não é sentida apenas em momentos extremos, como esse da pandemia. A assistência em saúde no Brasil, especialmente em alguns estados, é caótica, com ausência quase absoluta de profissionais para o atendimento.

O Programa Mais Médicos, sem questionar o viés ideológico nele contido, escancarou essa deficiência quando autorizou médicos estrangeiros, sem revalidação de diplomas (exigência regulatória para qualquer diploma obtido no exterior), a atuarem na assistência à população. Em algumas localidades, esses profissionais eram os únicos no atendimento. Prova disso é que quando o atual governo federal resolveu impedir esses profissionais de trabalharem, algumas cidades ficaram completamente sem atendimento médico.

O fato é que nossas necessidades, nesse sentido, são históricas e a pandemia apenas trouxe ares de terror a esse cenário.



Em relação à medicina, o primeiro curso autorizado no Brasil se deu no longínquo ano de 1808 para a, então, Escola de Cirurgia da Bahia que, posteriormente, passou a ser conhecida como Faculdade de Medicina da Bahia, integrante da Universidade Federal da Bahia⁵¹.

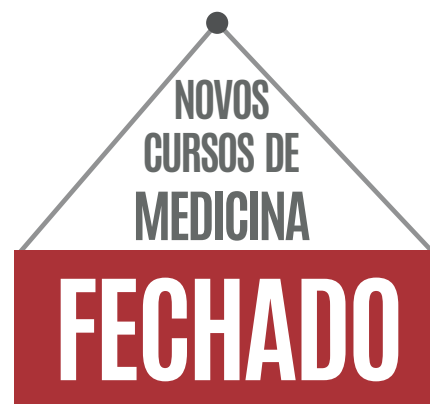
Depois, entre 1808 e 1997, foram autorizados apenas cerca de 84 cursos de medicina, sendo 36 em instituições privadas.

De 1997, ano em que o Inep iniciou seus trabalhos de avaliação de autorização de cursos, até os dias atuais, mais 271 (duzentos e setenta e um) cursos foram autorizados, sendo que 19 (dezenove) ainda não estão em funcionamento⁵¹.

Isso totaliza apenas e tão somente 356 (trezentos e cinquenta e seis) cursos de medicina em um país com as dimensões brasileiras, com mais de 200 milhões de habitantes e que passa por um cenário de envelhecimento avançado da população.

Aqui torna-se imprescindível a abertura de um novo parêntesis para tocar no fato de que, sem qualquer respaldo legal, **em 2012 o MEC fechou o protocolo para novos cursos de medicina, que continua fechado até a presente data**, colocando um obstáculo intransponível para as instituições que desejavam abrir novos cursos.

Tal atitude fere, de morte, o princípio administrativo público da finalidade na medida exata em que passa a tratar as institui-



ções desigualmente, privilegiando, sem qualquer motivo legal ou legítimo, aquelas que já tinham cursos de medicina autorizados, em detrimento das que não tinham.

Ensina Tauã Lima Verdán Rangel:

(...) é possível salientar que o princípio da finalidade apregoa, em altos alaridos, que incumbe à Administração Pública a prática de atos voltados para o interesse público, sendo, por via de consequência, vedados outros atos que não colimem este fim⁵⁶.

Como falar em interesse público atendido com uma medida dessa, quando a população está, em alguns casos, completamente desassistida de médicos?

Evidentemente, trata-se de um ato de natureza pessoal, em desatendimento completo ao que determina a Lei nº 9.784/99 que rege os atos da Administração Pública.

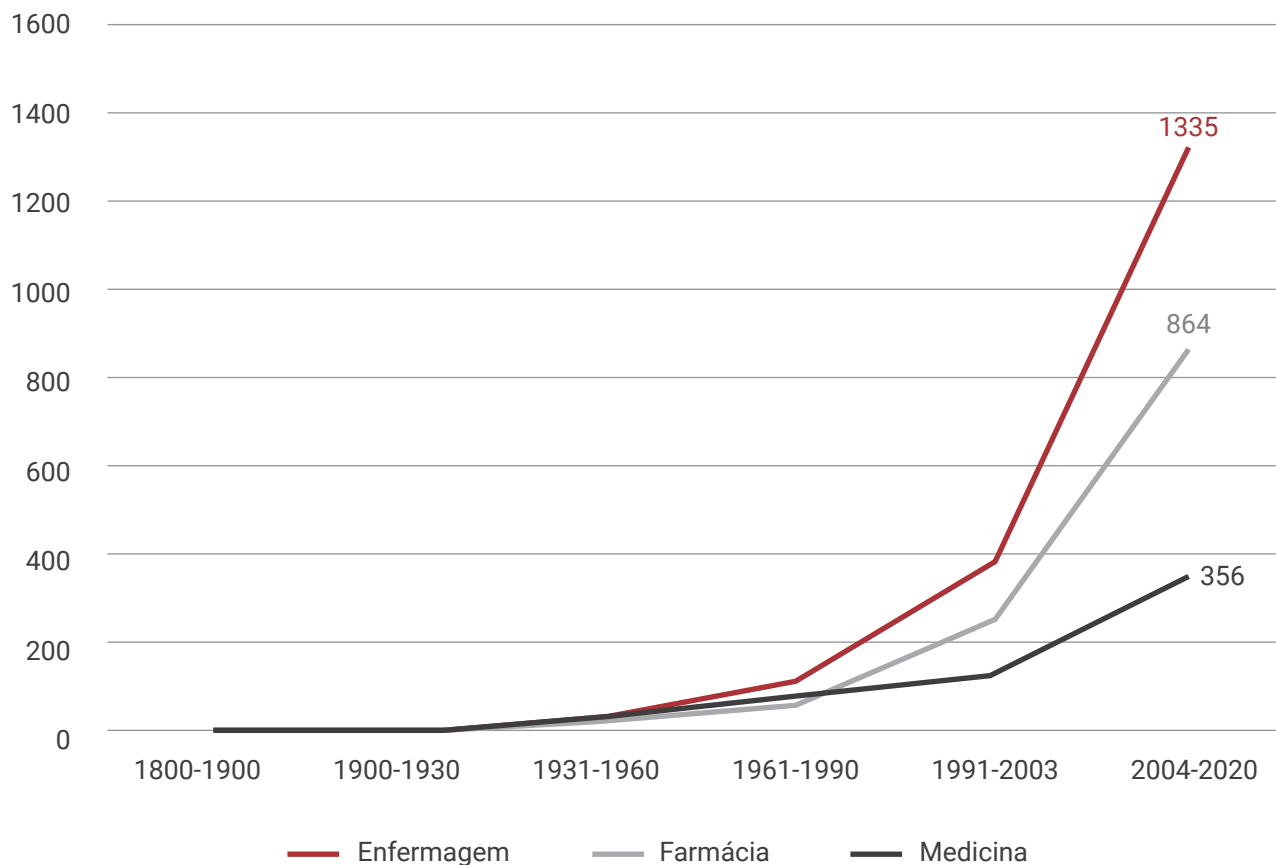
O fato é que o bloqueio de novos protocolos agravou, ainda mais, a falta de médicos para atuarem em todos os níveis de atenção em saúde e, especialmente, no nível mais complexo de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), como vem ocorrendo na assistência aos pacientes da Covid-19.

Fecha-se parêntesis.

Nesse cenário, sem enfrentar o problema das vagas autorizadas, pois, em cursos de medicina, dificilmente uma IES consegue mais do que 100 vagas anuais para oferta, a quantidade de cursos é ínfima se comparada, por exemplo, com enfermagem, que tem 1.335 (um mil, trezentos e trinta e cinco) cursos autorizados ou mesmo com o curso de farmácia, que possui 864 (oitocentos e sessenta e quatro) cursos autorizados e com data de criação e/ou início de funcionamento no sistema e-MEC⁵².



Evolução de autorizações de medicina, farmácia e enfermagem no Brasil (1808-2020)



Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do sistema e-MEC.

A figura anterior deixa claro como, especialmente após 2003, ou seja, na era Sinaes, há uma desaceleração de autorizações de cursos de medicina em comparação a outros da área de saúde, fato que é incompatível com a necessidade de profissionais médicos para o sistema de saúde brasileiro.

Por todos os ângulos que se observa, encontram-se dificuldades de avanço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em função dos inúmeros dados apresentados e das constantes declarações, inclusive do Ministério da Saúde, é indubitável a insuficiência de profissionais da saúde para o atendimento à população já em tempos normais, ainda mais quando se está diante de uma pandemia das proporções impostas pela Covid-19.



Para sanar essa deficiência, é essencial avançar no tema da formação desses profissionais.

Tratar da formação de mais profissionais de saúde passa, antes de tudo, por repensar as políticas regulatórias e avaliativas que se afiguram verdadeiras barreiras de entrada de novos cursos no sistema federal de ensino.

Debruçar-se sobre o tema é refletir, mormente, sobre alguns questionamentos:

- Será que o rigor de entrada de novos cursos precisa ser igual para uma IES recém-credenciada e para uma IES consolidada? Por que até universidades precisam passar pelo mesmo processo burocrático para autorizarem alguns cursos da área de saúde?

- Será que as autorizações de cursos da área de saúde precisam ser individualizadas, na medida em que estruturas muito similares dão conta de mais de um curso, como é o caso de farmácia e biomedicina?
- Será que o protocolo e-MEC para solicitação de novos cursos de medicina tem motivos para se manter fechado, a despeito da necessidade evidente da população por novos médicos?
- Será que o curso de medicina precisa ter um rigor maior em processos de autorização, como o proposto pelo Mais Médicos, na medida exata em que o erro de um enfermeiro é tão ou mais grave do que o erro de um médico para a vida do paciente?
- Será que o momento da autorização de um novo curso da área de saúde com regulação específica (medicina, enfermagem, odontologia e psicologia) para instituições que, além de conceitos institucionais positivos e ausência de supervisão pretérita, já tenham outros cursos reconhecidos na área de saúde, não poderia ser suprimido, relegando a análise pormenorizada das condições de oferta para o momento do reconhecimento do curso?

Tratam-se de questões que não podem ficar sem respostas para que os anseios da população por mais profissionais e, conseqüentemente, um melhor e mais pronto atendimento de saúde, tanto em momentos de calma quanto naqueles de tempestade como o imposto pelo coronavírus, sejam efetivamente atendidos.



SOBRE OS AUTORES



Francislene Hasmann

Pós-doutora em Engenharia Química e doutora em Biotecnologia. Diretora adjunta de Regulação e Qualidade do grupo Ser Educacional. É professora universitária desde 1999 e professora pesquisadora *stricto sensu* da Universidade do Amazonas.



Paulo Chanan

Mestre em Administração pela Universidade da Amazônia (Unama). Diretor de Regulação e Procurador Institucional do grupo Ser Educacional S.A. Professor universitário desde 2002. É vice-presidente da Associação Brasileira das Mantenedoras das Faculdades (Abrafi) e membro do Conselho de Administração da Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior (ABMES).

BIBLIOGRAFIA

1. JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. Covid-19 Map. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. Disponível em <https://bitly.com/E6cmg>. Acessado em 20/06/2020.
2. COELHO FC, Lana RM, Cruz OG, Codeco CT, Villela D, Bastos LS, et al. Assessing the potential impact of Covid-19 in Brazil: mobility, morbidity and the burden on the health care system. medRxiv 2020. Disponível em <https://bitly.com/4gAFt>. Acessado em 10/07/2020.
3. BRASIL, Ministério da Educação, Portaria nº 343, de 17 de março de 2020 - DOU – Imprensa Nacional. Disponível em: <https://bit.ly/3gEfFAS>. Acessado em 01/06/2020.
4. BRASIL, Ministério da Educação, Portaria nº 345, de 19 de março de 2020. DOU. Imprensa Nacional. Disponível em: <https://bit.ly/32hm1Cr>. Acessado em 01/06/2020.
5. BRASIL, Ministério da Educação, Portaria nº 356, de 20 de março de 2020. DOU. Imprensa Nacional. Disponível em: <https://bit.ly/3gJv5no>. Acessado em 01/06/2020.
6. PANIZZI, W.M. Universidade pública, gratuita e de qualidade. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2004. 180p.

7. RISTOFF, D.I. Universidade em foco: reflexões sobre a educação superior. Florianópolis: Insular, 1999.
8. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <https://bityli.com/2q9vA>. Acessado em 10/07/2020.
9. LUZ, A. S.; BRIZOLLA, F.; GARCIA, C. A. X. A contribuição da universidade pública para o desenvolvimento da sociedade brasileira: o caso da Universidade Multicampi na região do Pampa Gaúcho. *Jornal de Políticas Públicas*, n. 11, v.11, 2017.
10. BARATA, R.C.B. Epidemias. *Cad. Saúde Pública*. 1987, vol.3, n.1, pp.9-15.
11. MATOS, H. J. A próxima pandemia: estamos preparados? *Rev. Pan-Amaz Saude*, vol.9, nº 3. 2018
12. TEIXEIRA, C.; COSTA, E. Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas. Texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2003.
13. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Recommended Surveillance Standards*, Ireland, 1999, 159p. Disponível em: <https://www.who.int/csr/en/>. Acessado em 15/06/2020.
14. PEDUZZI, M. Multiprofessional healthcare team: concept and typology. *Rev Saúde Pública* 2001;35(1):103-9.
15. MACEDO, P.C.M. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. *Rev. SBPH* v.10 n.2 Rio de Janeiro dez. 2007.
16. ORNEL, F.; HALPERN, S.C.; KESSLER, P.F.H.; NARVAEZ, J.C.M. The impact of the Covid-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Reports in Public Health* 2020; 36(4)

17. BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem /CNE. Brasília: MEC, CNE, 2001. Disponível em <https://bityli.com/Q5bAf>. Acessado em 15 de junho de 2020
18. BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. CNE. 2017. Disponível em <https://bityli.com/Q5bAf>. Acessado em 15/06/2020.
19. BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. CNE. 2002. Disponível em <https://bityli.com/Q5bAf>. Acessado em 15/06/2020.
20. BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. CNE. 2014. Disponível em <https://bityli.com/Q5bAf>. Acessado em 15/06/2020.
21. BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Psicologia. CNE. 2011. Disponível em <https://bityli.com/Q5bAf>. Acessado em 15/06/2020.
22. BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. CNE. 2001. Disponível em <https://bityli.com/Q5bAf>. Acessado em 15/06/2020.
23. ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES (AAMC). The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections from 2015 to 2030, Washington, DC: Association of American Medical Colleges, 2017, 68p. Disponível em <https://bityli.com/wciRK>. Acessado em 18/06/2020.

24. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), Global Health Workforce Alliance. Health workforce 2030 – towards a global strategy on human resources for health [Synthesis paper]. Geneva: World Health Organization; 2015 <http://www.who.int>. Acessado em 20/06/2020
25. SCHEFFLER R.M., COMETTO G., TULENKO K., BRUCKNER T., LIU J.X., KEUFFEL E.L., et al. Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals – Background paper N.1 to the WHO Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016.
26. LIPSTEIN, S.H., KELLERMANN A.L. Workforce for 21st-century health and health care. JAMA. 2016; 316: 1665–6.
27. LIU, J.X., Goryakin, Y., Maeda, A. et al. Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030. Hum Resour Health 15, 11 (2017)
28. CUBAS, M. Programa Mais Médicos e criação de vínculos com a comunidade e fortalecimento da equipe de saúde. 2018. Disponível em: <https://bityli.com/9qSmA>. Acessado em 21/06/2020.
29. OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2.12. World Development Indicators: Health Systems. Genebra: OMS, 2017. Disponível em: <http://wdi.worldbank.org/table/2.12#>. Acessado em 21/06/2020.
30. FIOCRUZ. PROADESS - Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde, Monitoramento da assistência hospitalar no Brasil (2009-2017). Boletim Informativo do PROADESS, no 4, fev./2019. Disponível em <https://bityli.com/AO9Bj>. Acessado em 22/06/2020.
31. FERNANDES, Covid-19:Saúde reconhece carência de profissionais e falta de leitos de UTI, Correio Brasiliense, 04/04/2020, Disponível em <https://bityli.com/4kOsU>, Acessado em 10/07/2020.

32. INEP, Sinopses Estatísticas da Educação Superior – Graduação 2018, 17/09/2019, Disponível em <https://bityli.com/H5LD0>, Acessado em 10/07/2020.
33. BRASIL. Lei n. 9.131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei n. 424, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. Brasília, DF: Congresso Nacional. Disponível em <https://bityli.com/3hZRG>. Acessado em 10/07/2020.
34. BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1996. Disponível em <https://bityli.com/IOAkY>. Acessado em 10/07/2020.
35. BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 2.207, de 15 de abril de 1997. Regulamenta, para o Sistema Federal de Ensino, as disposições contidas nos arts. 19, 20, 45, 46 e § 1º, 52, parágrafo único, 54 e 88 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e dá outras providências. Brasília, DF: Publicado no DOU de 16 de abr. 1997- Seção I –p. 7534.
36. BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 2.306, de 19 de agosto de 1997. Regulamenta, para o Sistema Federal de Ensino, as disposições contidas no art. 10 da Medida Provisória nº 1.477-39, de 8 de agosto de 1997, e nos arts. 16, 19, 20, 45, 46 e § 1º, 52, parágrafo único, 54 e 88 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e dá outras providências. Brasília, DF: Publicado no DOU de 20 de ago. 1997- Seção I –p. 17991.
37. BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 3.860, de 9 de julho de 2001. Dispõe sobre a organização do ensino superior, a avaliação de cursos e instituições, e dá outras providências. Publicado no DOU de 10 de jul. 2001 - Seção I –p. 02.
38. BRASIL. Senado Federal. Lei 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. Disponível em <https://bityli.com/axi21>. Acessado em 10/07/2020.

39. BRASIL. Lei n. 10.172, de 9 de janeiro de 2001. (BRASIL, 2001). Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Disponível em <https://bityli.com/8qhZa>. Acessado em 10/07/2020.
40. DOURADO, Luiz Fernandes. A interiorização da educação superior e a privatização do público. Goiânia: UFG, 2001, 202p.
41. BRASIL. Ministério da Educação. Portaria MEC/SESu nº. 11, de 28 de abril de 2003. Constitui a Comissão Especial de Avaliação da Educação Superior. Brasília/DF: Gabinete do Ministro, 2003. Disponível em <https://bityli.com/T1NZj>. Acessado em 10/07/2020.
42. BRASIL. Ministério da Educação. Portaria MEC/SESu nº. 19, de 27 de maio de 2003. Constitui a Comissão Especial de Avaliação da Educação Superior. Brasília/DF: Gabinete do Ministro, 2003. Disponível em <https://bityli.com/IOOeT>. Acessado em 10/07/2020.
43. BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória nº 147, de 15 de dezembro de 2003. Institui o Sistema Nacional de Avaliação e Progresso do Ensino Superior e dispõe sobre a avaliação do ensino superior. Brasília/DF. 2003. Disponível em <https://bityli.com/vkzcu>. Acessado em 10/07/2020.
44. BRASIL. Lei n. 10.861, de 14 de abril de 2004. (BRASIL, 2004). Institui o Sistema Nacional da Avaliação Superior – SINAES e dá outras providências. 2004. Diário Oficial, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 abr. 2004, n.72, p.3. Seção I.
45. BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas em Educação – INEP. Diretoria de Avaliação da Educação Superior. Instrumento de Avaliação de Autorização Cursos de Graduação – Presencial e a Distância. Brasília. Disponível em <https://bityli.com/fPtjv>. Acessado em 10/07/2020.

46. BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Normativa nº 20, de 21 de dezembro de 2017. Dispõe sobre os procedimentos e o padrão decisório dos processos de credenciamento, reconhecimentos, autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos superiores, bem como seus aditamentos, nas modalidades presencial e a distância, das instituições de educação superior do sistema federal de ensino. Publicada no DOU de 22 de dez. 2017 - Seção I - p. 25. Republicada em 03 de set. 2018, Seção I – p. 40.
47. BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 328, de 21 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a suspensão do protocolo de pedidos de aumento de vagas e de novos editais de chamamento público para autorização de cursos de graduação em Medicina e institui o Grupo de Trabalho para análise e proposição acerca da reorientação da formação médica. Publicada no DOU de 06 de abr. 2018 - Edição: 66 - Seção I - p. 114.
48. MEC. Portaria Normativa n. 840, de 24 de agosto de 2018. Disponível em <https://bityli.com/aLsoq>. Acessado em 10/07/2020.
49. MEC. Portaria n. 96, de 22 de janeiro de 2020. Disponível em <https://bityli.com/QnLFo>. Acessado em 10/07/2020.
50. INEP. Comissão Técnica de Acompanhamento da Avaliação (CTAA). Disponível em <https://url.gratis/IZVEA>. Acessado em 09/07/2020)
51. CHANAN-SILVA, P. C.. Reflexão Sobre as Autorizações de Cursos de Medicina no Brasil. IG Empreenda com Êxito. 2020. Disponível em <https://bityli.com/xh4PB>. Acessado em 10/07/2020.

52. BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Normativa nº 21, de 21 de dezembro de 2017. Dispõe sobre o sistema 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 de educação, e o Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior Cadastro e-MEC. Publicada no DOU de 22 de dez. 2017 - Seção I - p. 18. Disponível em <https://bit.ly/2ZSMzXE>. Acessada em 10/07/2020.
53. SILVA E.V.M., Oliveira M.S., Silva S.F., Lima V.V.. A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar. Brasília: Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS; 2007, 28 p..
54. AZEVEDO F, Peixoto A, Teixeira AS, Lourenço Filho MB, Pessoa JGF, Mesquita Filho J, et al. Manifesto dos pioneiros da Educação Nova (1932) e dos educadores (1959). Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana; 2010.
55. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <https://bit.ly/2OgRZWY>. Acessado em 10/07/2020.
56. RANGEL, T.L.V.. Anotações ao Princípio da Finalidade Enquanto Sustentáculo da Administração Pública. 2014. Boletim Jurídico. Disponível em <https://bit.ly/3gOkzez>, Acessado em 10/07/2020.
57. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.784, de 29 de Janeiro de 1999. Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal. Disponível em <https://bit.ly/20-t6HKR>. Acessado em 10/07/2020.


EDUX

CONSULTORIA

 WWW.EDUXCONSULT.COM.BR

 edux@eduxconsultoria.com.br

 +55 61 3554-0072

 SHN Qd. 01, Bl. "F", Entrada "A", Conj. "A"
Edifício Vision Work & Live, Salas 1301-1303
CEP: 70.701-060 - Asa Norte, Brasília/DF

