

RESOLUÇÃO Nº 544, DE 10 DE MARÇO DE 2017

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em sua Ducentésima Nonagésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de março de 2017, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e

considerando que a Constituição Federal de 1988 determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

considerando que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;

considerando que a Lei nº 8.080/1990 dispõe que estão incluídas no campo de atuação do SUS a execução de ações de ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;

considerando que a Lei nº 8.142/1990 dispõe que o CNS, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legitimamente constituído em dada esfera do governo;

considerando que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação da área da saúde têm em suas competências, habilidade e atitudes prerrogativas de uma formação para o trabalho em equipe de caráter multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, à luz dos princípios do SUS, com ênfase na integralidade da atenção;

considerando a Resolução CNS nº 507/2016, que torna públicas as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ª Conferência Nacional de Saúde, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade até que seja consolidado o Relatório Final;

considerando a Resolução CNS nº 515/2016, que resolve que as DCNs da área de saúde sejam objeto de discussão e deliberação do CNS de forma sistematizada, dentro de um espaço de tempo adequado para permitir a participação, no debate, das organizações de todas as profissões regulamentadas e das entidades e movimentos sociais que atuam no controle social, para que o Pleno do Conselho cumpra suas prerrogativas e atribuições de deliberar sobre o SUS, sistema que tem a responsabilidade constitucional de regular os recursos humanos da saúde.

considerando que a formação para o SUS deve pautar-se na necessidade de saúde das pessoas e, para tanto, requer uma formação interprofissional, humanista, técnica e de ordem prática presencial, permeada pela integração ensino/serviço/comunidade, experienciando a diversidade de cenários/espacos de vivências e práticas que será impedida e comprometida na modalidade de ensino a distância (EaD).

RESOLVE:

Aprovar a Nota Técnica nº 003 contendo recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Saúde Coletiva, conforme anexo.

RONALD FERREIRA DOS SANTOS
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS Nº 544, de 10 de março de 2017, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

RICARDO BARROS
Ministro de Estado da Saúde

ANEXO

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

NOTA TÉCNICA Nº 003/2017

ASSUNTO: Proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva.

INTRODUÇÃO

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, que tem por finalidade atuar na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, no uso de suas competências regimentais e atribuições legais conferidas, encaminha ao Conselho Nacional de Educação (CNE) as recomendações do CNS à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Saúde Coletiva.

No uso de suas prerrogativas legais, o CNS, integrado pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil, dispõe de comissões intersetoriais de âmbito nacional, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As políticas e programas que ficam a cargo das comissões intersetoriais abrangem, em especial, as seguintes atividades: I - alimentação e nutrição; II - saneamento e meio ambiente; III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia; IV - recursos humanos; V - ciência e tecnologia; e VI - saúde do trabalhador. (Art. 12, parágrafo único e Art. 13 e incisos da Lei nº 8.080/1990).

Para apreciação da proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, tomou-se como marco legal de referência a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamentou o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, criando o SUS no Brasil; a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e a Resolução CNS nº 350, de 09 de junho de 2005, que, entre outros, aprova critérios de regulação da abertura e reconhecimento de novos cursos da área da saúde.

O papel do CNS, expressão máxima da representatividade de participação social (o controle social), conta com a participação de usuários do SUS, trabalhadores vinculados aos movimentos sociais organizados, e gestores (prestador de serviço e governo) que desenvolvem um papel de monitoramento e controle das políticas públicas de saúde, mantendo-se vigilantes, críticos e propositivos naquelas questões da formação de recursos humanos em saúde para o SUS. Nesse sentido, a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT/CNS submeteu à apreciação e aprovação do plenário do CNS os seguintes argumentos e proposições.

A CIRHRT considerou para sua análise, entre outros fatos, o de que os serviços públicos integrantes do SUS constituem-se como campo de prática para o ensino e a pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (art. 27, parágrafo

único, da Lei nº 8.080/1990); e também o papel administrativo da União, Estados, Distrito Federal e os Municípios, na participação da formulação e da execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.

Desse modo, buscou-se relacionar a proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, com os preceitos contidos na legislação de criação do SUS, na legislação de proteção aos grupos humanos expostos a vulnerabilidades (programáticas, individuais e sociais), incluindo a saúde entre seus determinantes e condicionantes, e nas políticas nacionais vigentes dos campos da saúde e da educação.

ANÁLISE

Segundo o artigo 200 da Constituição Federal de 1988 compete ao SUS, entre outras atribuições, a de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (inciso III) e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho (inciso VIII), em saúde e seus trabalhadores (profissionais de saúde, entre eles). Esse papel de ordenador na qualificação de trabalhadores para o SUS requer dos dispositivos que regulam a formação de profissionais a sensibilidade para incorporar as necessidades sociais em saúde, combinadas com as demandas do mundo do trabalho, a competência profissional e o empenho do pensamento crítico, reflexivo e resolutivo desse trabalhador.

A graduação em Saúde Coletiva surgiu como uma ideia em função do reconhecimento do desenvolvimento deste novo campo de saber e práticas, distinto da saúde pública institucionalizada, e resultante da crítica a movimentos ideológicos que lhe precederam, a exemplo da Medicina Preventiva, da Saúde Comunitária e da Medicina Familiar. Evoluiu como uma proposta decorrente da criação de Institutos de Saúde Coletiva e similares em universidades públicas, comprometidos com o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e com a implementação do SUS. E transformou-se num projeto que identificava a necessidade de formação de novos sujeitos com ideais ético-políticos bem definidos e com um corpo de conhecimentos e de práticas passíveis de serem assimilados desde a graduação, cuja pertinência era admitida por diversos sujeitos do campo da saúde. Cabe ressaltar que a criação dos cursos de graduação em Saúde Coletiva foi uma decisão ancorada, principalmente, no atendimento a uma demanda reprimida por parte dos gestores do SUS de preencher os vazios de profissionais em muitas localidades e serviços. Essa realidade vinha sendo problematizada há muito tempo pelo Ministério da Saúde (MS), juntamente com os gestores dos Estados e municípios. Portanto, antecipar a formação do sanitarista é considerado uma estratégia importante para a mudança do modelo de atenção a saúde no país e criação de um novo ator em defesa da RSB e do SUS (Paim e Pinto, 2013)¹.

O SUS precisa de um graduado em Saúde Coletiva com perfil profissional que o qualifique como ator estratégico e com identidade específica não garantida por outras graduações disponíveis. Portanto, longe de se sobrepor aos demais integrantes da equipe de saúde, esse novo ator

¹ Paim, JS e Pinto, ICM. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva. 2013; Ano VII Vol. 3. p.13-35.

vem se associar de modo orgânico aos trabalhadores em Saúde Coletiva (Bosi e Paim, 2009)². Dessa forma, o curso de graduação em Saúde Coletiva teria a vantagem de reduzir o tempo de formação deste profissional, sem prejuízo da formação pós-graduada. Ao contrário, o ensino da Saúde Coletiva na pós-graduação seria beneficiado ao constituir efetivamente uma modalidade de qualificação avançada e mais específica, sem prejuízo para o ensino da Saúde Coletiva nas demais áreas da Saúde, uma vez que não haveria superposição competitiva deste profissional com as atribuições específicas das demais profissões da área. A inserção dos profissionais formados em Saúde Coletiva no processo de trabalho no âmbito das instituições de saúde evidencia a constituição de relações de complementariedade com as demais profissões do setor saúde, sem prejuízo da especificidade e identidade do campo de atuação de cada profissional (Teixeira, 2003)³.

A análise de viabilidade de implantação dos cursos de graduação em Saúde Coletiva indica a existência de aspectos favoráveis relativos ao contexto sócio sanitário e político-institucional em nível nacional, em função das tendências da política de Saúde e do processo de reforma do sistema público de serviços de saúde em todo o país. Atualmente evidencia-se uma enorme demanda por profissionais de nível superior capacitados para consolidar a RSB, integrando equipes para a administração do SUS, em diversas modalidades de atuação, entre elas, gestão de sistemas locais de saúde, gestão de unidades de saúde, administração de custos e auditoria, gestão de informação e gestão de recursos humanos em saúde. Soma-se a isto o fato de que o fortalecimento dos processos de reorientação do modelo de atenção, com ênfase na proposta de promoção e vigilância da saúde, precisa ser respaldado pela formação de profissionais de Saúde Coletiva capazes de assumir os desafios dessa transformação (Teixeira & Paim, 2002)⁴.

Sobre o mercado de trabalho para o profissional graduado em Saúde Coletiva, o cenário descrito permite antever uma demanda no setor público (demanda em expansão a curto, médio e longo prazo), no setor privado (na administração de sistemas e serviços de Saúde) e no “terceiro setor”, na medida em que avance a mobilização das Organizações Não-Governamentais na defesa e proteção da saúde. Especialmente no âmbito do SUS cabe destacar a possibilidade de inserção dos egressos no âmbito político-gerencial e técnico-assistencial, na medida em que os profissionais de Saúde Coletiva podem se responsabilizar pelas práticas de formulação de políticas, planejamento, programação, coordenação, controle e avaliação de sistemas e serviços de saúde, bem como contribuir para o fortalecimento das ações de promoção da saúde e das ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, além de participarem de outras ações estratégicas para a consolidação do processo de mudança do modelo de atenção (Teixeira, 2003).

O trabalho teórico e empírico no campo da saúde coletiva desenvolvido nas instituições acadêmicas deu suporte a um movimento político em torno da crise da saúde iniciado em

² Bosi, MLM e Paim JS. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; Vol. 15, n. 4, p. 2029-2038.

³ Teixeira, CF. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2003. Vol. 7, n.13, p.163-166.

⁴ Teixeira, CF e Paim, JS. Conjuntura atual e perspectivas da formação de recursos humanos para o SUS. In: *Seminário*

meados dos anos 1970, no contexto das lutas pela redemocratização do país, e se difundiu a centros de estudos, associações profissionais, sindicatos de trabalhadores, organizações comunitárias, religiosas e partidos políticos, contribuindo para a formulação e execução de um conjunto de mudanças identificadas como a Reforma Sanitária Brasileira (Paim e col., 2011)⁵. Esse movimento possibilitou a construção dos pilares do campo da Saúde Coletiva nas ciências sociais e humanas, na epidemiologia e na política, planificação e gestão em novas bases teóricas e epistemológicas (Paim, 2008)⁶. A identidade científica e profissional do campo da Saúde Coletiva foi conferida pelo objetivo de construir um marco teórico-metodológico que fosse além do campo conceitual de ciências biológicas e das ciências médicas na compreensão do processo saúde-doença e da realidade sanitária brasileira, através do desenvolvimento de estudos que trabalhassem para mediação entre teoria social e saúde, dentro de uma proposta multidisciplinar de organização do trabalho científico e pela intenção de promover um movimento político progressista em prol da reorganização da ação estatal no campo sanitário, de orientação inversa ao caráter privatista, medicalizador e excludente que caracterizava o perfil assistencial do sistema de saúde brasileiro (Ribeiro, 1991)⁷.

A graduação em Saúde Coletiva se expressa, portanto, como uma necessidade do SUS de fortalecer a formação de profissionais comprometidos com a garantia do direito universal a saúde, ampliar a capacidade institucional do sistema e potencializar o trabalho interdisciplinar em saúde.

ENCAMINHAMENTO

Em virtude da análise feita apresenta-se a seguir as contribuições da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde, e seu Grupo de Trabalho (GT), aprovado na 286ª Reunião Ordinária - RO, ocorrida em 6 e 7 de outubro de 2016, à redação⁸ das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Saúde Coletiva, nos termos abaixo indicados:

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

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação tendo em vista o exposto na Lei nº 9.131 de 24 de novembro de 1995, acerca da deliberação sobre Diretrizes Curriculares de cursos de nível superior, considerando a Lei de Diretrizes e Bases da

Nacional da Rede Unida, 2002, Londrina. Relatório Londrina, 2002. s/p.

⁵ Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet. Saúde no Brasil. 2011. Vol 1. p.11-31.

⁶ Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

⁷ Ribeiro, PT. A instituição do campo científico da Saúde Coletiva no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. 1991. p.132.

⁸ As alterações textuais recomendadas pelo CNS/CIRHRT estão destacadas em letra vermelha ao longo dos Capítulos, Seções e Subseções.

Educação Nacional nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, a Lei Orgânica da Saúde e leis regulamentadoras do Sistema Único de Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, a **Resolução nº 350, do Conselho Nacional de Saúde, de 09 de junho de 2005**; a tabela de atividades da família ocupacional 2033-20 observada na Portaria Ministerial nº397, do Ministério do Trabalho e Emprego, de 9 de outubro de 2002, que identifica a tabela de atividades da família ocupacional 2033-20 na Classificação Brasileira de Ocupações e a definição das Funções Essenciais da Saúde Pública, da Organização Mundial da Saúde, em 2000, como renovação da estratégia de saúde para todos no Século XXI e como tarefa internacional à Educação em Saúde Pública.

RESOLVE:

Art. 1º - Instituir as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) a serem observadas pelas Instituições de Educação Superior (IES) no Brasil quanto à elaboração e implementação do Projeto Pedagógico de Curso, organização e avaliação da Graduação em Saúde Coletiva.

Capítulo 1 DO OBJETO

Art. 2º - As DCN do Curso de Graduação em Saúde Coletiva estabelecem o perfil do Bacharel em Saúde Coletiva e os componentes curriculares fundamentais para a formação.

Capítulo 2 DO PERFIL DO BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA

Art. 3º - O graduado em Saúde Coletiva terá formação **generalista, humanista**, crítica, reflexiva, **ética e transformadora, comprometida** com a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, capaz de atuar na análise, monitoramento e avaliação de situações de saúde, formulação de políticas, planejamento, programação e avaliação de sistemas e serviços de saúde, no desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção de saúde, educação e desenvolvimento comunitário na área de saúde, bem como na execução de ações de vigilância e controle de riscos e agravos à saúde e no desenvolvimento científico e tecnológico da área de Saúde Coletiva **com responsabilidade social** e compromisso com a dignidade humana, **cidadania e defesa da democracia, do direito universal a saúde** e do Sistema Único de Saúde, **tendo como orientadora a determinação social do processo saúde-doença**.

Art. 4º - A formação do Bacharel em Saúde Coletiva proporcionará competências específicas e interprofissionais para o exercício profissional nos sistemas, programas e serviços, assim como em outros espaços sociais e intersetoriais em que se desenvolvam **ações na perspectiva da integralidade** da saúde.

Parágrafo único. O detalhamento das estratégias pedagógicas para alcançar o caráter interdisciplinar e intersetorial da formação deverá estar detalhado no Projeto Pedagógico do Curso e abranger as subáreas de Epidemiologia, de Política, Planejamento e Gestão em Saúde e de Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

Art. 5º - Para o exercício profissional que articule conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas ao egresso, a formação do Bacharel em Saúde Coletiva desdobra-se nos seguintes núcleos de conhecimentos e práticas:

I - Gestão em Saúde;

II - Atenção à Saúde;

III - Educação em Saúde.

Seção I **Gestão em Saúde**

Art. 6º - O núcleo de Gestão em Saúde proporcionará o desenvolvimento de competências para a atuação em política, planejamento, gestão, avaliação e auditoria de sistemas e serviços de saúde.

Art. 7º - O núcleo de Gestão em Saúde estrutura-se em 5 (cinco) competências:

I - Análise de políticas públicas relacionadas à saúde.

II - Planejamento, gestão, avaliação e auditoria em sistemas e serviços de saúde;

III - Participação social em saúde;

IV - Gestão do trabalho na saúde;

V - Regulação setorial e fiscalização em saúde.

Art. 8º - O desenvolvimento da competência da Análise e atuação em políticas públicas relacionadas à saúde envolve 4 (quatro) dimensões:

I - Análise da conjuntura e identificação dos atores implicados na produção da saúde;

II - Construção, negociação e implementação de políticas de saúde;

III - Articulação de segmentos e atores;

IV - Monitoramento, avaliação e auditoria de políticas de saúde em contextos locais, de região de saúde, de geografia política, nacionais e internacional.

Art. 9º - O desenvolvimento da competência de Planejamento, Gestão, Avaliação e auditoria dos Sistemas e Serviços de Saúde na formação do Bacharel em Saúde Coletiva envolve 4 (quatro) dimensões:

I - Planejamento, gestão, avaliação e auditoria de planos, projetos, programas e ações

de saúde.

II - Avaliação, monitoramento e auditoria do desempenho e das respostas dos sistemas e serviços de saúde.

III - Processos de tomada de decisão;

IV - Planificação e gestão em saúde.

Art. 10 - O desenvolvimento da competência da Participação Social em Saúde envolve a elaboração de metodologias participativas para o planejamento, o desenvolvimento e a fiscalização de ações em saúde.

Art. 11 - O desenvolvimento da competência de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde na formação do Bacharel em Saúde Coletiva envolve 4 (quatro) dimensões:

I - Análise de processos de trabalho em saúde;

II - Gestão da força de trabalho;

III - Organização e gerenciamento do trabalho em equipes;

IV - Estabelecimento de abordagens comunicativas para mediar conflitos e conciliar possíveis visões divergentes entre os sujeitos do trabalho em saúde.

Art. 12 - O desenvolvimento da competência de Regulação Setorial e Fiscalização em Saúde envolve 2 (duas) dimensões:

I - Elaboração de normas e procedimentos para a fiscalização e auditoria das ações dos setores complementar e suplementar ao SUS;

II - Monitoramento, avaliação e auditoria de ações, serviços, redes e sistemas do componente privado e suplementar ao SUS.

Seção II **Atenção à Saúde**

Art. 13 – O núcleo de Atenção à Saúde proporcionará o desenvolvimento de competências para a atuação em ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como na prevenção de agravos e produção da qualidade de vida, pautadas na integralidade, equidade e humanização da atenção à saúde. Serão desenvolvidas as capacidades de atuação na organização das linhas de cuidado e redes de atenção, na vigilância em saúde, nas ações coletivas para a promoção e recuperação da saúde individual e coletiva, nas ações de saúde ambiental de proteção da saúde coletiva e ações populacionais de proteção sanitária.

Art. 14 - O núcleo de Atenção à Saúde estruturam-se em 3 (três) competências:

I - Organização da atenção integral à saúde;

II - Vigilância em saúde e saúde ambiental;

III - Promoção da saúde individual e coletiva e práticas coletivas de orientação e intervenção em saúde.

Art. 15 - O desenvolvimento da competência Organização da Atenção Integral à Saúde envolve 2 (duas) dimensões:

I - Planejamento e cogerenciamento de linhas de cuidado;

II - Apoio matricial e institucional.

Art. 16 – O desenvolvimento da competência da Vigilância em Saúde e Saúde Ambiental envolve 5 (cinco) dimensões:

I - Análise de Situação de Saúde;

II - Prevenção e controle de condicionantes e determinantes dos estados de saúde-doença-agravos, de riscos e danos à saúde das populações;

III - Monitoramento da situação de saúde, mediante sistemas de informação e sistemas de vigilância epidemiológica, sanitária, em saúde do trabalhador e em saúde ambiental;

IV - Saúde ambiental;

V - Sistemas de informação, divulgação e comunicação relativos à saúde em populações.

Art. 17- O desenvolvimento da competência de Promoção da saúde individual e coletiva e práticas coletivas de orientação e intervenção em saúde envolve 4 (quatro) dimensões:

I - Identificação das necessidades de promoção da saúde junto aos usuários dos serviços sanitários ou outros educadores sociais, profissionais e ocupações de saúde em geral;

II - Desenvolvimento de ações de promoção da saúde em diferentes serviços de saúde e outros cenários de atuação, com ênfase no compartilhamento de conhecimentos;

III - Desenvolvimento de estratégias interativas para a disseminação de práticas de proteção à saúde.

IV - **Elaboração compartilhada e interprofissional de projetos terapêuticos, estimulando o autocuidado e autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde.**

Seção III

Educação em Saúde

Art. 18 – O núcleo de Educação em Saúde proporcionará o desenvolvimento de competências para a atuação em práticas pedagógicas, de desenvolvimento profissional, de mobilização popular e ativismo comunitário; para investigação e construção participativa de conhecimentos em saúde; para condução de programas formativos e pedagógicos em diversos cenários e para o exercício da docência.

Art. 19 – O núcleo de Educação em Saúde estrutura-se em 3 (três) competências:

I – Educação permanente em saúde e práticas pedagógicas em serviços de saúde;

II – Educação popular em saúde e ativismo comunitário;

III - Investigação e docência na saúde.

Art. 20 – O desenvolvimento da competência de Educação Permanente em Saúde e Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde envolve 3 (três) dimensões:

I - Aprendizagem cooperativa em ambientes de trabalho.

II - Levantamento de necessidades formativas nos serviços de saúde.

III - Mobilização e participação em equipes para pesquisa-intervenção, pesquisa- ação e estudo-ação.

Art. 21 - O desenvolvimento da competência da Educação Popular em Saúde e Ativismo Comunitário envolve 4 (quatro) dimensões:

I - Implementar estratégias de educação popular em saúde, no estímulo à ação comunitária em projetos de vida e saúde, cultura e saúde, movimento social e saúde, luta por direitos e enfrentamento das desigualdades sociais e sanitárias;

II - Desenvolver estratégias e tecnologias sociais de ação em saúde;

III - Desenvolver estratégias para a popularização da ciência;

IV - Desenvolver estratégias que promovam o empoderamento, a autonomia e o engajamento de pessoas, famílias e comunidades.

Art. 22 – O desenvolvimento da competência da Investigação e Docência na Saúde envolve 3 (três) dimensões:

I - Aplicar métodos e procedimentos de pesquisa em saúde;

II - Produzir materiais técnico-científicos, educativos e organizar eventos de divulgação, comunicação e educação em saúde;

III - Planejar e realizar processos pedagógicos na saúde.

Capítulo 3

DO PROJETO PEDAGÓGICO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Seção I

PRINCÍPIOS E PRESSUPOSTOS AO CURRÍCULO

Art. 23 – O Projeto Pedagógico de Curso na Graduação em Saúde Coletiva **deverá ser construído coletivamente por conselhos de saúde, estudantes, movimentos sociais, gestores e a participação da comunidade, e** observará os seguintes princípios e pressupostos:

I - Desenvolvimento curricular orientado à compreensão das necessidades sociais em saúde;

II - Ter o estudante como protagonista da aprendizagem;

III - Desenvolver nos profissionais em formação a capacidade de aprender continuamente e a apropriação de princípios e perspectivas da educação permanente em saúde;

IV - Fomentar nos discentes e docentes responsabilidade, **ética** e compromisso com a própria educação e a formação das futuras gerações de profissionais, preparados para o acolhimento de graduandos e residentes da área da saúde, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, mediante a mobilidade acadêmica e profissional, as vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais;

V - Promover a formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão em compromisso com o conhecimento científico e o interesse popular, especialmente no tocante a gestão, atenção, educação e participação em saúde;

VI - Contemplar atividades complementares e mecanismos para o aproveitamento de conhecimentos adquiridos pelo estudante mediante estudos e práticas independentes, presenciais ou a distância, como monitorias; estágios extracurriculares; programas de iniciação científica, iniciação tecnológica e iniciação à docência; programas de extensão, de educação tutorial e de educação pelo trabalho; estudos adicionais e cursos realizados em áreas afins; participação em eventos e no movimento estudantil e participação em instâncias de participação popular em saúde ou de controle social em saúde;

VII - Criar oportunidades integradas de aprendizagem, desde o início e ao longo de todo o curso de graduação, tendo a Epidemiologia, a Política, Planejamento e Gestão em Saúde e as Ciências Sociais e Humanas em Saúde como os eixos fundamentais na formação do sanitarista;

VIII - Criar oportunidades de inserção nas redes de gestão e atenção em saúde, consideradas como cenários de aprendizagem, desde o início e ao longo de todo o curso de graduação;

IX - Contribuir para a **reflexão**, compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas e práticas nacionais e regionais em saúde, inseridas nos contextos internacionais e históricos, respeitando o pluralismo de concepções e a diversidade cultural.

Art. 24 - Deverão ser utilizadas metodologias participativas de ensino e avaliação da aprendizagem, do processo didático e do próprio curso, desenvolvendo instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, em consonância como Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e com a dinâmica curricular definida pela IES em que for implantado e desenvolvido.

Art. 25 - As Instituições de Educação Superior deverão desenvolver programas de formação e desenvolvimento da docência em Saúde Coletiva, com vistas à valorização do trabalho docente na graduação, ao maior envolvimento dos professores com o Curso e com as atividades desenvolvidas em comunidade, nas cidades, nas regiões de saúde ou junto às redes de gestão e atenção do Sistema Único de Saúde.

Art. 26 - Os Cursos de Graduação em Saúde Coletiva deverão desenvolver ou fomentar programas permanentes de formação e desenvolvimento dos profissionais do Sistema Único de Saúde, com vistas à melhoria do processo de ensino-aprendizagem nos cenários de práticas e da qualidade da gestão e da atenção em saúde da população.

Seção II

INFRAESTRUTURA RECOMENDADA

Art. 27 – A infraestrutura recomendada atende aos requisitos do modelo de aprendizagem e às necessidades formativas, devendo cada curso contar com salas de aula e salas multiuso para dinâmicas grupais, vivências ludo pedagógicas e simulação de práticas sociais, espaços de convivência e biblioteca, assim como acesso sem fio à Internet.

Art. 28 – A infraestrutura complementar em laboratórios e observatórios poderá incluir laboratório de promoção da saúde para o exercício de práticas coletivas sociointerativas, ludo pedagógicas e vivenciais; laboratório de políticas e participação social em saúde para o desenvolvimento de processos e simulações consultivas, de construção de negociações e pactuações e audiências públicas.

Art. 29 - Exige-se o acesso às principais bases de dados para o estudo em saúde da população, softwares gráficos, estatísticos e de geoprocessamento, formulários para coleta de informações, preferencialmente em bases de dados oficiais e softwares livres, portal de periódicos e base de dados em dissertações e teses.

Seção III

Dos conteúdos curriculares

Art. 30 - São fundamentais para o Curso de Graduação em Saúde Coletiva os componentes curriculares necessários para a atuação compreensão do processo saúde-doença-cuidado-qualidade-de-vida, tomando por referência as subáreas da Saúde Coletiva: Epidemiologia; Política, Planejamento e Gestão em Saúde e Ciências Sociais e Humanas na Saúde, levando em consideração as seguintes temáticas:

I - Ciências básicas da vida.

II - Epidemiologia: usos e aplicações no desenvolvimento dos serviços e da atenção à saúde;

III - Gestão, planificação e processos de avaliação e auditoria em saúde;

IV - Políticas públicas e sistemas de saúde;

V - Humanidades em saúde;

VI - Educação, comunicação e promoção da saúde;

VII - Saúde ambiental, análise de situação de saúde e vigilâncias da saúde;

VIII - Pesquisa, ciência tecnologia e inovação em saúde.

Art. 31 - Os conteúdos no currículo do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, bem como sua organização curricular, levarão em consideração as características locorregionais, a inserção institucional do curso, a flexibilidade de estudos e as demandas e expectativas de desenvolvimento do campo de saberes e práticas da saúde coletiva.

Art. 32 - A carga horária mínima do Curso de Graduação em Saúde Coletiva é de 3.200 (três mil e duzentas) horas e prazo mínimo de 4 (quatro) anos para sua integralização.

Art. 33 - A formação em Saúde Coletiva inclui estágio curricular obrigatório, abrangendo prioritariamente seus 3 (três) núcleos de conhecimentos e práticas: Gestão em Saúde, Atenção à Saúde e Educação em Saúde.

§1º- O Projeto Pedagógico de Curso deverá descrever detalhadamente as modalidades de estágio, preceptoria e supervisão que serão oferecidas nos estágios curriculares.

§2º- A carga horária mínima do estágio curricular obrigatório é de 600 (seiscentas) horas.

§3º- Recomenda-se que o mínimo de 40% (quarenta por cento) da carga horária prevista para o estágio curricular obrigatório seja desenvolvido na Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Art. 34 - Além do estágio curricular obrigatório, o Projeto Pedagógico de Curso deve dedicar pelo menos 10% da sua carga horária total ou por componente curricular às atividades extensão, interação e/ou vivência nas redes de atenção à saúde e intersetoriais, em instâncias de controle social em saúde, órgãos de gestão do Sistema Único de Saúde e outros cenários de

intervenção do sanitarista ao longo de toda a graduação, de maneira transversal às diferentes etapas do curso ou contemplando os diferentes componentes curriculares.

Art. 35 - O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é componente curricular obrigatório e deverá constar do projeto pedagógico do curso e suas características, estabelecidas em regulamento próprio.

Art. 36 - As atividades complementares, de livre eleição pelos estudantes, devem contemplar diversificadamente os campos do ensino, pesquisa e extensão, além do ativismo comunitário ou estudantil, quando possível, correspondendo a pelo menos 200 (duzentas) horas.

Art. 37 - As atividades com uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) devem estar presentes ao longo de todo o curso de graduação.

Capítulo 4 **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 38 - Nos cursos iniciados antes da vigência desta Resolução, as adequações curriculares deverão ser progressivamente implantadas em um prazo máximo de 3 (três) anos a contar de sua publicação.

Parágrafo único. As Instituições de Educação Superior poderão optar pela aplicação dessas Diretrizes Curriculares Nacionais ao conjunto de seus alunos, mediante adaptação curricular ou a partir do primeiro ingresso **subsequente** à sua publicação.

Art. 39 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.