

*José Maria Ximenes Guimarães*

*Carlos Garcia Filho*

*Erasmio Miessa Ruiz*

# **ENSINO NA SAÚDE:**

*política, currículo e práticas na reorientação da formação*

## **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

### **REITOR**

José Jackson Coelho Sampaio

### **VICE-REITOR**

Hidelbrando dos Santos Soares

### **EDITORA DA UECE**

Erasmio Miessa Ruiz

### **CONSELHO EDITORIAL**

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragozo	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

### **CONSELHO CONSULTIVO**

Antônio Torres Montenegro   UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão   UFC
Eliane P. Zamith Brito   FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça   UNIFOR
Homero Santiago   USP	Pierre Salama   Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves   USP	Romeu Gomes   FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto   UFF	Túlio Batista Franco   UFF

*José Maria Ximenes Guimarães*

*Carlos Garcia Filho*

*Erasmio Miessa Ruiz*

# **ENSINO NA SAÚDE:**

*política, currículo e práticas na reorientação da formação*

1ª Edição

Fortaleza - CE

2019



**Ensino na saúde: política, currículo e práticas na reorientação da formação**

© 2019 *Copyright by* José Maria Ximenes Guimarães, Carlos Garcia Filho e Erasmo Miessa Ruiz

Impresso no Brasil / Printed in Brazil  
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE  
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará  
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893  
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



**Coordenação Editorial**

Erasmo Miessa Ruiz

**Diagramação e Capa**

Narcelio Lopes

**Revisão de Texto**

Organizadores

**Ficha Catalográfica**

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

---

E59j

Guimarães, José Maria Ximenes

Ensino na saúde: política, currículo e práticas na reorientação da formação [recurso eletrônico] / José Maria Ximenes Guimarães, Carlos Garcia Filho e Erasmo Miessa Ruiz. - Fortaleza: EdUECE, 2019.

Livro eletrônico.

ISBN: 978-85-7826-773-5 (E-book)

1. Saúde - Estudo e ensino. 2. Enfermagem - Estudo e ensino. 3. Saúde - Currículo. I. Garcia Filho, Carlos. II. Ruiz, Erasmo Miessa.

CDD: 610.7

---

## PREFÁCIO

O processo de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS no Brasil, historicamente, é marcado por lutas comprometidas com o desenvolvimento de uma sociedade mais justa, em que o acesso aos serviços de saúde seja um indicativo da melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas.

Pensar um sistema de saúde universal, integral e equânime é, também, um nobre esforço para redução e superação das desigualdades sociais que, historicamente, marcam a vida e a saúde da população brasileira. Nesse sentido, a construção de um sistema de saúde forte e resolutivo exigiu a assunção de uma concepção ampla de saúde, com base na compreensão de que as condições de saúde são influenciadas e determinadas pelas condições de exercício da cidadania.

Destarte, é coerente afirmar que essas lutas foram marcadas pela permanente busca de um modelo de atenção à saúde alinhado a um novo projeto de sociedade. Uma sociedade mais justa e igualitária requer a oferta e a ampliação do acesso, da qualidade e da resolutividade dos serviços de saúde como indicadores fundamentais da melhoria de vida das pessoas.

Vários e importantes movimentos de reorientação do modelo de atenção à saúde deram força ao processo de construção do sistema de saúde sob essas novas bases. São esforços e reflexões permanentes para que se consiga colocar as complexas e dinâmicas necessidades de saúde como central na elaboração de políticas públicas e na produção dos serviços de saúde.

As mudanças ocorridas ao longo dos anos representaram o compromisso permanente pela qualificação do sistema de saúde, na tentativa de manutenção das fortalezas e superação das dificuldades – nem sempre um processo tranquilo. O SUS, por tudo que representa, enfrenta permanentemente ameaças que ampliam os desafios vivenciados na efetivação de uma proposta universal em um país com as dimensões, heterogeneidade e complexidade das condições de vida e saúde dos brasileiros.

Apesar das constantes ameaças que mudam de intensidade de acordo com os distintos momentos históricos, muitas vitórias foram alcançadas a partir dos acúmulos de lutas e amadurecimento das discussões e debates em torno de estratégias potentes para um projeto de sistema de saúde comprometido com a melhoria de vida das pessoas. São muitos os exemplos desses avanços e conquistas: o fortalecimento da atenção primária como fundamento para a reorganização do sistema de saúde; a ampliação da oferta e da melhoria das respostas dos serviços de tratamento do câncer; o aumento do tratamento do HIV/AIDS; o fortalecimento de diferentes redes de atenção à saúde e a resposta, em tempo oportuno, para doenças emergentes decorrentes de novos riscos infecciosos, ambientais e comportamentais.

Trazer esse resgate aqui – num prefácio de um livro sobre o ensino na saúde – tenta expressar o compromisso de todos os atores envolvidos na elaboração desta obra com o fortalecimento e com a consolidação do SUS por meio dos processos de formação dos profissionais de saúde. Não é razoável realizar um debate sobre essa nova lógica de produção dos serviços de saúde – capaz de sustentar os princípios fundamentais do SUS – sem mencionar

o relevante papel da formação em saúde. A preocupação com a discussão sobre a reorientação do ensino na saúde com foco no fortalecimento dos sistemas de saúde é denominada pela literatura como a terceira geração de reformas da formação em saúde<sup>1</sup>.

Alinhados ao contexto global, os muitos autores desta obra evidenciam os esforços em assegurar a formação de profissionais de saúde com as competências necessárias para o efetivo atendimento das necessidades de saúde e com o perfil adequado para o enfrentamento dos muitos desafios impostos pela dinâmica social atual. Os próximos parágrafos apresentam uma breve reflexão sobre temas estratégicos abordados no livro. Não se trata de detalhamento de todos os capítulos e não há esta pretensão, tendo em vista que a leitura de cada um deles aproximará os leitores de subsídios teórico-conceituais e metodológicos potentes para o fortalecimento do ensino na saúde, como mecanismo de permanente luta pela mudança na lógica da produção dos serviços de saúde.

Um dos eixos do livro é a integralidade por sua capacidade de reconstruir o modo de produzir saúde para além da histórica fragmentação dos atos e dos saberes. A tendência de fracionar as ações dos diferentes profissionais de saúde, expor os usuários a um conjunto de ações – que muitas vezes apresentam limitada capacidade de resolubilidade – começa a ser vista como um entrave à oferta de serviços de saúde ancorados pela compreensão ampliada de saúde. Considerando a relevância desse debate para o

---

1 FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923–1958, 2010.

contexto do trabalho em saúde, é imprescindível que o processo de formação em saúde consiga fortalecer esse debate. A efetivação da integralidade passa pela incorporação do compromisso dos profissionais de saúde com esse princípio fundamental frente às demandas complexas por melhores condições de vida e saúde.

Pensar a integralidade no processo de formação exige a ampliação do olhar dos estudantes sobre o caráter dinâmico, processual e complexo da produção de necessidades de saúde das pessoas. A formação em saúde, pela tendência de fornecer subsídios para a construção das *expertises* profissionais, muitas vezes afastou os estudantes e profissionais do contexto de vida das pessoas. Esse contexto reverbera, conseqüentemente, na formação de profissionais com limitada capacidade de análise do contexto, frágil capacidade de reflexão e crítica, bem como na ausência de implicação nos processos de transformação desse contexto.

Para a superação dessas problemáticas e avanço da perspectiva da integralidade na atenção à saúde, a integração ensino-serviço-comunidade tem obtido importantes avanços na formação em saúde. Aproximar os processos formativos da realidade de produção dos serviços de saúde e de vida das pessoas consegue deslocar o foco da formação dos profissionais de saúde da doença para as necessidades de saúde, amplia o olhar crítico e reflexivo, fortalece a responsabilidade social dos profissionais, implicando-os nos processos de transformações. Assim, a integração ensino-serviço-comunidade tem se mostrado fundamental para o desenvolvimento das competências técnico-científicas, éticas-políticas, humanísticas e culturais.



O desenvolvimento de competências adequadas para o enfrentamento dos desafios impostos pelo contexto atual requer também mudanças nos modos de construção do conhecimento dos profissionais de saúde. A fragmentação presente nos atos profissionais na produção dos serviços de saúde, muitas vezes, é produto do pouco diálogo entre os diferentes campos do conhecimento. A ênfase na dimensão técnica como *expertises* das práticas profissionais muitas vezes estabelece grandes barreiras para o diálogo entre os diferentes conhecimentos.

Desse modo, a interdisciplinaridade, também abordada neste livro, apresenta-se como relevante princípio formativo. A interdisciplinaridade, enquanto compromisso com a possibilidade de ampliação da leitura do mundo, permite que profissionais compreendam que a dimensão técnica assume uma outra vertente – mais resolutiva – quando subsidiada por amplos marcos teóricos que possam ultrapassar o olhar específico de uma profissão ou de um campo do conhecimento. A formação de competências amplas e diversificadas, coerentes com o projeto de sociedade mais solidária e democrática, encontra na interdisciplinaridade importante dispositivo de mudanças.

Destarte, a integralidade, a integração ensino-serviço-comunidade e o fortalecimento da interdisciplinaridade como princípio formativo encontraram sustentação em outra ação estratégica nos processos de reorientação da formação profissional em saúde: a atenção primária como cenário de aprendizagem para a formação em saúde. (Re) situar a atenção primária como fundamental para reorganização do modelo assistencial não seria possível sem os

esforços na inserção dos estudantes e dos profissionais – em tempo oportuno – na dinâmica complexa e dinâmica de produção dos serviços de saúde no contexto da atenção primária.

Todos os temas mencionados anteriormente subsidiaram e continuam orientando políticas e práticas – dois pontos centrais do título deste livro – no processo de reorientação da formação em saúde. Entretanto, este prefácio estaria incompleto sem mencionar uma questão central no debate desta obra: o currículo.

O currículo representa a intencionalidade de inclusão desses e de outros temas ou princípios formativos no ensino da saúde. É bem verdade que a discussão sobre currículo não assegura, por si, a efetivação de processos de mudanças, mas deixa muito claro o horizonte perseguido pelos muitos atores e atrizes que anseiam por mudanças na realidade do ensino na saúde.

A natureza diversa de pensamentos, visões de mundo, de personalidades dos sujeitos que materializam os processos formativos, diferentes projetos de sociedade dos formuladores de políticas podem reverberar em diferentes desenhos curriculares – algumas vezes ocultos e outras bastante explícitos. Mas, independente da concordância ou não do que está posto no currículo, é em seu texto que se expressa as intenções, visões de mundo e perspectivas de futuros para a sociedade.

Perspectivas de políticas e práticas adotadas no processo de reorientação da formação em saúde estão expressas nos currículos: é o caminho que se pretende percorrer, mesmo sem a previsibilidade da chegada. No entanto, a

chegada seria ainda mais incerta sem a expressão dos desejos, das expectativas, dos sonhos.

Este livro não tem a pretensão de apresentar modelos, mas registra o claro entendimento que políticas, práticas e currículos trazem projetos de futuro. Certamente, entenderão que o compromisso exposto aqui é para a melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas que passa pelo fortalecimento do SUS e pela reflexão responsável, permanente e crítica da formação como um dos dispositivos mais potentes para a construção de um novo futuro. Não um futuro orientado pelos interesses do mercado, e sim pelo compromisso com os princípios de justiça social.

Que este livro subsidie novas reflexões sobre políticas, práticas e currículos sem perder de vista este princípio: uma sociedade mais justa sentida e vivida pela dinâmica de vida e saúde das pessoas.

### **Marcelo Viana da Costa**

Docente do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (UFRN)  
Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS)

# SUMÁRIO

**CAPÍTULO INTRODUTÓRIO..... 15**  
**ENSINO NA SAÚDE E PRODUÇÃO DO CUIDADO: ARTICULAÇÃO ESTRATÉGICA NA REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE**

José Maria Ximenes Guimarães, Carlos Garcia Filho e Erasmo Miessa Ruiz

**CAPÍTULO 1 .....30**  
**ENSINO DE SAÚDE COLETIVA NA GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA EM UNIVERSIDADES DO CEARÁ**

Jane Denise Cavalcante Chagas, José Maria Ximenes Guimarães, Maria Marlene Marques Ávila e Wilson Eduardo Cavalcante Chagas

**CAPÍTULO 2 .....59**  
**FORMAÇÃO, CURRÍCULO E ESTÁGIO SUPERVISIONADO: CONCEPÇÕES DE UM GRUPO DE ENFERMEIROS DOCENTES DO AMAPÁ**

Silvana Rodrigues da Silva e Graça Aparecida Cicillini

**CAPÍTULO 3 .....82**  
**CLÍNICA INTEGRADA NA FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA: PROPOSTAS E DESAFIOS À INTEGRALIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE**

Allan Vinícius Martins de Barros, Bárbara Cássia de Santana Farias-Santos e Pedro Henrique Sette-de-Souza

**CAPÍTULO 4 ..... 111**  
**ENSINO DE HUMANIZAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: ABORDAGEM DO CURRÍCULO E DAS PERCEPÇÕES DOCENTES**

Claudia Maria Fernandes, José Maria Ximenes Guimarães, Antônio Fernandes Filho, Aretha Feitosa de Araújo, Ana Ruth Macedo Monteiro e Erasmo Miessa Ruiz

<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>142</b>
<b>ENSINO MÉDIO INTEGRAL E DOCUMENTOS NORTEADORES DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM: POSSIBILIDADES E DESAFIOS DOCENTES</b>	
Salustiana Alves Barbosa Neta, Maria Idalice Silva Barbosa e Maria do Socorro de Sousa	
<b>CAPÍTULO 6</b> .....	<b>166</b>
<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO CENÁRIO DO INTERNATO EM ENFERMAGEM: REFLEXÕES ACERCA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE</b>	
Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Maria Socorro de Araújo Dias, Ana Suelen Pedroza Cavalcante, Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo, David Gomes Araújo Júnior, Suênia Évelyn Simplicio Teixeira e Marcos Aguiar Ribeiro	
<b>CAPÍTULO 7</b> .....	<b>184</b>
<b>INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: EM BUSCA DE LIÇÕES PRÁTICAS PARA UM NOVO PERFIL DO NUTRICIONISTA</b>	
Álvaro Magalhães Cavalcante Pereira, Caroline Moreira Arruda e Maria Marlene Marques Ávila	
<b>CAPÍTULO 8</b> .....	<b>202</b>
<b>INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO MÉDICA: PERCEPÇÃO DE DOCENTES E DISCENTES DE MEDICINA DA UECE</b>	
Wilson Eduardo Cavalcante Chagas, Ana Patrícia Pereira Morais, Gláucia Posso Lima, Moacir Cymrot e Jane Denise Cavalcante Chagas	
<b>CAPÍTULO 9</b> .....	<b>230</b>
<b>O ENSINO DE TEMAS INVISÍVEIS NA FORMAÇÃO MÉDICA</b>	
José Ivo dos Santos Pedrosa e Zaira Arthemisa Mesquita Araújo	
<b>CAPÍTULO 10</b> .....	<b>253</b>
<b>A COMPLEXIDADE DA FORMAÇÃO MÉDICA PARA ATENDER À ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UMA PESQUISA AVALIATIVA</b>	
Maria do Socorro de Sousa e Márcia Maria Tavares Machado	

<b>CAPÍTULO 11</b> .....	<b>283</b>
<b>FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO COM ÊNFASE NA ATENÇÃO BÁSICA</b> Maria da Conceição Coelho Brito, Maria Socorro de Araújo Dias, Lielma Carla Chagas da Silva, Diógenes Farias Gomes, Maria de Fátima Antero Sousa Machado e Maristela Inês Osawa Vasconcelos	
<b>CAPÍTULO 12</b> .....	<b>304</b>
<b>SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: INTERSECÇÕES ENTRE A FORMAÇÃO E O CAMPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b> Lucia Conde de Oliveira e Sandra Costa Lima	
<b>CAPÍTULO 13</b> .....	<b>326</b>
<b>FORMAÇÃO EM GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FORTA- LEZA: O OLHAR AVALIATIVO DOS GESTORES</b> Maria Iara de Sousa Rodrigues, José Maria Ximenes Guimarães, Maria Claudia de Freitas Lima, Ana Patrícia Pereira Morais e Alice Maria Correia Pequeno	
<b>CAPÍTULO 14</b> .....	<b>354</b>
<b>EDUCAÇÃO PERMANENTE E PRÁTICAS EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA-AÇÃO PARTICIPANTE</b> Carlos Garcia Filho e José Jackson Coelho Sampaio	
<b>CAPÍTULO 15</b> .....	<b>374</b>
<b>CONSTRUÇÃO COLETIVA DE DISPOSITIVOS DE GESTÃO DA EDUCA- ÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO</b> Lana Carina Viana de Lavor e Carlos Garcia Filho	
<b>ORGANIZADORES</b> .....	<b>393</b>
<b>AUTORES</b> .....	<b>394</b>

## ○ CAPÍTULO INTRODUTÓRIO

### ENSINO NA SAÚDE E PRODUÇÃO DO CUIDADO: ARTICULAÇÃO ESTRATÉGICA NA REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

José Maria Ximenes Guimarães  
Carlos Garcia Filho  
Erasmio Miessa Ruiz

#### **Sobre uma articulação necessária**

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, sobretudo no que se refere à materialização de seus princípios e diretrizes no cotidiano dos serviços e das práticas de saúde, orientado pela concepção ampliada de saúde, funda a proposta de reorientação do modelo de atenção, no qual o processo saúde-doença deixa de ser considerado como situação estática centrada no funcionamento do organismo humano. Reconhece-se, portanto, o seu caráter dinâmico e que constitui um modo particular de expressar as condições de vida de uma sociedade, representando as diferentes qualidades do processo vital e as diferentes competências para enfrentar riscos, agravos, agressões, conflitos e lesões. Desse modo, admite-se que têm determinantes e condicionantes de natureza biológica, psicológica, político-social, econômica, cultural e das condições de vida e trabalho.

Assumir essa compreensão implica reconhecer o surgimento de tensionamentos nos saberes e práticas cristalizadas, induz deslocamentos teórico-práticos uma vez que altera o objeto de conhecimento e os modos de intervenção na produção do cuidado em saúde. Nesse sentido, implantar um sistema de saúde universal, equânime e integral é uma proposta ambiciosa e desafiadora quando se considera o cenário brasileiro, marcado por extremas desigualdades sociais. Isto, por um lado, requer o desenvolvimento de um complexo sistema de governança, cuja articulação interfederativa respeite a autonomia de cada ente e o princípio do comando único. Por outro lado, a estruturação de redes de produção de saúde, deve superar a lógica da fragmentação das práticas e dos serviços com vistas a ampliar a resolubilidade e a qualidade.

Quando se lança o olhar sobre a atuação dos profissionais de saúde, ante o desafio da construção de saberes e práticas orientadas pela integralidade, recai-se na necessidade de pôr em discussão a formação em saúde, constantemente apontada como insuficiente para responder às necessidades do sistema de saúde, considerando a complexidade do processo saúde-doença-cuidado. Por conseguinte, vislumbra-se a implementação de um conjunto de iniciativas voltadas à reorientação da formação dos profissionais de saúde, na perspectiva de superar as práticas tradicionais de ensino, por meio da organização de currículos por competências, maior articulação entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, com vistas ao desenvolvimento de um perfil profissional generalista, crítico, reflexivo, humanista e capaz de intervir nos principais problemas de saúde da população.



Desse modo, o debate sobre a formação dos profissionais de saúde remete à análise das questões engendradas e que ganham materialidade no cotidiano dos processos de Ensino na Saúde, considerando seus fundamentos políticos e pedagógicos. Atualmente, a expressão ensino na saúde denota o conjunto de ações pedagógicas operadas no processo de formação dos profissionais de saúde, que abrange aspectos relacionados à concepção ideológica que justifica o perfil profissional, à estruturação dos currículos, aos planos de cursos, aos cenários e processos de ensino-aprendizagem, às metodologias adotadas e às formas de avaliação (PEDROSA; LUSTOSA, 2012).

A articulação desses múltiplos aspectos conforma um plasma germinado na interface das políticas educacionais e de saúde, que expressam a complexidade do Ensino na Saúde, ante a necessidade de articulação intersetorial como requisito para atender às demandas de formação em saúde e, conseqüentemente, as exigências de organização dos processos de produção do cuidado, consoante o modelo de atenção estruturante do sistema de saúde.

Porquanto, a ordenação da formação de profissionais de saúde constitui uma competência constitucionalmente atribuída ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988), cabendo aos gestores à formulação de políticas que promovam a articulação da gestão e dos serviços de saúde com as instituições formadoras, tanto as Instituições de Ensino Superior quanto as Escolas Técnicas de Formação Profissional, numa perspectiva de promover aproximação entre mundo do trabalho e mundo da formação. Tal prerrogativa, contudo, ainda representa um grande desafio, sobretudo ao se considerar a proposta inovadora de reorien-

tação do modelo de atenção, pautada na universalidade, equidade e integralidade do cuidado.

Entende-se que para promover, efetivamente, a mudança do modelo de atenção faz-se necessária a reorientação da formação e das práticas de ensino na saúde, dada a relação direta com o desenvolvimento das práticas de saúde, uma vez que os saberes e conhecimentos construídos tornam-se subjacentes ao agir profissional. Desse modo, mostra-se estratégica a ruptura com a histórica trajetória de desarticulação das políticas educacionais e de prestação de serviços na área da saúde (HADDAD *et al.*, 2010).

Com efeito, tem-se desenvolvido um processo sociopolítico que expressa maior comprometimento com a reformulação do ensino dos profissionais de saúde, que se materializa na implementação de intervenções governamentais, acadêmicas e da sociedade voltadas à superação das práticas tradicionais de ensino e da fragmentação das políticas de formação em saúde (FEURWERKER, 2014; CEC-CIM; FEUERWERKER, 2004a).

Nesse âmbito, evidencia-se os esforços empreendidos na articulação dos Ministérios da Saúde e da Educação, desde 2002, voltados à implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que estabelecem mudanças no perfil de formação dos distintos cursos da área da saúde, além de maior interface com as diretrizes do SUS e a realidade sanitária do país, considerando-se o desenvolvimento de competências gerais para as 14 profissões da saúde, nas dimensões da gestão em saúde, da atenção à saúde e da educação na saúde, expressas com maior ou menor abrangência, de forma integrada ou articulada aos problemas e demandas da sociedade (COSTA *et al.*, 2018).

Reconhece-se, ainda, o fato de que o processo de efetivação dessas mudanças põe em relevo a necessidade de qualificação docente dos profissionais de saúde, sobretudo daqueles que atuam nas atividades de preceptoria, considerando-se a sua atuação estratégica no desenvolvimento de competências, mediante a inserção nos cenários de práticas em saúde, materializando a integração ensino-serviço-comunidade que, em última instância, possibilita ao discente maior aproximação e compreensão do mundo do trabalho em saúde.

Por outro lado, mostra-se necessária a produção de conhecimentos e de tecnologias de ensino inovadoras que estimulem a aprendizagem contextualizada, de modo a considerar a realidade concreta do processo de trabalho em saúde, orientado pela atuação interprofissional e pela integralidade do cuidado, com vistas a responder às necessidades de saúde de indivíduos e coletividades.

### **Reorientação da formação e produção do cuidado: articulação entre ensino e o sistema de saúde em cena**

Os movimentos de mudanças da formação dos profissionais de saúde são complexos e dinâmicos, pois requerem articulação intersetorial capaz de envolver as instituições formadoras, instâncias de gestão e atenção no SUS e controle social, de modo a configurar o denominado quadrilátero da formação em saúde, com vistas a potencializar o desenvolvimento da reforma da Educação que, efetivamente, atenda aos interesses públicos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Nesse sentido, busca-se superar um modelo de formação dos profissionais de saúde alheio à organização da gestão setorial e à discussão crítica sobre os modos de organização das práticas de cuidado, que permanecia impermeável ao controle social. Nesse contexto, as instituições formadoras historicamente reproduzem modelos estruturalmente conservadores, centrados em sistemas orgânicos e dependentes de tecnologias altamente especializadas de suporte diagnóstico e terapêutico (FEUERWERKER, 2014; CECCIM; FEUERWERKER, 2004b). Desse modo, as práticas de ensino tradicionais são estruturadas com base na abordagem clássica de transmissão de informações e treinamento prático em procedimentos terapêuticos e diagnósticos (PINHEIRO; CECCIM, 2011).

Ademais, esse modelo de ensino na saúde ganhou centralidade na reflexão crítica no âmbito acadêmico e na gestão setorial dada sua baixa capacidade de preparar os profissionais em consonância com as políticas contemporâneas do trabalho em saúde, além da dificuldade de contribuir para a produção de mudanças positivas nos indicadores de saúde da população.

No âmbito dos debates sobre a reorientação da formação na saúde, experimenta-se uma gama de proposições de caráter metodológico do ensino ou das técnicas de abordagem didático-pedagógicas. Tais propostas, na maioria das vezes, primam pela aproximação válida de métodos para transmitir as aprendizagens na construção de relações de fundo psicologizante do processo formativo. Desconsidera-se, entretanto, que o processo educativo em geral, e a didática, em particular, sempre estão vinculados

à difusão de conteúdos culturalizadores, cuja materialidade é conferida por meio dos conteúdos abordados e pelos modos de se explicarem os processos de produção e reprodução social (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2011).

No contexto de escolhas e proposições de mudanças no plano da formação em saúde, algumas dimensões consideradas estratégicas têm se destacado nesse processo, entre elas o currículo, a formação docente, os cenários e as práticas de ensino-aprendizagem. Com efeito, as políticas e estratégias implementadas nas últimas décadas têm alcance desde os cursos de graduação até a qualificação dos profissionais já inseridos no mundo do trabalho, por meio da educação permanente em saúde. Sem pretensão de esgotar a discussão, dada a complexidade de cada uma dessas dimensões, a seguir são apontados aspectos centrais, os quais serão melhor explorados ao longo desta obra.

No referente às propostas curriculares, mediante a indução provocada pelas DCN, observa-se a implementação de mudanças para todos os cursos de graduação na área da saúde, na perspectiva de superação de modelo pedagógico com currículos e práticas de ensino pautadas numa concepção linear de ensino-aprendizagem, segundo a qual o discente primeiro se apropria da teoria e depois a aplica, com hipervalorização de procedimentos e técnicas terapêuticas e diagnósticas, desconsiderando a realidade dos sujeitos e dos serviços de saúde (PINHEIRO; CECCIM, 2011).

Com efeito, a edição das DCN representou um marco significativo na reorientação da formação em saúde por distintas razões. Em primeiro lugar, foi um marco regula-

tório que explicita a necessidade de aproximação das graduações na área da saúde ao SUS. Pela primeira vez, esta recomendação é expressa pelo Ministério da Saúde, embora já constituísse bandeira de luta de parcelas dos professores e dos estudantes envolvidos nos movimentos vinculados à efetivação do SUS. Propôs-se, legalmente, maior articulação entre políticas de educação e de saúde. Em segundo lugar, as diretrizes possibilitaram a construção de uma base comum de orientação para as mudanças nas várias profissões de saúde, as quais têm a ver com competências comuns, aproximação com o SUS, concepção ampliada de saúde, diversificação dos cenários de práticas, entre outras. Em terceiro lugar, as DCN se constituíram base para vários movimentos e políticas do Ministério da Saúde, com o objetivo de estimular a reorientação da graduação na área da saúde (FEUERWERKER; CAPAZZOLO, 2013).

Com efeito, observa-se esforços voltados à construção de currículos orientados para o desenvolvimento de competências, com valorização da dimensão ético-humanística com vistas a permitir ao discente construir conhecimento com base nos saberes e práticas do ensino na saúde, de modo contextualizado, mediante o despertar de uma consciência crítica, como consequência de movimentos da vontade capazes de forjar uma teoria viva que reflita, desde a sua própria constituição, a experiência concreta da vida, uma atividade da práxis (PINHEIRO; CECCIM, 2011). Portanto, capaz de compreender a experiência humana do processo saúde-doença-cuidado, considerando as suas múltiplas determinações e os modos singulares de vida dos sujeitos na realidade concreta.

Desse modo, reconhece-se que a formação não pode ser pautada somente na busca eficiente de evidências ao diagnóstico, ao tratamento, ao prognóstico, à etiologia e à profilaxia das doenças e agravos. Além desse aspecto intrínseco à qualificação técnico-científica, espera-se que a formação seja capaz de desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, fomentando a produção de subjetividades, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do sistema de saúde. Por conseguinte, deve estar comprometida com a transformação das práticas profissionais e a problematização dos processos de trabalho, construindo competências para o acolhimento e a produção do cuidado aos sujeitos e aos coletivos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Não obstante, o êxito do processo de reorientação da formação em saúde depende de múltiplas interações que vão além das mudanças formais nos currículos. Nesse sentido, a atuação e o compromisso ético-político dos distintos atores implicados, com destaque para os docentes, ante o reconhecimento da influência da sua formação e das suas práticas nesse processo de transformação do ensino na saúde.

Aqui, são apontados avanços na formação pedagógica dos docentes dos cursos de graduação na área da saúde, mas ainda permanecem desafios intrínsecos ao modelo formativo, uma vez que são egressos, na maioria, de cursos na modalidade de bacharelado. Desse modo, a formação pedagógica mostra-se insuficiente para o desenvolvimento de processos capazes de ativar mudanças no

ensino e na aprendizagem em saúde. Ademais, os saberes dos professores parecem ser reduzidos aos aspectos técnico-científicos, próprios da especialidade, o que contribui para a reprodução de práticas tradicionais de ensino, em detrimento do desenvolvimento de estratégias educacionais que potencializem o desenvolvimento do pensamento crítico (LIMA *et al.*, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2017).

Os docentes da área da saúde têm buscado suprir sua necessidade de formação pedagógica em cursos de curta duração e/ou de especialização. Contudo, para atender à demanda de formação pedagógica, na perspectiva de contribuir para a efetivação da reorientação da formação dos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde, por meio do Pró-ensino na Saúde, criado em 2010, induziu a criação de mestrados profissionais em Ensino na Saúde, pautado no pressuposto de que essa modalidade de Pós-Graduação pode responder, de modo rápido e eficiente, à demanda da formação pedagógica dos professores para atuar preferencialmente nos serviços de saúde, com vistas ao fortalecimento do SUS (VILELA; BATISTA, 2015).

Dessa maneira, espera-se contribuir para a produção de conhecimento e de tecnologias educacionais inovadoras, considerando os distintos cenários de ensino na saúde, superando-se as práticas tradicionais de ensino.

Em relação ao cenário e às práticas de ensino-aprendizagem, tem-se evidenciado a implementação de propostas oriundas da articulação do movimento sanitário e das proposições de mudanças curriculares. Nesse sentido, ao se analisar as experiências em curso é possível identificar que as políticas de saúde atuam como indutoras da formação



em saúde. Então, denota-se que no esteio da política de educação permanente em saúde, bem como do Pró-saúde, tem se investido na formalização da relação ensino-serviço, expressa na celebração de convênios para a estruturação de cenários de práticas e ensino, segundo os quais as unidades de saúde constituem-se em cenários de ensino-aprendizagem (MARCH; FERNANDEZ; PINHEIRO, 2011).

Assinala-se que a articulação ensino e serviço tem sido objeto de reflexão de distintos estudos, inclusive com análise de experiências voltadas à sua consolidação a exemplo do Projeto de Integração Docente-Assistencial, que foi implantado no Brasil, com vistas a desenvolver mudanças nas escolas de saúde, preconizando a articulação da universidade com os serviços de saúde e a comunidade. Além desta iniciativa de envergadura nacional, destacam-se experiências de secretarias municipais de saúde que estruturaram Sistemas Municipais de Saúde Escola, como ocorreu em Sobral desde 1997, e em Fortaleza desde o ano de 2005; a estruturação do Centro de Educação Permanente em Saúde, em Aracaju; a Rede Docente-Assistencial em Florianópolis (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013).

Denota-se como ponto comum de todas essas experiências o investimento no processo de melhoria da formação dos profissionais de saúde, ampliando a aproximação entre mundo da formação e mundo do trabalho, como elemento central para qualificar a atuação profissional, tornando-a coerente com os princípios e as diretrizes do SUS, mediante o desenvolvimento de práticas de ensino em cenários realistas, fomentando a aprendizagem significativa e a capacidade do pensamento crítico, no enfrentamento

dos desafios inerentes à construção do modelo de atenção e do próprio sistema de saúde.

Contudo, observa-se que no processo de articulação ensino-serviço-comunidade maior centralidade na atenção básica, o que tem conferido inovações na formação, porém restringindo-a à noção de espaço de aprendizagem, sem dialogar com a produção do cuidado em rede, ressaltando-se que muitas das experiências em curso estão circunscritas ao campo da Saúde Coletiva/Atenção Básica, o que tem desencadeado tensões em relação ao curso como um todo, a partir, inclusive, da vivência dos alunos (MARCH; FERNANDEZ; PINHEIRO, 2011).

Não obstante, a integração ensino-serviço implementada pelas instituições formadoras tem o potencial de promover a reflexão sobre as práticas de atenção à saúde, instigando o desejo de transformá-las, mediante a possibilidade de fazer diferente, que é desenvolvida por meio da inserção do estudante no mundo do trabalho e do profissional que está nas equipes no mundo do ensino.

## **Sobre investigar a formação em saúde**

Os movimentos de reorientação da formação em saúde operados no país, por meio de distintas iniciativas, colocam-nos permanentemente diante da questão acerca do quanto e de que modo essas iniciativas têm efetivado transformações estruturais e operacionais no ensino na saúde com vistas à reconfiguração do modelo formativo e, em última instância, à reconstrução das práticas de saúde

voltadas à integralidade, à equidade e à resolubilidade.

Nesse sentido, considera-se que a investigação no âmbito da formação em saúde tem a premissa não somente de elucidar essas questões no âmbito acadêmico, mas, sobretudo, retroalimentar o processo de mudanças em curso, pondo em relevo o êxito alcançado e apontando possibilidades de enfrentamentos dos desafios que se interpõem nos cenários de formação.

Essa obra tem como objetivo contribuir para esse processo transformador ao reunir diferentes perspectivas da discussão sobre o ensino na saúde. Os capítulos expressam o pensamento crítico de um coletivo de pesquisadores de várias instituições brasileiras que debatem currículo, práticas de ensino, cenários de aprendizagem, temas transversais em saúde, além da Política de Educação Permanente, com esteio nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Os capítulos são inéditos, resultados de pesquisas orientadas pela tradição qualitativa e refletem a pluralidade desse campo de práticas, ao abranger tópicos de interesse dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina, Odontologia, Nutrição, Serviço Social e Farmácia, além do ensino técnico e política de educação permanente em saúde.

Em síntese, os eixos de investigação no ensino na saúde enfatizam que a ruptura com o modelo tradicional de formação é um processo gradual que encontra solo fértil em experiências bem-sucedidas, contudo persistem muitas questões desafiadoras a serem exploradas nesse campo.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400-10, 2004a.

\_\_\_\_\_. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b.

COSTA, D. A. S.; SILVA, R. F.; LIMA, V. V.; RIBEIRO, E. C. O. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1183-95, 2018.

ELLERY, A. E.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde Soc.**, v. 22, n. 1, p. 187-198, 2013.

FEUERWERKER, L. C.; CAPAZZOLO, A. A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. *In*: CAPAZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Orgs.). **Clínica do Comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 35-58.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

HADDAD, A. E.; MORITA, M. C.; PIERANTONI, C. R.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T.; CAMPOS, F. E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 33, p. 383-93, 2010.

KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G. Produção de conhecimento e saúde. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar Saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: CEPES/IMS/ UERJ; ABRACO, 2011. p. 111-130.

LIMA, V. S.; AZEVEDO, N. A. A.; GUIMARÃES, J. M. X.; PEREIRA, M. M.; AGOSTINHO NETO, J.; SOUZA, L. M. *et al.* Produção de vídeo educacional: estratégia de formação docente para o ensino na saúde. **RECIIS: Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde**. v. 13, n. 2, 2019.

MARCH, C.; FERNANDEZ, V. S.; PINHEIRO, R. Ampliando saberes e práticas sobre a formação em saúde: processos de inovação e caminhos para a transformação. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar Saú-**

**de:** a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: CEPES/IMS/UERJ; ABRACO, 2011. p. 181-204.

PEDROSA, J. I. S.; LUSTOSA, A. F. M. Trilhas da interdisciplinaridade: a experiência da instituição do Projeto Ensino na Saúde na UFPI. *In:* BARROS JUNIOR, F. O.; ALMEIDA, M. G.; BARBOSA, V. R. A.; FIGUEIREDO, E. B. G. (Orgs.). **Ensino na Saúde:** outras palavras. Brasília: Verbis, 2012. p. 11-39.

PINHEIRO, R.; CECIM, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino de integralidade. *In:* PINHEIRO, R.; CECIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar Saúde:** a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: CEPES/IMS/UERJ; ABRACO, 2011. p. 13-33.

RIBEIRO, A.; OLIVEIRA, M. A. A.; VILELA, R. B. Contribuições do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde na Trajetória Profissional de seus Egressos: uma visão qualitativa. **Atas CIAQ2017** – Investigação qualitativa em educação, v. 1, p. 17-25, 2017. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/download/1314/1273/>. Acesso em: 25 mai. 2019.

VILELA, R. Q. B.; BATISTA, N. A. Mestrado Profissional em Ensino na Saúde no Brasil: avanços e desafios a partir de políticas indutoras. **RBPG**, v. 12, n. 28, p. 307-31, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21713/23582332.2015.v12.823>. Acesso em: 24 mai. 2019.

# ENSINO DE SAÚDE COLETIVA NA GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA EM UNIVERSIDADES DO CEARÁ

Jane Denise Cavalcante Chagas  
José Maria Ximenes Guimarães  
Maria Marlene Marques Ávila  
Wilson Eduardo Cavalcante Chagas

## INTRODUÇÃO

O debate contemporâneo sobre a formação dos profissionais de saúde abrange questões extremamente relevantes no cenário de consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS, as quais se relacionam ao modelo pedagógico, às práticas de ensino, aos cenários de aprendizagem com ênfase na integração ensino-serviço de saúde e, sobremaneira, ao perfil profissional. É consenso que os desafios identificados no processo de mudança do modelo de atenção no país, impôs a necessidade urgente de reorientação do ensino na saúde.

Essa problemática é reflexo de um processo histórico de desarticulação na implementação de políticas educacionais e de prestação de serviços na área da saúde (HADDAD *et al.*, 2010), cujo enfrentamento impôs o desenvolvimento de intervenções governamentais voltadas à reformulação do ensino dos profissionais de saúde como alternativa para

a mudança no modelo de atenção proposto pelo Sistema Único de Saúde - SUS (FEUERWERKER, 2014).

No âmbito da graduação em Farmácia, tem-se ampliado o debate sobre a reorientação nas últimas décadas, com ênfase no papel social do farmacêutico e na necessidade de qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica - AF no SUS, visto que os medicamentos ocupam lugar hegemônico e de destaque na terapêutica contemporânea (LEITE *et al.*, 2008).

Desde seu início, em 1832, o ensino de Farmácia, no Brasil, é historicamente marcado pelo processo de formação cultural, desenvolvimento econômico, político, social e científico do país. Por conseguinte, a atuação do farmacêutico tem-se descolocado do prestígio como boticário, de intermediário comercial no desenvolvimento no complexo industrial da saúde, ao desdobramento da profissão para as áreas bioquímica e toxicológica, culminado em certa descaracterização do farmacêutico como profissional de saúde (MONTEGUTI; DIEHL, 2016).

Nesse contexto, observa-se que o desenvolvimento de propostas de alteração e uniformização curriculares que culminaram na implementação de currículos mínimos em 1969. Do ponto de vista dos eixos da formação farmacêutica, considera-se que, em 1962, deixou de ser exclusivamente o medicamento, incorporando as análises clínicas, posteriormente, foram incluídas outras áreas como Bromatologia, por exemplo. Mais recentemente, início dos anos 2000, ocorre a substituição da proposta de currículos mínimos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN, que propõe a formação generalista para todas as profissões da área da saúde (SOUZA; BASTOS, 2016; MONTEGUTI; DIEHL, 2016).

Ao se considerar o cenário de implementação do SUS, pode-se inferir que as DCN corresponderam ao esforço intelectual de romper com o paradigma biologista, medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado, atendendo aos novos desafios contemporâneos na produção de conhecimento e no desenvolvimento das profissões. Estão, portanto, implicadas com um modelo de formação voltado a atender às necessidades do sistema de saúde, considerando a proposta de mudanças do modelo de atenção e a realidade social (NICOLINE; VIEIRA, 2011; PINHEIRO; CECCIM, 2005).

Para tanto, as DCN dos cursos de graduação na área da saúde sinalizam a necessidade de os cursos incorporarem, nos seus projetos pedagógicos, o arcabouço teórico do SUS, a epidemiologia, as múltiplas dimensões do processo-doença-cuidado, além da valorização dos postulados éticos e de cidadania, com vistas a assegurar a formação coerente com os referenciais nacionais e internacionais de qualidade. Nesse sentido, estimulam a integração ensino-serviço com estratégia de inserção precoce e gradual do discente no SUS, e permite gerar conhecimento e compromisso com a realidade de saúde (HADDAD *et al.*, 2010).

Com efeito, as DCN configuram um marco para a educação farmacêutica no Brasil com alguns avanços decorrentes de sua implementação. Porém, muitos desafios se colocam para a formação de profissionais com este perfil preconizado, sobretudo quando se considera a diversidade de interpretações e de processos de aplicação nas faculdades de Farmácia no País, o que implica a conformação de currículos distintos, com ênfase nas disciplinas, como



norteadoras do processo de reorganização curricular, em detrimento das competências e das estratégias de ensino e aprendizagem (IVAMA *et al.*, 2003), além da sensibilização dos docentes para um maior comprometimento com as mudanças necessárias (LEITE *et al.*, 2008).

Reconhece-se, portanto, dificuldades de interpretação e aplicação das DCN, na área da educação farmacêutica, que acabaram por concentrar o debate e sua implementação na dimensão formal do novo desenho curricular. Desse modo, o ensino farmacêutico entra em uma crise de paradigmas que se caracteriza por uma mudança de visão do mundo, gerada pela necessidade de atualização de conhecimentos, questionamento construtivo e práticas inovadoras, o que exige um novo perfil tanto para o professor, quanto para o aluno e futuro farmacêutico, com vistas à formação profissional que transcenda a dimensão técnica e passe a considerar o usuário como um ser integral que necessita uma abordagem biopsicossocial (SILVA; MIGUEL; TEIXEIRA, 2011).

Em razão dos descompassos entre o preconizado pelas DCN e a efetivação concreta da reorientação da formação dos profissionais de saúde em relação aos princípios, diretrizes e necessidades do SUS, o Ministério da Saúde, no exercício da sua atribuição constitucional de ordenar a formação de recursos humanos em saúde, tem desenvolvido estratégias que vão além da dimensão curricular, as quais visam à integração ensino-serviço e à aproximação do perfil do egresso às necessidades do SUS. Nesse sentido, desenvolveu-se a articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, cujo fruto foi a criação do Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde - Pró-Saúde, em

2005, operacionalizado, principalmente, por meio do Projeto de Educação pelo Trabalho, lançado em 2008, visando fomentar a organização de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, mediante a disponibilização de bolsas para tutores, preceptores de território – representados por profissionais dos serviços – e estudantes de graduação (MONTEGUTI; DIEHL, 2016; BRASIL, 2005).

Defende-se o argumento de que a reorientação da formação para o SUS está intimamente relacionada ao ensino de Saúde Coletiva nos cursos de graduação na área da saúde, como estratégia para construção de novos saberes e práticas de alcance individual ou coletivo, potencializadoras da transformação do modelo de atenção e da lógica de organização dos serviços de saúde, dada sua natureza de privilegiar a dimensão social como fundamento de seus constructos teóricos e práticos.

No Brasil, o chamado campo da Saúde Coletiva começa a se constituir em 1979, quando um grupo de profissionais oriundo da Saúde Pública e da Medicina Preventiva e Social procurou fundar um campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegia o social como categoria analítica (NUNES, 1996). Enquanto campo científico, é composto por disciplinas básicas como a Epidemiologia, o Planejamento e a Administração em Saúde e as Ciências Humanas e Sociais em Saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Com base no seu compromisso com a dimensão social, os conteúdos inscritos no campo da saúde coletiva têm o potencial de estimular a reflexão crítica sobre os determinantes do processo saúde-doença e a organização social dos processos de trabalho e das práticas de saúde.

Portanto, estimulam o desenvolvimento de compromisso ético-político com a transformação social, por atuar no contexto da promoção da saúde, da participação social e da atenção à saúde, por se considerar que os profissionais de saúde são sujeitos sociais situados em contextos políticos, históricos, econômicos e sociais que determinam, sobremaneira, os modos de organização e funcionamento dos serviços de saúde.

Assim, todas as profissões de saúde, focadas na clínica, ou na reabilitação, ou no cuidado, em alguma medida, devem incorporar em sua formação e em sua prática elementos da Saúde Coletiva (CAMPOS, 2000), como condição para se efetivar o delineamento de um perfil de profissionais generalistas, segundo o estabelecido nas DCN.

Com base nessas considerações, o presente estudo tem como objetivo analisar o ensino de Saúde Coletiva nos cursos de Farmácia de universidades cearenses, com base no currículo e nas percepções docentes.

## **TRATAMENTO METODOLÓGICO**

Trata-se de uma pesquisa com desenho geral de estudo de casos múltiplos, em que se busca a compreensão do fenômeno na sua totalidade, orientado pela tradição qualitativa de pesquisa em saúde. Ressalta-se o fato de que os resultados aqui apresentados foram extraídos da dissertação de mestrado intitulada Formação em Farmácia e Saúde Coletiva: competências profissionais para atuar no Sistema Único de Saúde (CAVALCANTE-CHAGAS, 2016).

Os casos que constituíram objeto da pesquisa foram duas universidades cearenses que ofertam o curso de graduação em Farmácia, situadas em Fortaleza, sendo uma de natureza pública e outra de natureza privada, quais sejam a Universidade Federal do Ceará - UFC e Universidade de Fortaleza -UNIFOR, respectivamente. Destaca-se o fato de que no momento da pesquisa existiam quarenta instituições ensino superior, das quais sete ofertavam o curso de Farmácia. Assim, os critérios de seleção dos casos, considerados representativos, foram: 1) natureza jurídica da instituição, considerando a inclusão de uma pública e outra privada; 2) maior tempo de implantação do curso de Farmácia; e, reconhecimento como Universidade.

Ao se considerar que o objeto de análise envolve as percepções docentes, a amostra qualitativa do estudo foi composta por professores farmacêuticos que ministram disciplinas do campo da Saúde Coletiva e pelos coordenadores do curso de Farmácia da UFC e UNIFOR. Assim, participaram da pesquisa dois coordenadores e quatro docentes, considerados informantes-chave.

O material empírico foi coletado por meio de análise documental e a entrevista semiestruturada. Porquanto, na primeira fase, correspondente à análise de documentos, foram selecionados os projetos pedagógicos dos cursos, as matrizes curriculares e as ementas das disciplinas no campo da Saúde Coletiva. Na segunda fase, procedeu-se a realização de entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro norteador abrangeu questões referentes às concepções e ao ensino de saúde coletiva na formação do farmacêutico.

As informações apreendidas foram analisadas com base na Análise de Conteúdo Temática, numa perspectiva

crítico-reflexiva, conforme Minayo (2013), considerando-se a articulação dos conteúdos dos documentos e das falas dos entrevistados.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará - UECE, sob Parecer nº 1.294.206. Na perspectiva de assegurar o anonimato dos entrevistados, as falas foram codificadas da seguinte forma: 1) docentes, atribuiu-se a letra D, seguida de um número arábico que representa a sequência de realização da entrevista, acrescido de A (correspondente ao curso da IES pública) e B (correspondente ao curso da IES particular); 2) Coordenadores dos cursos de Farmácia, foi atribuído a letra C, seguida de numeral arábico (C1, C2).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise do ensino de Saúde Coletiva aqui empreendida foi moldada na permanente articulação entre aspectos objetivos, resultantes dos documentos, e subjetivos os quais emergem dos sentidos atribuídos e da experiência de docentes inseridos na realidade concreta da formação de farmacêuticos no Ceará.

Os cursos de Farmácia sob análise foram os primeiros implantados no Estado do Ceará. Em relação ao curso da UFC, sua origem remonta a 1916 quando foi fundada a Faculdade Livre de Farmácia e Odontologia do Ceará, regulamentada pela Lei nº 1391/1916, cujo reconhecimento ocorreu em 1940. A faculdade foi federalizada em 1950, por meio de Lei 1254/52. Posteriormente, ocorreu a desvinculação das Faculdades de Farmácia e Odontologia, em

1965. Desde a reforma universitária de 1969, a Faculdade de Farmácia da UFC passou a funcionar como Curso de Farmácia (UFC, 2004).

Na UNIFOR, o curso de Farmácia foi criado em 1998. Nesse mesmo ano foi realizado o primeiro vestibular com a oferta de 50 vagas. Inicialmente, foram implantados os currículos que consubstanciavam a formação de bacharéis em Farmácia, com as habilitações em Farmácia Industrial e Bioquímica Clínica, respectivamente, estabelecidos pela Resolução nº 16/98, em 02 de abril de 1998, constituídos por disciplinas obrigatórias e optativas (UNIFOR, 2015).

A análise dos projetos pedagógicos dos dois cursos revela a existência de movimentos de mudança das matrizes curriculares e do perfil de formação, com vista a atender às demandas da sociedade, mas, sobretudo, se adequar às disposições legais das DCN implantadas em 2002 (BRASIL, 2002).

De modo geral, evidencia-se que os dois projetos pedagógicos apresentam um perfil de egressos semelhante, reproduzindo a determinação das DCN, ao delinear que o farmacêutico é um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação. Nesse sentido, apontam que a formação será pautada no desenvolvimento de competências e habilidades, de cunho geral e específicas, aparentemente transcritas, carecendo de reflexão e articulação com as estratégias metodológicas de ensino dos cursos (UFC, 2004; UNIFOR, 2015). Destaca-se o fato de que, na instituição privada, identificou-se um avanço quando esta

sinaliza que o egresso deve ser competente para atuar na Saúde Coletiva (UNIFOR, 2015).

Em ambos os cursos se evidencia a existência de disciplinas teóricas relacionadas ao campo da Saúde Coletiva, conforme demonstrado no Quadro 1.

**Quadro 1 – Disciplinas relacionadas à Saúde Coletiva na matriz curricular dos cursos de Graduação em Farmácia em Universidades do Ceará. Fortaleza - CE, 2018**

Natureza da disciplina	Disciplina			Universidade	
	Disciplina	Semestre	Carga horária	Pública	Privada
Obrigatórias	Integração à prática farmacêutica I	1º	128 horas	x	
	Integração à prática farmacêutica II	2º	64 horas	x	
	Integração à prática farmacêutica III	3º	64 horas	x	
	Gestão farmacêutica	4º	48h	x	
	Atenção farmacêutica	6º	32h	x	
	Farmacoepidemiologia e farmacovigilância	8º	64 horas	x	
	Universidade, saúde e sociedade	1º	36 horas		x
	Diversidade humana e saúde coletiva	2º	36 horas		x
	Assistência farmacêutica	3º	72 horas		x
	Gestão de serviços farmacêuticos I, II e III	5º ao 7º	216 horas		x

Fonte: elaboração dos autores com base nos Projetos Pedagógicos (UFC, 2004; UNIFOR, 2015)

Em relação às disciplinas teóricas, os achados do estudo revelam que a universidade pública disponibiliza, em sua matriz curricular, 52 disciplinas, destas, seis apresentam em suas ementas conteúdos voltados à saúde coletiva, correspondendo a uma carga horária teórica de, aproximadamente, 400 horas de aulas. No âmbito da ins-

tituição privada, a matriz curricular contém 44 disciplinas, das quais seis envolvem conteúdos circunscritos ao campo da Saúde Coletiva, correspondendo a 360 horas aulas, sem identificação de carga horária para aulas práticas. Em ambas, não foi possível identificar estratégias de articulação teórico-prática.

Evidencia-se, portanto, que as instituições disponibilizam carga horária semelhante ao ensino de saúde coletiva, porém o modo de organização das disciplinas/conteúdos é bastante heterogêneo em relação à sua distribuição ao longo do curso. A designação atribuída à maior parte das disciplinas dificulta a sua identificação e/ou vinculação ao campo da saúde coletiva enquanto campo de saber, na matriz curricular. Consoante os achados de Monteguti e Diehl (2016), existem avanços na oferta de disciplinas relacionadas à Saúde Coletiva, as quais possibilitam aproximações com as bases teóricas do SUS, porém um contraste na quantidade de disciplinas ofertadas, as quais apresentam bases teóricas heterogêneas e ainda insuficiente carga horária quando comparadas às outras áreas de atuação farmacêutica.

Ademais, o modo como os conteúdos estão distribuídos nas disciplinas contribui para descontinuidade e fragmentação na aprendizagem. Nesse sentido, alguns docentes da área ainda questionam a maturidade dos alunos para o aproveitamento satisfatório desses conteúdos no início da graduação, sem a devida compreensão da profissão que escolheu: “um aluno do primeiro semestre, eu já apresentar o SUS se ele não sabe nem o que é farmácia.” (D3A).

Defende-se o argumento de que o modelo de formação está diretamente relacionado ao modo de atuação



profissional e à construção do modelo de atenção. Assim, modelos curriculares fragmentados, conseqüentemente, formam profissionais com visão e atuação fragmentados (SILVA, 2009). Porquanto, tem-se impacto negativo na aptidão do egresso para desenvolver assistência farmacêutica no âmbito individual e coletivo, para atuar em equipes multiprofissionais com lógica interdisciplinar, garantindo a integralidade da atenção à saúde mediante a articulação das ações promoção da saúde, prevenção, proteção e recuperação (MONTEGUI; DIEHL, 2016).

Dada a fragmentação e a diversidade de nomenclaturas conferidas às disciplinas e aos temas de ensino, expressando a criatividade e a intencionalidade de ampliar a formação para o SUS, na estruturação das matrizes curriculares, procurou-se identificar os conteúdos ensinados que estão circunscritos às bases teóricas da Saúde Coletiva e do SUS, conforme exposto no quadro 2. Consta-se que, embora organizados internamente de modos distintos nos dois cursos, as matrizes curriculares são similares no referente à oferta dos conteúdos.

**Quadro 2 – Conteúdos das disciplinas do Campo da Saúde na matriz curricular dos cursos de Graduação em Farmácia em Universidades do Ceará. Fortaleza - CE, 2018**

Conteúdos	Universidade	
	Pública	Privada
Ciências Humanas e Sociais em Saúde	x	x
Conceitos de saúde e modelos explicativos do processo saúde-doença	x	x
Modelos de atenção à saúde		x
Promoção da Saúde	x	x
Trabalho em equipe interdisciplinar	x	x
Ética, empatia e cidadania	x	x

Conteúdos	Universidade	
	Pública	Privada
Estrutura e funcionamento dos serviços de saúde	X	X
Humanização na saúde		X
Políticas de saúde	X	X
Sistema Único de Saúde	X	X
Epidemiologia e saúde	X	X
Educação em saúde	X	X
Farmacoepidemiologia e uso de medicamentos	X	X
Assistência Farmacêutica	X	X
Planejamento em saúde	X	X
Farmacovigilância	X	X
Gestão de Serviços Farmacêuticos	X	X

Fonte: elaboração dos autores com base nos Projetos Pedagógicos (UFC, 2004; UNIFOR, 2015)

Considerando-se o período de implantação dos cursos, com a proposta de currículos mínimos, algumas disciplinas, a exemplo da Farmacoepidemiologia e Assistência Farmacêutica, já estavam presentes nas matrizes curriculares anteriores às DCN de 2002. Nesse sentido, toma-se como exemplo a Farmacoepidemiologia e Farmacovigilância organizada como disciplina específica na universidade pública, enquanto na universidade privada organiza-se sob a forma de temas em várias disciplinas.

Com base na matriz curricular e nas falas dos entrevistados, denota-se que a inserção de disciplinas da Saúde Coletiva ocorreu gradualmente. Considera-se que constituiu uma forma de avançar em direção a uma formação generalista e humanista, na perspectiva de cumprir o estabelecido nas DCN e de atender às demandas do sistema de saúde brasileiro.

A saúde coletiva no curso de Farmácia da UFC, essa inserção ela se dá por desde a década de 1990 especificamente, nos anos entre 94, 95 – 98 (D2A).

Existe sim, a inserção no currículo, inclusive nossos professores são formados, a pós-graduação deles é nessa área da saúde coletiva. Com certeza ela colabora para a formação mais completa dos profissionais que vão sair, porque trata da importância do SUS. As nossas próprias Diretrizes Curriculares para a formação do profissional farmacêutico ressaltam bem a importância do SUS (C1).

A proposta das disciplinas que envolve saúde coletiva, não vou dizer que estão excelentes, mas eles estão amarrados com as diretrizes e eles propõem um perfil de formação suficiente pra saúde coletiva (C2).

Evidencia-se, portanto, o reconhecimento do campo da saúde coletiva como espaço de discussão e formação direcionado à atuação do farmacêutico no SUS, cuja qualidade do ensino torna premente a qualificação docente, mediante a titulação específica nessa área. Nesse sentido, destaca-se o argumento de que a formação pedagógica e específica do docente tem relação direta com o desenvolvimento das competências técnico-humanísticas na formação profissional para atender às necessidades do SUS, cuja ênfase deve recair na produção do cuidado integral, articulando-se promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (DAMIANCE *et al.*, 2016).

A reorientação da formação do farmacêutico, mediada pela saúde coletiva, com vistas à sua atuação no SUS, significa inaugurar uma lógica diversa da biomédica de caráter individual, fragmentado e tecnicista, na qual a ênfase recai sobre o reconhecimento dos determinantes sociais de saúde, do perfil epidemiológicos e das necessidades de

saúde no desenvolvimento de ações de alcance coletivo com vista ao alcance de maior impacto nas condições de vida e saúde da população.

Não obstante, formar farmacêuticos para o SUS requer o seu reconhecimento, considerá-lo como campo de trabalho, o que implica ruptura com a centralidade na iniciativa privada, orientada, principalmente, para os laboratórios e a indústria farmacêutica. Nesses termos, o entendimento de que “a inserção da saúde coletiva foi uma necessidade até de sobrevivência profissional...” (D3A), pode estar relacionado à ampliação dos postos de trabalho advinda da implantação de serviços no SUS, sobretudo quando se considera o acréscimo da oferta de cursos de Farmácia na última década, o que tem por consequência o aumento da concorrência no mercado de trabalho. Por outro lado, pode se referir ao fato de que somente as disciplinas deste campo potencializam o desenvolvimento de competências e habilidade para atuar no SUS, de modo a garantir a efetividade de seus princípios: integralidade, equidade, humanização e resolubilidade com qualidade da atenção.

Com efeito, a relevância da Saúde Coletiva na formação do farmacêutico reside na potencialidade de fomentar a sua inserção na comunidade, deslocando o campo de intervenção centrado em procedimentos técnicos e individuais, para intervenções de maior impacto coletivo, conferindo outro *status* social à profissão.

É de suma importância para a profissão farmacêutica, visto que é uma das disciplinas que faz com que o profissional saia de trás dos balcões, de dentro dos laboratórios e passe a interagir mais com a comunidade... O advento da saúde coletiva no

curso de Farmácia elevou a necessidade e deu uma importância do farmacêutico na sociedade, mais do que tempos anteriores (C1).

A inserção da saúde coletiva no curso de Farmácia [...] nos deu a visibilidade da importância da área e do impacto de toda a nossa atividade junto à população (D1A).

Constata-se o fato de que a inserção das disciplinas e conteúdos da saúde coletiva na graduação em Farmácia constitui estratégia de aproximação deste profissional com a comunidade, com a realidade do sistema de saúde, potencializando aprendizagem com base nas necessidades de saúde da população.

Contudo, apesar de as DCN de 2002 preconizarem a formação de farmacêuticos generalistas capazes de atuar nos diversos níveis de atenção à saúde, mesmo com a oferta de disciplinas desde a década de 1990 em ambos os cursos, parece que esta oferta ainda não é suficiente e apresenta fragmentação dos conteúdos.

O nosso aluno vai saber sobre o SUS, vai saber alguma coisa de Epidemiologia, da questão do campo de atuação. [...] Dentro da disciplina tem deontologia, metodologia científica, para depois eu vou falar do que é farmácia, tem bioestatística, também uma área social. Isso numa carga horária muito reduzida, as vezes nem todos os alunos conseguem absorver todo o conteúdo (D3A).

Eu acho que ficou reduzida a saúde coletiva, eu acho que o aluno - aqueles que se interessarem vão ter que ir estudar depois quando saírem como egressos da faculdade (D1B).

[...] ele (o aluno) vê as políticas públicas de saúde, eu acho que desde da criação do SUS, passando pela Política nacional de Medicamentos. Eles vêm tam-

bém, epidemiologia na saúde, que fala os princípios de epidemiologia, os conceitos básicos, na saúde coletiva, e a questão da educação em saúde (C1).

[...] então nós vamos ter aqui todo o conhecimento na área do SUS, a questão da rede de atenção à saúde, os modelos assistenciais de saúde, tudo passa pela questão do Sistema Único de Saúde [...] conteúdo da parte epidemiológica, a morbidade, mortalidade, os sistemas de informação de saúde, onde a gente faz a análise dos dados, leitura e análises de dados. Trabalha com a vigilância em saúde (D1A).

Com base nas falas, de modo articulado com o agrupamento de conteúdos presentes no Quadro 2, põe-se em evidência alguns aspectos relevantes: 1) os conteúdos propostos, embora fragmentados, integram o *corpus* de saberes próprios das disciplinas básicas que conformam o campo da Saúde Coletiva: Epidemiologia, Ciências Humanas e Sociais em Saúde e Política, Planejamento e Gestão em Saúde; 2) sob a lógica de currículo integrado, propôs-se uma nomenclatura das disciplinas que não identificam, *a priori*, o campo da Saúde Coletiva, além da carga horária considerada pequena, para a dimensão dos conteúdos próprios da área; 3) os professores têm apropriação em relação ao projeto pedagógico, empreendem esforços no sentido de conferir identidade e materialidade ao ensino de Saúde Coletiva; 4) no projeto pedagógico não se visualiza a proposição de atividades práticas no âmbito das disciplinas, o que reduz a possibilidade de aprendizagem crítico-reflexiva pautada na realidade do sistema de saúde.

Apesar dos avanços na reorientação formal dos currículos, ainda se percebe baixo potencial de mudança real na formação do perfil generalista, uma vez que a prática peda-

gógica parece ser orientada pelo modelo biologista, centrado na doença e cura, conforme expresso na fala dos docentes.

Nosso currículo está voltado para a doença, processo saúde-doença. [...] focado genuinamente na doença. Eu vou calcular indicadores de doença, eu vou calcular indicadores de óbitos, mas eu não cálculo de níveis de saúde, eu não calculo indicadores de gestão. [...] A saúde coletiva que a gente hoje tem, nos parâmetros curriculares, ainda é a velha saúde pública, infelizmente (D3A).

Com base na fala, identifica-se que o ensino de Saúde Coletiva, conforme preconizado pelas DCN, em que ocorra integração ensino-serviço, na dimensão teórica seja embasada no conceito ampliado de saúde e na integralidade à atenção à saúde, mediante a articulação das ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, segundo estabelecido no modelo de atenção que constitui a imagem-objetivo do SUS, ainda é um processo instituinte, com o desafio de superar a reprodução do modelo de ensino com foco na doença e no cuidado individual. Tais resultados assemelham-se aos encontrados por Montegui e Diehl (2016), quando apontam a existência de modelos de ensino que reproduzem o modelo biomédico, mesmo nas disciplinas cuja ênfase deveria ser a promoção da saúde, a interdisciplinaridade, a gestão e a atenção farmacêutica.

Em relação aos cenários de práticas, observa-se que a inserção dos alunos nos serviços de saúde decorre de iniciativas pontuais dos docentes, que têm empreendido esforços com vistas a desenvolver processos de ensino-aprendizagem pautados na articulação teórico-prática, na compreensão dos problemas/necessidades de saúde da população e na realidade concreta dos serviços de saúde.

A gente os coloca pra conhecerem as Unidades Básicas, a gente tem uma aula que a gente percorre todo o campo. [...] a gente vai a uma unidade de saúde, procura mostrar pra o aluno toda a unidade, também como se dá toda questão dos agentes comunitários de saúde, como se desenvolve o SUS a nível primário (D1B).

[...] então, assim, tem esse entrave da formação, nosso currículo eu diria que nós temos 30% voltado para a saúde coletiva, mas somente para alguns conhecimentos teóricos, de saúde coletiva. Não é só aqui não, eu diria que é no país todo. Agora eu digo, vocês vão ter que ir comigo, porque eu levava pra comunidade 42 alunos. Levo ainda, não vou desistir. É complicado você levar pra área em que precisava de um grupo de 10 alunos pra discutir o problema, eles reconhecerem o que é um problema de saúde, se é um problema que tem intervenção da questão ambiental, problemas políticos. Mas, assim, é a tentativa, infelizmente eu sou teimosa, não sei desistir, entendeu? (D3A).

Observa-se o direcionamento dos docentes para que ocorra a inserção do aluno na atenção primária à saúde, considerada estruturante do SUS. Representa, portanto, a possibilidade de aproximar o mundo da formação ao mundo do trabalho, na perspectiva de promover uma aprendizagem pautada na reflexão sobre a realidade sanitária.

Nesse sentido, defende-se o argumento de que a reorientação da formação dos profissionais de saúde, em resposta às demandas do sistema de saúde, segundo preconizado nas DCN, encontrou no ensino de Saúde Coletiva a possibilidade de incorporação de novos saberes e práticas que permitem uma melhor compreensão da concepção ampliada de saúde, do trabalho em equipe e da organização dos processos de trabalho sob lógica interdisciplinar,



com vistas à construção da integralidade da atenção. Por outro lado, é permanente o desafio de reorganizar os processos de ensino-aprendizagem, na perspectiva de superar a rigidez e redesenhar currículos e modelos pedagógicos mais flexíveis, sobretudo que permitam maior articulação entre o mundo da formação e o mundo do trabalho (ALVES; MARTINEZ, 2016; COSTA; RANGEL, 1997).

Com efeito, tem-se empreendido esforços voltados à ampliação dos cenários de aprendizagem, ainda no início da formação, buscando fortalecer a integração ensino-serviço, na perspectiva de que a inserção do aluno nos serviços de saúde não ocorra somente durante o estágio curricular. Mas que o aluno seja inserido no cenário de práticas em saúde desde o início da formação, numa perspectiva de favorecer a compreensão da realidade do trabalho e do sistema de saúde, como mecanismo de reorientação das práticas de ensino tradicionais, baseadas na transmissão de conhecimentos, uma vez que conhecer e refletir sobre a realidade induz a criticidade do aluno.

No referente ao estágio curricular, observa-se nas matrizes curriculares dos cursos a destinação de carga horária para estágios em Saúde Coletiva, em que o lócus privilegiado de sua execução é a atenção básica à saúde, cenário de aprendizagem em que os discentes desenvolvem habilidades na execução de práticas de cuidado individual e coletivo. Com base nesse entendimento, buscou-se identificar na proposta pedagógica como as universidades estruturaram sua proposta de estágios na área da Saúde Coletiva (Quadro 3).

**Quadro 3 – Estágio curricular em Saúde Coletiva na matriz curricular dos cursos de Graduação em Farmácia de universidades do Ceará. Fortaleza, 2018**

Universidade	Disciplinas	Dimensão de práticas	Carga Horária de estágios	
			Saúde Coletiva	Total do curso
Pública	Estágio em Farmácia I (5º semestre) *	- Gestão de serviços públicos de saúde	256h	1024h
	Estágio em Farmácia V (9º semestre) *	- Dispensação de medicamentos e Atenção farmacêutica na farmácia comunitária.		
Privada	Estágio em Saúde Coletiva (8º semestre).	Não identificado no PP do curso.	144h	900h

\* Apenas parte da carga horária é direcionada à Saúde Coletiva

Fonte: Projeto Político-Pedagógico da IES pública e IES privada

No âmbito da universidade pública, não há no projeto pedagógico estágio específico em Saúde Coletiva. Foi possível identificar apenas que parte da carga horária dos estágios em Farmácia I e V é destinada às práticas nesta área, cujos cenários de aprendizagem são representados, principalmente por unidades básicas de saúde, Núcleo de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde do Estado, Célula de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Destaca-se o fato de que o último semestre do curso é destinado apenas ao estágio diferenciado em Farmácia, com carga horária de 416 horas, que corresponde a uma área considerada específica da profissão: Farmácia hospitalar, ou Indústria farmacêutica, ou Bromatologia, ou Análises clínicas (UFC, 2004).

Em relação à universidade privada, possivelmente por ter reestruturado o projeto pedagógico, foi incluído o estágio específico em Saúde Coletiva, cujo cenário de aprendizagem compreende o espaço interno representa-

do pelo Núcleo de Atenção Médica Integrada - NAMI, além de espaço externo que compreende a rede pública de saúde, incluído as unidades básicas de saúde (UNIFOR, 2015).

Em ambas as instituições, carga horária de estágios na área técnica (Farmácia hospitalar, Farmácia industrial, Bromatologia e Análises clínicas) é superior a 80% da carga horária total. Nesse sentido, embora ocorra a inserção dos discentes em serviços de saúde, nos distintos níveis de atenção no SUS, a carga horária destinada à Saúde Coletiva é considerada insuficiente para a formação do farmacêutico com perfil generalista e humanista, conforme relatam os coordenadores e docentes.

Eu acho que falta trabalhar melhor os campos de estágios. É fazer que o aluno passe por todos, todos é muita pretensão, mas que ele passe por uma grande escala de experiências nos postos de saúde e nas farmácias (C2).

A carga horária do estágio não é tão grande, mas já dá a eles a noção do que é esse trabalho no SUS (C1).

[...] não tem estágio como a gente tem hoje, que ele vai visitar? Pra mim, estágio é aplicar. [...] você não se prepara para o SUS, lendo a 8.080, 8.142, isso não é SUS, tá entendendo? [...] a saúde é prática, ou eu faço isso, do ponto de vista prático, eu habilito o aluno, ou ele vai sair daqui, só ouvindo falar da Lei 8.080, da 8.142, eu não entendo saúde dessa forma, eu não entendo trabalhar no SUS dessa forma (D3A).

[...] através dos estágios que nós temos, muitos são feitos nas próprias unidades, há maior parte deles, aí nós temos esse de Saúde Coletiva. [...] mas mesmo na Unidade Básica, na Saúde Coletiva, eu acho que ele vê muito pouco, muito pouco, prevenção primária, que eu acho que é o grande "garvalho" do SUS (D1B).

Percebe-se que a carga horária de estágios é semelhante nas universidades estudadas. Por outro lado, a inserção dos alunos nos cenários de práticas nos serviços de saúde ocorre de modo heterogêneo, considerando-se que numa das instituições as práticas de Saúde Coletiva podem ser realizadas sob a forma de visitas técnicas, o que não permite a execução de práticas de cuidado farmacêutico, condição para o desenvolvimento de habilidades profissionais.

Resultados semelhantes foram encontrados por Monteguti e Diehl (2016), quando apontam disparidades em relação à oferta de estágios nas instituições. De modo semelhante, Saturnino *et al.* (2012) ao analisar o internato rural de estudantes de Farmácia no Estado de Minas Gerais, também apontam pouco envolvimento nas práticas de saúde desenvolvidas nos serviços, o que acaba por não contribuir suficientemente para o desenvolvimento de habilidades e não direcionar efetivamente a formação para a atuação no SUS.

Porquanto, reforça-se o entendimento de que existem lacunas no ensino de Saúde Coletiva na graduação em Farmácia, ao se evidenciar uma carga horária reduzida, que compromete a aprendizagem e a inserção nos cenários de prática, o que efetivamente não contribui para a formação do farmacêutico voltada à atuação no SUS, conforme preconizado nas DNC de 2002. Ressalta-se que a inserção do farmacêutico no SUS, particularmente na atenção básica, prevista inicialmente no âmbito da gestão da assistência farmacêutica e da vigilância sanitária, foi ampliada em 2008 com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ao se oficializar o trabalho do farmacêutico no território

da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2008), cabendo-lhe o desenvolvimento de ações de saúde de alcance coletivo, no âmbito da promoção da saúde e prevenções de riscos e agravos à saúde.

Evidenciam-se, portanto, dissonâncias entre a intencionalidade de uma formação generalista, voltada ao SUS, expressa nos projetos pedagógicos, e o estabelecimento de processos educacionais voltados a esta finalidade, sobretudo nos cenários de estágios onde se considera que os alunos teriam maior oportunidade de desenvolver suas habilidades práticas, sobretudo quando se afirma que os alunos têm tido oportunidade apenas de adquirir noções acerca do funcionamento dos SUS, ou ainda, que não desenvolvem suficientemente ações de promoção, prevenção em saúde. Nesse sentido, a modalidade de visitas técnicas não permite a integração dos alunos no trabalho em equipe, o desenvolvimento de habilidades para atuação interdisciplinar e para a construção da integralidade, tampouco para a humanização da atenção à saúde.

Nesse sentido, Sousa (2016) considera que dimensões como trabalho em equipe e a interdisciplinaridade no currículo e na formação farmacêutica para atuação no SUS não vêm sendo compreendidos, muito menos desenvolvidos satisfatoriamente pelas instituições formadoras.

Com efeito, pode-se inferir que a formação farmacêutica deve ser revisitada, tendo em vistas a necessidade de ampliação dos cenários de aprendizagem no âmbito da Saúde Coletiva, bem maior oportunidade de integração ensino-serviços de saúde, em que o aluno disponha de carga horária adequada para a inserção na equipe, parti-

cipando da organização dos processos de trabalho, bem como do desenvolvimento de ações, como condição para que este ampliem a compreensão sobre as necessidades de saúde da população e os modos de atuação no SUS.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de construção do SUS, inscrito no contexto de reformas políticas, econômicas e sociais no país, desencadeou mudanças no modelo de atenção à saúde, expressas na implementação de novos modos de produzir cuidado em saúde. Por conseguinte, tornou-se premente a reorientação da formação dos profissionais de saúde, com vistas a responder às necessidades de saúde da população.

Ao se tomar como objeto de análise o ensino de Saúde Coletiva na graduação em Farmácia, observa-se um processo de mudanças em curso desde a década de 1990, ganhando maior legitimidade nos anos 2000, mediante a vigência das Diretrizes Curriculares Nacionais, que estabeleceram os parâmetros para a formação do farmacêutico, considerando-se o desenvolvimento das competências necessárias para responder às demandas do sistema sanitário brasileiro.

Nesse sentido, ocorreu ampliação de disciplinas e conteúdos relacionados à Saúde Coletiva nos cursos de Farmácia, porém com bastante heterogeneidade na sua nomenclatura, carga horária, disposição na matriz curricular e nas estratégias de articulação teórico-prática e/ou estágios, considerando-se o currículo mínimo e formação de generalistas.

Com efeito, a inserção dos conteúdos de Saúde Coletiva nos cursos de Farmácia, apesar das mudanças ocorridas, mostra-se como processo instituinte, com práticas fragmentadas e com baixa capacidade de reorientar a formação de farmacêuticos para atuar no SUS.

Nesse contexto, os avanços alcançados no plano formal da reorientação da educação farmacêutica, com inserção da saúde coletiva nos currículos, evidenciam-se dissonâncias com sua operacionalidade, expressas em práticas de ensino que não promovem a efetiva inserção do aluno no cotidiano do SUS, concretizando a integração ensino-serviço-comunidade, uma vez que esses processos dependem da iniciativa individual de professores, em que alguns empreendem maior esforço para promover maior contato entre mundo da formação e o mundo do trabalho no sistema público de saúde.

Por outro lado, algumas práticas docentes, voltadas à articulação teórico-prática adotam a estratégia de visita técnica, não potencializando a reflexão crítica da realidade sanitária e o desenvolvimento de habilidades. Entende-se que o desenvolvimento destas requisitam maior inserção do aluno no cenário de práticas, com o desenvolvimento de atividades que promovam a integração-serviço-comunidade, com carga horária adequada.

Nesses termos, defende-se o argumento de que a formação em Farmácia avançou em relação à incorporação da Saúde Coletiva e do SUS em seu currículo, mas é um processo em construção que precisa ser revisitado, tendo em vista a reorientação das estratégias pedagógicas e ampliação dos cenários de aprendizagem que oportunizem a

formação crítico-reflexiva do profissional generalista com competências para intervir no SUS, desenvolvendo ações de saúde de alcance individual e coletivo.

## REFERÊNCIAS

ALVES, C. G. L.; MARINEZ, M. R. Lacunas entre a formação do nutricionista e o perfil de competências para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 20, n. 56, p. 159-169, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 154 de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde:** programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro\\_saude\\_cgtes.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro_saude_cgtes.pdf)>. Acesso em: 16 out. 2015.

BRASIL. **Resolução CNE/CES n. 2, de 19 de fevereiro de 2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2002.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.5, n.2, p. 219-230, 2000.

CHAGAS, J. D. C. **Saúde coletiva na formação em farmácia:** competências profissionais para atuar no sistema único de saúde. 93 F. Dissertação (Mestrado Profissional Ensino na Saúde). Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, 2016.

COSTA, H.O.G; RANGEL, M. L. Desafios do Ensino da Saúde Coletiva na Graduação dos Profissionais de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 2, n. 1-2, p. 164-171, 1997.

DAMIANCE, P. R. M.; TONETE, V. L. P.; DAIBEM, A. M. L.; FERREIRA, M. L. S. M.; BASTOS, J. R. M. Formação para o SUS: uma análise sobre as concepções e práticas pedagógicas em saúde coletiva. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 699-721, set./dez. 2016.



FEUERWERKER, L. C.M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

HADDAD, A.E.; MORITA, M.C.; PIERANTONI, C. R.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T.; CAMPOS, F. E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.3, p. 383-393, 2010.

IVAMA, A.M. et al. Estratégias para a implementação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de Farmácia. **Olho Mágico**, v.10, n.4, p.18-25, 2003.

LEITE, S.N. et al. I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: o farmacêutico que o Brasil necessita. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.461-2, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª Ed. Revista e aprimorada. São Paulo. HUCITEC, 2013.

MONTEGUTI, B. R.; DIEHL, E. E. O ensino de farmácia no sul do Brasil: preparando farmacêuticos para o sistema único de saúde?. **Trab. educ. saúde**, v. 14, n. 1, p. 77-95, 2016.

NICOLE, C. B.; VIEIRA, R.C.P.A. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.39, p.1127-41, out./dez. 2011.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 1, n. 1, p. 55-69, 1996.

PAIM, S. J.; ALMEIDA FILHO, N. de Saúde Coletiva: “uma nova saúde pública” ou um campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n. 32, p. 299-316, 1998.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar saúde**: a integralidade nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2005. p.13-35.

SATURNINO, L.T.M. et al. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. **Rev. Bras. Farm.**, v. 93, n. 1, p. 10-16, 2012.

SILVA, R. H. A.; MIGUEL, S. S.; TEIXEIRA, L. S. Problematização como método ativo de ensino-aprendizagem: estudantes de farmácia em cenários de prática. **Trab. educ. saúde**, v.9, n.1, p. 77-93, 2011.

SILVA, W. B. **A emergência da atenção farmacêutica**: um olhar epistemológico e contribuições para o seu ensino. 305f. Tese (Doutorado em Educação Científica e Tecnológica) – Centro de Ciências da Educação, UFSC, Florianópolis, 2009.

SOUSA, I. F.; BASTOS, P. R. H. O. Interdisciplinaridade e formação na área de Farmácia. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 97-117, 2016.

SOUSA, I. F.; BASTOS, P. R. H. O. Interdisciplinaridade e formação na área de farmácia. **Trab. educ. saúde**, v.14, n.1, p. 97-117, 2016.

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA. **Projeto Político Pedagógico do curso de Farmácia**. Fortaleza. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Projeto Político-Pedagógico do Curso de Farmácia**. [Digitado]. Fortaleza-Ceará, 2004.

# FORMAÇÃO, CURRÍCULO E ESTÁGIO SUPERVISIONADO: CONCEPÇÕES DE UM GRUPO DE ENFERMEIROS DO- CENTES DO AMAPÁ

Silvana Rodrigues da Silva  
Graça Aparecida Cicillini

## INTRODUÇÃO

O processo de construção de um currículo acadêmico vai mais além do elenco de disciplinas, pois nele estão presentes os marcos teórico, filosófico e conceitual que dá vida ao curso. Atualmente, a sociedade vivencia temas complexos e importantes os quais merecem atenção das instituições formadoras, como por exemplo, os temas sobre inclusão, acessibilidade, garantia de direitos sociais, cotas raciais nas universidades, manifestações sociais por direitos humanos de igualdade, ascensão das mulheres no campo de trabalho, reivindicações de trabalhadores por melhores condições de trabalho, entre outros temas polêmicos.

Há que se considerar que o campo do Currículo é um território de disputa, conflitos, tensões e embates políticos de grupos de interesse, uma vez que esses tentam fazer valer aquele conhecimento que consideram legítimo ou mais importante. Como destaca Arroyo (2011, p. 16), o conhecimento hoje é mais dinâmico, complexo; sua produção e apropriação sempre entram nas disputas das relações políticas de

dominação-subordinação, pois, segundo ele “não fomos formados-licenciados para o ensino de todo o conhecimento, mas daqueles sistematizados e disciplinados nos currículos”.

Para Gauthier *et al.* (1998), os saberes curriculares, relacionam-se à consolidação de programas disciplinares que nem sempre são produzidos pelos docentes, mas por outros atores sociais que condensam os conteúdos a serem trabalhados nos espaços escolares, cabendo aos docentes se apropriarem deles para ensinar no ambiente escolar.

É preciso nos situar enquanto profissionais da educação da contemporaneidade, pois hoje não se concebe mais a figura de um professor apenas como transmissor de conhecimentos, e sim como mediadores do processo de ensino, inseridos na era tecnológica, em que passamos a ser facilitadores da aprendizagem e produtor do conhecimento. Como reforça Imbernón (2011, p. 12) “[...] a nova era requer um profissional da educação diferente”. Nesse contexto, pensar a educação requer desses profissionais mudanças de comportamento, novas atitudes no modo de agir, de pensar, de produzir e de compartilhar o conhecimento formalizado nos currículos escolares.

Esse conhecimento não é considerado aquele como um repasse de informações, mas tem a ver com a análise e contextualização da realidade social, com base na “inteligência, consciência ou sabedoria”, como nos sugere Pimenta e Lima (2009, p. 22). É relacionado à “capacidade de produzir novas formas de existência, de humanização”.

Especificamente em relação ao tema do Estágio Supervisionado nos cursos de Formação Docente, encontramos uma vasta literatura, especialmente na área da licenciatura e da Pedagogia. Entretanto, poucos trabalhos

abordam esta temática na área da Enfermagem. O Estágio Supervisionado é a forma apropriada para o aluno ou aprendiz vivenciar a profissão escolhida, trata-se de um componente curricular obrigatório para a conclusão do curso superior em diversas carreiras, sua realização é fundamental para a complementação do ensino universitário.

É no período de estágio que o aluno inicia uma reflexão mais específica a respeito da natureza do mercado de trabalho e das habilidades e capacidades que lhe serão exigidas após sua formação universitária. Pimenta e Lima (2009, p. 55) ressaltam que essa disciplina “envolve o conhecimento, a utilização e avaliação de técnicas, métodos e estratégias de ensinar em situações diversas”.

Na área da licenciatura, os estágios são vinculados ao componente curricular da Prática de Ensino, cujo objetivo é o preparo do licenciado para exercício do magistério em determinada área. Como reforça Pimenta (2004, p. 39) “na licenciatura, o desafio é colaborar na formação de professores, colocando a produção da pesquisa na Didática a serviço da reflexão dos alunos e da constituição de suas identidades como professores”.

As pesquisas que abordam o Estágio Supervisionado nas licenciaturas evidenciam a necessidade de superação do modelo de formação de professores baseado na perspectiva reprodutivista, em que se encontram desvinculadas a teoria acadêmica e a prática profissional. Barreiro e Gebran (2006, p. 35) partilham das ideias de autores que “defendem que as práticas devem ser nutridas pelas teorias, num processo de ir e vir, que conduz à ação-reflexão-ação, na qual a teoria e a prática vão se constituindo, modificando-se e interferindo no real”.

Nessa direção, a educação se processa a partir do compartilhamento do conhecimento entre seres humanos, nas inter-relações pessoa a pessoa, onde formar é desenvolver a inteligência, a sensibilidade e a aprendizagem significativa “com” e “para” os sujeitos. Partindo desse pressuposto, o currículo traz a fundamentação teórica para o ensino dos cursos de formação. Para este trabalho, levantamos o seguinte questionamento: Qual a concepção componente curricular Estágio Supervisionado em Enfermagem presente nos currículos das instituições formadoras, bem como verificar a organização dos projetos políticos pedagógicos a partir das diretrizes curriculares. Como objetivo deste artigo foi analisar as concepções de Formação, Currículo e Estágio Supervisionado para Enfermeiros docentes que atuam em uma universidade pública no Estado do Amapá.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória com abordagem quantitativa e qualitativa que utilizou em seu desenvolvimento análise das informações de forma descritiva. A pesquisa descritiva procura descobrir, com o máximo de precisão, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com os outros, sua natureza e características (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Participaram dessa pesquisa, Enfermeiras docentes, egressos do Curso de Bacharelado e Licenciatura Plena em Enfermagem de uma universidade pública do Estado do Amapá, que atuam na disciplina de Estágio Supervisiona-

do em Enfermagem na modalidade do Bacharelado e que exercem suas atividades nos cursos existentes de forma presencial na capital do estado. Identificamos 38 docentes que atuavam na referida disciplina; entretanto, apenas 26 eram egressos de instituição pública e atendiam aos critérios de inclusão. Foi aplicado um questionário junto às 26 enfermeiras docentes, dos quais 24 retornaram respondidos. Destes, selecionamos quatro docentes, cujas aulas foram observadas por um período de dez meses, entre setembro de 2012 a junho de 2013. Para manter o anonimato, para estes sujeitos foram utilizados nomes fictícios.

Para a coleta de dados foi aplicado um questionário com questões abertas e fechadas, contendo as seguintes variáveis: I - Identificação: gênero, idade, ano de conclusão do curso, realização de cursos de especialização, outros cursos na área de formação pedagógica; II - Experiência profissional na docência: tempo na docência, tempo de atuação na disciplina, participação em outras disciplinas, atuação em outras instituições, se atua como enfermeiro além da docência; III – Organização acadêmica para o Estágio Supervisionado: questões referentes ao planejamento, à prática pedagógica, aos saberes pedagógicos, e às formas de avaliação; IV – Prática do Estágio Supervisionado: quantitativo de alunos que acompanham durante o período de estágio, condições de instalações físicas para o ensino, disponibilidade de recursos materiais e opiniões a respeito do que mudariam na disciplina.

Para análise das informações coletadas, foi feita a organização e tabulação dos dados no programa Excel para posterior análise. Após o período de observação, realizamos entrevistas semiestruturadas com esses quatro docen-

tes observados. Como técnica de análise das informações, utilizamos a triangulação de dados e a análise de conteúdo.

A investigação seguiu os princípios éticos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Nessa perspectiva, foi encaminhado às Instituições de Ensino Superior - IES existentes no estado e que tinham o Curso de Graduação em Enfermagem, um documento solicitando autorização para ser realizada a pesquisa. No referido documento, foram explicados o objeto de investigação, os objetivos e a metodologia da pesquisa. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Uberlândia com a análise final nº 101353.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O ensino emerge como o veículo de sistematização de conhecimentos, competências e habilidades, alicerçados pelos padrões morais, éticos e técnicos da profissão, os quais irão compor o conteúdo instrucional, formal, transmitido no Ensino Superior aos futuros profissionais (FREITAS, 1990).

Estudos já identificavam que as “técnicas foram a primeira expressão do saber e as teorias representam a expressão contemporânea” (ALMEIDA, 1989, p. 119). Apesar de a formação da Enfermagem emergir como uma prática caritativa, de um cuidar sem embasamento científico, hoje é considerada uma profissão científica a ser exercida e desenvolvida por profissionais competentes que atendem aos requisitos preconizados pelas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem. Elas determinam que o profissional Enfermeiro a ser formado deve ter as



seguintes características: “generalista, humanista, crítico e reflexivo”; ou seja:

[...] Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001, p. 4).

Apesar de o contexto prescritivo presente nesta caracterização profissional, deparamo-nos com o seguinte questionamento: estaríamos formando os profissionais de Enfermagem com atitude humanista, crítica e reflexiva? De que formação estamos falando?

O conceito de formação assume diversas acepções a depender dos contextos, da disciplina, das instituições de ensino; enfim, de uma diversidade de aspectos a serem considerados para fundamentar a profissão. De modo geral, a formação do profissional na área da saúde tem sido historicamente baseada por um modelo de Educação centrado no professor, em metodologias bancárias e com uma estruturação curricular formada por disciplinas, o que de certa forma evidencia a fragmentação e especialização do conhecimento: “[...] a ciência contaminou a Educação com um pensamento racional, fragmentado e reducionista”, relata Behrens (2005, p. 18).

Nesse contexto, há grande influência de práticas educativas tradicionais herdadas do paradigma biologicista durante os séculos XIX e XX, ou seja, frequentemente

nos cursos de formação da área de saúde são as disciplinas da Biologia e da Anatomia que ocupam as primeiras ofertas nos currículos, deixando *a posteriori* aquelas que enfatizam a subjetividade e o contexto social. Nessa perspectiva, o modelo de formação dos profissionais de saúde priorizava o estudo do corpo humano e seus componentes, baseados na formação em ciências básicas, concentração nos aspectos de atenção individual, aprendizagem prática no ambiente hospitalar e saberes e práticas estruturadas em torno das especialidades médicas (SILVA JÚNIOR, 1998).

Argumenta-se que

se ainda está presente em nossos cursos de Graduação um modelo tradicional de transmissão de conhecimento, fragmentado, com ênfase no racionalismo técnico [...] temos colaborado muito mais para uma formação alienada do que transformadora (BAGNATO, 1994, p.14).

Isto ocorre à medida que reproduzimos modelos formativos tradicionais e não refletimos sobre as nossas ações. Pensar a Enfermagem com uma formação contrária à concepção tradicional é reconhecer sua trajetória de conquistas na sociedade que vem se consolidando através dos anos e a sua multiplicidade de atuação e fortalecimento no campo do trabalho. Temos clareza que muitos são os desafios para fundamentar a profissão de Enfermagem como uma profissão científica e autônoma. Para tanto, há necessidade de redirecionar a formação baseada no contexto social de maneira mais reflexiva e crítica da realidade, “é preciso que a formação estabeleça íntima relação com as necessidades da população e se oriente pelos padrões epidemiológicos” (CECCIM, 2011, p. 79).

Partindo do pressuposto de que o saber da Enfermagem não pode estar restrito apenas à aplicação de técnicas, a formação desses profissionais deve estar pautada na valorização do ser humano. Portanto, deve desenvolver-se em uma perspectiva que valoriza o cuidado, os sentidos, os valores e os significados do que se faz e para quem se dirige nossa ação.

Estudos enfatizam que “[...] o corpo vivo carrega história e marcas de vida: dilemas, sofrimentos, alegrias, gostos, necessidades, compreensões e culturas” (CECCIM, 2011, p. 72). Nesse sentido, enquanto profissional que lida com o humano, suas atitudes e comportamentos estão intrinsecamente relacionados ao conceito de desenvolvimento humano, contrários à concepção de produção tecnicista.

Nessa perspectiva, acreditamos ser necessário repensar a formação dos profissionais de Enfermagem e refletir sobre como se dá essa formação nos tempos de reformulações curriculares atuais. Nos dias atuais

O processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade aponta, pois, para a capacitação da(o) profissional para o exercício das competências gerais e específicas, além de habilidades pautadas nas concepções do aluno como sujeito do seu processo de formação, da articulação entre teoria e prática, da diversificação dos cenários de aprendizagem, das metodologias ativas, da articulação da pesquisa com o ensino e extensão, da flexibilidade curricular, da interdisciplinaridade, da incorporação de atividades complementares, da avaliação da aprendizagem, do processo de acompanhamento, avaliação e gestão do curso, assim como da terminalidade do curso (SILVA, 2010, p. 181).

O contexto do ensino de Enfermagem é diversificado, os docentes atendem ao perfil do profissional a ser for-

mado preconizado nas Diretrizes Curriculares, em formar um profissional generalista e flexível, dispostos a efetivar as metodologias ativas, apesar de persistir uma formação tradicional presentes nos processos formativos.

O profissional de Enfermagem necessita conhecer um conjunto de saberes técnicos ou saberes profissionais específicos que precisam ser amplamente abordados no âmbito acadêmico. O cuidar e educar são atos de vida, que acontecem entre seres humanos na busca de sua complementaridade. Nesse sentido, segundo a autora:

A Educação com cuidado pressupõe a conscientização de que somos incompletos e, por isso, precisamos nos ajudar. E ao ajudar o outro, nós cuidamos, ativando nele a possibilidade de também se realizar como ser cuidador, tornando o cuidado uma atitude recíproca, que permite às pessoas se situarem numa relação de paridade (GEIB, 2001, p. 139).

Tendo isso em vista, as dicotomias existentes no processo formativo precisam ser compreendidas para, então, serem discutidas, criando a possibilidade de serem superadas. Isso porque observamos que ora se afirma que a Enfermagem é uma profissão que permeia arte e ciência e ora se está avançando em busca de autonomia; ora se valoriza o saber científico em contrapartida ao saber empírico e vice-versa.

No Brasil, desde a implantação da LDB 9.394/96, a política curricular nacional é expressa por meio de diretrizes curriculares. Conforme Ito *et al.* (2006, p. 572), essa legislação “assegura às instituições de Ensino Superior autonomia didático-pedagógica, bem como autonomia em fixar os seus cursos e programas”. Mas, como assegu-

rar que os conhecimentos existentes nesses currículos são adequados para a realidade de cada região e como estão sendo trabalhados pelos docentes?

Procuramos entender o que está nas entrelinhas dos currículos das instituições participantes desta pesquisa e verificar como estão organizados os projetos políticos pedagógicos a partir das diretrizes curriculares. Buscamos elementos nos projetos políticos pedagógicos que norteiam a concepção de estágio e autonomia, a partir da prática pedagógica de cada docente participante da pesquisa.

Inicialmente, destacamos a concepção sobre o Estágio Supervisionado emitida nesses documentos, assim como nos relatos dos docentes. Verificamos que em duas instituições de ensino está descrito no PPP o seu posicionamento quanto à concepção do estágio:

Estágio curricular do curso de Enfermagem é caracterizado como um conjunto de experiências de aprendizagem em situações reais de vida profissional proporcionadas ao estudante [...] é uma atividade acadêmica obrigatória, planejado conforme as diretrizes curriculares (PPP – IES 2, 2005, p. 55).

[...] se caracteriza como atividade prática integrante do desenvolvimento metodológico de aprendizagem na formação do aluno por meio da execução das tarefas relacionadas com o ensino, pesquisa e extensão, em campos que possam contribuir para a sua qualificação profissional (PPP – IES 4, 2006, p. 09).

Como observamos nesses excertos, a concepção entendida por essas duas instituições aproxima-se dos objetivos a serem alcançados pela atividade desempenhada pelos docentes, os quais inserem experiências do campo profissional, traz uma conotação de ação quando menciona “execução de tarefas”, ou nas práticas a serem realizadas

em “situações reais” no cotidiano da profissão. Geralmente, os textos desses documentos fazem menção às Diretrizes Curriculares do curso de Graduação de Enfermagem (Resolução CNE/CES nº 03 de 07 de novembro de 2001) como forma de referência à política nacional.

As outras duas instituições não fazem menção quanto à concepção de estágios de forma explícita no texto; entretanto, conforme as ementas das disciplinas há o destaque para o trabalho coletivo e as políticas de saúde vigente no país:

[...] os conteúdos programáticos emergem a partir do **contexto coletivo**, com uma abordagem crítica, enfatizando os conhecimentos fundamentais sobre a **saúde pública**, políticas de saúde e modelos assistenciais adotados no país (PPP - IES 1 – Ementa da disciplina Estágio Supervisionado I, 2007, p. 10).

[...] desenvolverá atividades de Enfermagem em situações vivenciadas em realidades comunitárias em nível de **atenção básica**, vislumbrando os aspectos primário, secundário e terciário fundamentados em marcos teóricos e conceituais centrado no processo e diagnóstico de Enfermagem (PPP – IES 3 – Ementa da disciplina Estágio Supervisionado I, 2006, p.).

Nas respectivas ementas, notamos a inferência dos conceitos gerais abordados nas diretrizes curriculares da Enfermagem os quais enfatizam a relação saúde-doença do cidadão.

Durante as observações realizadas no campo do Estágio, constatamos que os docentes atuam na Atenção Básica, executando os programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde. Entre vários programas, verificamos que o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher é o mais evidenciado, destacando a consulta de

pré-natal, o planejamento familiar, a coleta de PCCU, entre outros. Observemos as orientações do professor dadas às alunas quanto à solicitação de exames para a gestante durante a consulta de pré-natal:

**Prof. Felipe:** Apesar de estar sendo recomendado pelo manual, tem alguns exames que não estão fazendo na rede básica. Por exemplo, o exame anti-HIV, não são todas as unidades que estão fazendo, então a gente encaminha para o CTA (centro de testagem de doenças tropicais do estado); eles fazem. O teste rápido para HIV, se der positivo a gente encaminha para lá para eles fazerem a sorologia e poder confirmar.

**Aluna:** Então o que a gente prescreve?

**Prof. Felipe:** Estou prescrevendo o aconselhamento e o pedido de testagem para HIV. Mas antes, claro, a gente tem que conversar com essa mulher, explicar como vai ser realizado o exame, perguntar se ela gostaria de realizá-lo, explicar a importância de fazer o exame [...] Sobre o exame preventivo de câncer cérvico-uterino (PCCU), é recomendado que as mulheres façam uma vez por ano, mas se ela faz dois exames com resultado normais, ela passa a fazer a cada dois anos (Observação – Diário de campo – 06.06.2013).

Notamos, assim, que nem todas as UBS estão preparadas para realizar todos os exames orientados pelo Ministério da Saúde. Constatamos que o docente procura executar suas atividades em coerência com as recomendações, tanto das diretrizes curriculares, quanto com o documento da instituição na qual atua, mesmo não tendo todos os serviços de atendimento na mesma UBS.

Quando conversamos sobre a concepção de estágio supervisionado, alguns docentes assim se posicionaram:

Eu tenho o estágio como um processo final, conclusivo, onde você está terminando de moldar e emitir um parecer se esse aluno que está saindo da universidade tem condições realmente de exercer o papel profissional. O estágio tem uma concepção que nos habilita para tal, verificar se o aluno tem condições. E o processo de capacitação, realmente, desse aluno, tudo que esse aluno viu no processo teórico do curso, porque o nosso estágio aqui é nos dois últimos semestres. Então, tudo o que ele viu nas disciplinas teóricas e práticas, lá no estágio nós vamos fazer o fechamento final desse processo todo (Entrevista – Prof. Felipe – 05.11.2013).

Sob o meu o ponto de vista seria, ele já vem com suas próprias palavras dizendo, supervisionar as habilidades dos alunos, se eles têm em realizar técnicas e procedimentos o que ele aprendeu em todo período acadêmico até a data do estágio. Só que a gente não está só para supervisionar, a gente está para corrigir alguns déficits que os alunos têm para que eles possam sair bem habilitados a executar as atividades dos enfermeiros. Então, na verdade, eu não vou só supervisionar eu vou realmente avaliar e corrigir esses déficits para que ele saia bem formado para a atuação do campo (Entrevista – Profa. Elizabeth – 1º.11.2013).

Embora o discurso dos professores se aproxime das recomendações das Diretrizes Curriculares, ao afirmar a prática docente observada aproxima-se de uma abordagem tecnicista de ensino.

Constatamos um caráter prescritivo presente nos discursos dos docentes e forte inserção de poder em relação aos alunos. Os docentes se apropriam do poder quando anunciam que precisam “emitir um parecer” ou “corrigir déficits”, acreditando que seu papel como docente também seja verificar se o aluno “tem condições” de atuar como pro-



fissional. De fato, estas atividades fazem parte da avaliação do aluno durante a realização da disciplina, mas a forma pela qual se posicionam traduz indícios de uma abordagem tecnicista, em que “a preocupação é se o aluno alcançou ou não os objetivos propostos” (BEHRENS, 2005, p. 51).

Entretanto, o que nos chama a atenção é a carga de responsabilidade que esses professores trazem para si: sua atuação como docentes pode determinar o sucesso ou fracasso do futuro profissional. Tal responsabilidade se intensifica quando esses docentes acreditam ser, durante o estágio supervisionado, o momento de avaliar “tudo o que o aluno aprendeu” durante a sua formação. Observemos os relatos a seguir:

O Estágio Supervisionado é fundamental. É a primeira relação que a gente observa desse acadêmico, junto à questão prática. O professor precisa ter muito essa visão dessa associação de teoria e a prática, para que esse aluno possa dinamizar tudo o que ele aprendeu e realizar da melhor forma possível, sabendo que muitas vezes o que ele observou teoricamente, muitas vezes pode ser diferente na prática, mas que ele procure meios para realizar aquele trabalho dentro dos serviços de saúde da melhor forma possível (Entrevista – Prof. Davi – 05.11.2013).

Bom, eu acho que o estágio supervisionado vai favorecer o aluno para que ele possa direcionar na prática e desenvolver na prática o que ele viu e aprendeu na teoria, sempre relacionando os conhecimentos técnicos e específicos do procedimento com a prática que ele está desenvolvendo. Como professor vai agir justamente para supervisionar esse aluno para acompanhar, orientar e ensinar o aluno para que ele possa saber relacionar a teoria e a prática (Entrevista – Profa. Sofia – 1º.11.2013).

Esses depoimentos traduzem a própria organização das diretrizes curriculares relacionadas às competências e às habilidades a serem desenvolvidas pelos docentes. Conforme a Resolução CNE/CES nº. 03, Art. 6:

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrando à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Enfermagem (BRASIL, 2001, p. 04).

Compreendemos o estágio supervisionado “como reflexão sobre as práticas pedagógicas das instituições escolares, o estágio não se faz por si. Envolve todas as disciplinas do curso de formação [...]” (PIMENTA; LIMA, 2009, p. 56).

Tal afirmativa entra em consenso com os estudos de Higarashi e Nale (2006):

[...] em termos de gradação, ou de escalas de complexidade, o estágio representaria, dentro do processo formativo, um último nível de aprendizagem – situação muito próxima daquela em que os profissionais enfermeiros atuam, e na qual o aluno se vê obrigado a enfrentar, utilizando todo o aporte teórico e prático até então adquirido no processo assistencial de seus pacientes ou clientes (HIGARASHI; NALE, 2006, p. 66).

Nosso entendimento é que essa concepção de currículo praticada pelos professores está desvinculada da realidade social, pois o conhecimento também se constrói a partir da imprevisibilidade. Sacristán (1998, p. 35) nos informa que as condições modelam e são fontes por si mesmas de um currículo paralelo ou oculto, um “currículo na prática

não tem valor a não ser em função das condições reais nas quais se desenvolve, enquanto se modela em práticas concretas de tipo muito diverso”.

Corroborando com essa assertiva, Arroyo (2011, p. 16) afirma que “[...] temos um currículo oficial, com núcleo comum, disciplinado e em paralelo temos o currículo na prática incorporando temáticas, experiências sociais, indagações, procuras de explicações e de sentido a tantas vivências [...]”.

Concordamos com esses autores, pois vivenciamos e observamos uma prática concreta de fragilidades no campo de recursos humanos e materiais nos cenários de estágio, o que muitas vezes nos impõe a atuar com imprevistos e lançar mão da criatividade para desenvolver as atividades e promover o ensino.

De acordo com as Diretrizes Curriculares, na formação do Enfermeiro, os conteúdos teóricos e práticos deverão ser “desenvolvidos ao longo de sua formação”. Entretanto, constatamos por meio dos relatos dos professores que nem sempre as disciplinas teórico-práticas ocorrem desde o início do curso e, geralmente, as atividades práticas concentram-se apenas ao final da Graduação, concomitante ao estágio supervisionado, proporcionando grandes dificuldades de acompanhamento desse aluno.

Os depoimentos dos professores trazem indicativos de uma fragmentação da estrutura curricular impactando na formação do futuro profissional. Acreditamos que é no espaço do estágio supervisionado que aparecem mais fortes as dificuldades, sobrecarregando as responsabilidades dos docentes que atuam nessa disciplina:

Durante a prática a gente percebe muitas dificuldades, o aluno ainda vem muito “cru”, porque tem muita aula teórica e pouca prática, a carga horária das primeiras turmas era muito teórica e tinha pouquíssimas práticas. Isso dificultava; esse trabalho deixava a desejar, porque muitas vezes a gente tinha que parar em alguns momentos e discutir a teoria para depois implementar a prática (Entrevista – Profa. Elizabeth – 1º.11.13).

A gente percebe muita dificuldade dos alunos ao desempenhar suas funções, devido à falta de prática durante o curso, concentram as atividades no final do curso, sobrecarregam as atividades, o aluno precisa sentir a presença do professor nas diversas atividades (Entrevista – Profa. Sofia – 1º.11.13).

[Aulas práticas] só no final. Não tendo a prática no início do curso o professor tem que se desdobrar. Eu volto para a questão teórica sempre, independente de eles terem feito ou não, tanto que eu já ando com o material pronto: vamos trabalhar a saúde do idoso, o que as portarias colocam? Vamos trabalhar em cima das portarias do Ministério da Saúde, pergunto “qual é a limitação, o que vocês podem estar fazendo dentro desse trabalho?” (Entrevista – Prof. Davi – 05.11.2013).

[...] os alunos chegam com dificuldades imensas, então eu tive que voltar realmente com eles a outras situações [...] Na maternidade, por exemplo, a dificuldade de punção venosa: se ele [o aluno] ia prestar a assistência a uma mulher em trabalho de parto, nesse momento ele precisa fazer uma punção venosa. Isso aí, claro, faz parte dos procedimentos, mas se a gente não tivesse lá dentro da sala de pré-parto com uma certa habilidade[...] Eu tive que ser flexível e voltar um pouco (Entrevista – Prof. Felipe – 05.11.2013).

Notamos, dessa forma, que há consenso entre os professores a respeito da dificuldade enfrentada pelos alunos em relacionar os conhecimentos teóricos, adquiridos

no início do curso, e a prática exigida no momento do estágio, momento esse caracterizado como de desenvolvimento e aprendizagem das atividades profissionais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O campo de estágio supervisionado traz novas exigências em atitudes tanto para o docente quanto para o aluno. Entre as atitudes dos alunos, estão aquelas que requerem iniciativa, participação, criticidade, curiosidade e criatividade. Em relação ao docente, exige-se maior disponibilidade de tempo para o atendimento do aluno, domínio de recursos de informática, orientação constante e aprender a se comunicar.

Problemas de infraestrutura, condições de trabalho, sentimentos de ansiedade, estar preparado para situações cotidianas, foram fatores citados pelos docentes que podem interferir no processo de ensino e aprendizagem. Cabe ao professor, a partir da sua vivência, analisar sua realidade para poder transformá-la. O Estágio Supervisionado significa ir além das questões normativas do currículo; implica em (re)pensar o trabalho coletivo, a partir das novas exigências presentes no ensino superior, sendo de fundamental importância a efetiva implementação da interdisciplinaridade nos currículos dessas instituições.

Nosso entendimento é que tais situações permanecem em evidência, sem perspectiva de soluções a médio e longo prazo, pois fazem parte de uma política educacional que incentiva a expansão do sistema universitário, assim como a fragmentação dos currículos dos cursos de gradua-

ção, ampliação do ensino médio, ampliação da rede particular, o que leva à fragilidade nas relações entre ensino/serviço, público/privado, escassez e superlotação dos campos de estágio, situações essas presentes nos dias atuais.

Em meio a tais situações, identificamos que há pouco espaço para discussões a respeito das dificuldades que emergem nos cenários dos estágios, entre eles, a superlotação de alunos de diversos cursos, compartilhando o mesmo espaço, a precariedade de infraestrutura para recepção desses alunos nos campos de estágio, a fragilidade nos termos de cooperação técnica entre as instituições. Esses são apenas alguns exemplos dentre outros que dificultam o acompanhamento de estágio fora da instituição de ensino superior.

O docente que atua na disciplina do Estágio Supervisionado precisa acompanhar o movimento de mudanças no contexto da saúde além do contexto da educação, pois estes permanecem conectados com o objetivo em comum que é a produção do conhecimento e formação de um cidadão crítico e reflexivo.

A disciplina de Estágio Supervisionado em Enfermagem representa um momento de transição carregado de significados, tanto para os alunos quanto para os professores envolvidos, pois inclui senso de responsabilidade, postura profissional, satisfação e ansiedade; além disso, reforça as competências e habilidades na execução das atividades, além de estimular a criticidade, a curiosidade, a sensibilidade e trazer a oportunidade de compartilhamento entre o ensino e o serviço, em que o aluno tende a refletir a sua ação com base na realidade da comunidade assistida, e não apenas no discurso sobre essa realidade.

A formação inicial precisa compreender os aspectos sociais que envolvem o mundo na contemporaneidade. No cotidiano do fazer docente há intensas transformações e problemas sociais, como os conceitos familiares diversificados, o envelhecimento populacional, o estresse causado pelos ritmos de trabalho acelerados e os problemas das grandes cidades, tais como a insegurança, precariedade de saneamento básico, entre outros.

Evidenciamos que os docentes ainda estão arraigados à concepção de Educação fundamentada na lógica da racionalidade técnica. Porém, constatamos indícios de que esses professores acrescentam novas atitudes em sua atuação no estágio supervisionado, lançando mão de outras formas de ensinar com um fazer mais criativo, interacionista e dialógico, tanto com o ambiente quanto com os sujeitos que os cercam. Assim, podemos considerar tais atitudes como inovadoras na tentativa de superar a concepção tecnicista na prática docente. Atribuímos essas mudanças, em parte, aos imprevistos cotidianos aos quais os docentes são submetidos nos cenários de estágio, o que requer tomadas de decisão imediatas, baseadas no repertório de conhecimento acumulado durante a vida acadêmica e profissional.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de Enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ARROYO, M. **Currículo, território em disputa**. Petrópolis: Vozes, 2011.

BAGNATO, M. H. S. **Licenciatura em Enfermagem: para que?** 1994. 242 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1994.

BARREIRO, I. M. de F.; GEBRAN, R. A. **Prática de ensino e estágio supervisionado na formação de professores**. São Paulo: Avercamp, 2006.

BEHRENS, M. A. **O paradigma emergente e a prática pedagógica**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. Resolução CNE/CES nº 03, de 07 de novembro de 2001**. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2010.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a Educação dos profissionais de saúde no SUS. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011.

COSTA, L. M.; GERMANO, R. M. Estágio curricular supervisionado na Graduação em Enfermagem: revisitando a história. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 706-710, nov./dez. 2007.

FREITAS, D. M. V. de. **A criança inserida no currículo de Graduação: o ensino da assistência de Enfermagem**. 1990. 215 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

GAUTHIER, C. *et al.* **Por uma teoria da pedagogia: pesquisas contemporâneas sobre o saber docente**. Trad. Francisco Pereira. Ijuí: UNIJUÍ, 1998.

GEIB, L. **Educare: a pedagogia do cuidado**. Passo Fundo: UPF, 2001.

HIGARASHI, I. H.; NALE, N. O estágio supervisionado de Enfermagem em hospitais como espaço de ensino-aprendizagem: uma avaliação. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 5, p. 65-70, 2006.



IMBERNÓN, F. **Formação docente e profissional**: formar-se para a mudança e a incerteza. Trad. Silvana Cobucci Leite. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ITO, E. E. *et al.* O ensino de Enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 4, p. 570-5, 2006.

PIMENTA, S. G. A didática como mediação na construção da identidade do professor: uma experiência de ensino e pesquisa na licenciatura. *In*: ANDRÉ, M. E.; OLIVEIRA, M. R. N. S. (Org.). **Alternativas no ensino de didática**. 6. ed. Campinas: Papirus, 2004.

PIMENTA, S. G.; LIMA, M. S. L. **Estágio e docência**. 4. ed. Revisão técnica José Cerchi Fusari. São Paulo: Cortez, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

SACRISTÁN, G. **O currículo**: uma reflexão sobre a prática. 3. ed. Trad. Ernani F. da Fonseca Rosa. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SILVA, M. G. *et al.* Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 176-84, jan-mar. 2010.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

# CLÍNICA INTEGRADA NA FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA: PROPOSTAS E DESAFIOS À INTEGRALIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE

Allan Vinícius Martins de Barros  
Bárbara Cássia de Santana Farias-Santos  
Pedro Henrique Sette-de-Souza

## INTRODUÇÃO

A Odontologia foi reconhecida como Curso Superior no Brasil somente no final do Período Imperial, por meio do Decreto nº 9.311 de 25 de outubro de 1884. Tal decreto aprovava o estatuto proposto por Vicente Cândido Figueira de Saboia (diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro) em que regulamentava o curso de Odontologia nas faculdades de Salvador e do Rio de Janeiro, sendo anexo aos de Medicina (MENEZES, 2012). Em seu artigo 8º, o decreto definia a duração e organização dos cursos de Odontologia, sem, contudo, a inclusão de qualquer disciplina clínica (PEREIRA, 2012).

Foi durante os anos da República Velha que a formação em Odontologia ganhou, de maneira obrigatória, matérias relacionadas à clínica odontológica. Apesar desse enorme avanço, as mudanças até a Lei Maximiliano (1915) eram desconexas e alternadas, com alguns retrocessos para a formação do cirurgião-dentista. Somente com a re-

forma Francisco Campos (1931), que regulamentava a criação de universidades, a cadeira de Clínica Odontológica foi ampliada ao domínio de Clínica Operatória e Odontologia Pediátrica e Ortodontia, tendo em vista o destaque dessas especialidades no restante do mundo (PEREIRA, 2012).

Com as fortes influências socioculturais que os países latino-americanos recebem dos Estados Unidos, bem como em função dos progressos técnico-científicos provenientes do território americano, buscou-se no Brasil aumentar o número de séries/anos para a conclusão do curso de Odontologia, através da implementação de um Currículo Mínimo, com carga horária 3.600 horas distribuídas em 8 semestres de duração (CARVALHO, 2006). Essa influência estadunidense estendeu-se para a forma disciplinar e pedagógica do ensino em saúde. Assim, com a reforma universitária (1968), promovida pelo Regime Militar, o Modelo Flexneriano de ensino e atenção à saúde passou a ser empregado nas instituições brasileiras de ensino superior. Como consequência desse modelo, diversos elementos conceituais passaram a ser adotados no ensino da Odontologia, dentre os quais: perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; estímulo à disciplinaridade, em uma abordagem reducionista do conhecimento; com um modelo de ensino massificador, passivo, hospitalocêntrico, tendendo a superespecialização e fragmentação do conhecimento. Tal organização flexneriana ainda é responsável por produzir problemas crônicos de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência de um sistema de saúde integrado, eficiente e equânime no Brasil (ALMEIDA-FILHO, 2010).

Assim, nos anos de 1970, houve a criação da disciplina de “Clínica Integrada” nas faculdades de Odontologia, o que gerou intensas discussões. Contudo, somente em 1982 esta foi regulamentada e introduzida nos currículos, após articulações promovidas pela Associação Brasileira de Ensino Odontológico - ABENO (CARVALHO, 2006). Com isso, entendia-se que a prática clínica deveria ser desenvolvida de maneira isolada nas disciplinas profissionalizantes e próxima ao término do curso, momento em que os graduandos já teriam mais segurança clínica e habilidades manuais, haveria um momento de integração de todos os conhecimentos anteriormente fragmentados, para que o estudante percebesse a complexidade da profissão que escolherá. Ademais, é de extrema importância fornecer ao estudante o conceito integral da Odontologia, para que ele, como clínico geral possa diagnosticar, planejar, dar o prognóstico, executar e avaliar planos de tratamento odontológicos integrados (ARRUDA *et al.*, 2009).

No Brasil, as atividades relacionadas à educação são regulamentadas, via de regra, pela Lei 9.394 (20 de dezembro de 1996), conhecida como Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). Com o advento da LDB há a extinção do Currículo Mínimo para os cursos de graduação e a proposta para elaboração de Diretrizes Curriculares Nacionais para cada curso superior. Nesse sentido, em 19 de fevereiro de 2002, o Conselho Nacional de Educação institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia (DCN), através da resolução CNE/CES 3 (CARVALHO, 2006).

De acordo com Carvalho (2006), as DCN sinalizam para uma mudança no paradigma na formação profissio-

nal, devendo o egresso ter senso crítico, sendo capaz de aprender a aprender e de trabalhar em equipe, levando em conta a realidade social ao qual está inserido. As DCN ainda definem o perfil do formado egresso/profissional Cirurgião-Dentista, como sendo generalista, humanista, com capacidade crítico-reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico-científico. Além disso, o documento enuncia que os conteúdos essenciais para os cursos de graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença, devendo contemplar o sistema de saúde vigente no país (BRASIL, 2002). Essa nova organização do ensino odontológico vem para romper com a lógica do modelo flexneriano presente até então nas escolas de Odontologia.

Historicamente, a educação superior sempre esteve nos grandes centros. Entretanto, com a Política de Expansão e Interiorização das Universidades, vários *campi* começaram a ser abertos no interior do país. Na área da saúde, especificamente da Odontologia, este incentivo à criação de novos cursos teve grande importância tendo em vista que buscou, em conjunto com outras ações, inserir e fixar cirurgiões-dentistas em pequenas cidades do interior do Brasil. Por terem sido criados pós-DCN, esses novos cursos buscaram, em seu projeto pedagógico, formar os egressos de acordo com a realidade social local, sendo o Sistema Único de Saúde - SUS um agente norteador das ações e da formação.

Mesmo com o advento das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Odontologia há 15 anos, os cursos ainda esbarram na dificuldade de se construir um sistema "ideal" de clínica integrada, capaz de garantir ao estudante o entendimento de todo o processo do cuidado, levando em

consideração as especificidades regionais. Com base neste documento, a integração da clínica na educação odontológica pressupõe um modelo interdisciplinar de transformação dos espaços de ensino e aprendizagem, em que o discente seja capaz de associar, na prática, conteúdos das Ciências Odontológicas para a tomada de decisão na assistência à saúde bucal (ARRUDA *et al.*, 2009; FERRETTI *et al.*, 2012). Assim, a clínica integrada é a base para a consolidação de uma formação generalista, que preserva a integridade do paciente, além de contribuir para o desenvolvimento de senso crítico e reflexivo.

Entretanto, os conflitos que permeiam a reforma e reestruturação dos currículos dos cursos de Odontologia nas IES brasileiras evidenciam muitos desafios para a efetivação da interdisciplinaridade como diretriz da clínica integrada (ARRUDA *et al.*, 2009; LAMERS *et al.*, 2016). Um dos desafios enfrentados neste processo é o estabelecimento de “currículos ocultos”, que, em contraste com o currículo manifesto adotado oficialmente pela IES, pode ter efeitos negativos no processo de aprendizagem. Tais efeitos podem ser observados na clínica integrada como um distanciamento entre o que é abordado em teoria nas disciplinas e o que é executado na prática que, frequentemente, reproduz um modelo biologicista e unicausal na clínica odontológica (ZILBOVICIUS, 2007). Ainda, a dificuldade de integração entre as áreas do conhecimento e a falta de qualificação docente para atuar neste modelo de currículo são apontadas como barreiras à clínica integrada (LAMERS *et al.*, 2016).

Apesar dos desafios e da resistência à mudança, a implantação da clínica integrada em seus mais diversos modelos, tem contribuído para a mudança de um paradig-

ma educacional hegemônico na formação de cirurgiões-dentistas em direção a um modelo de educação interdisciplinar, centrado no aluno e adequado à realidade local, aproximando-se, cada vez mais, do que é proposto pelas DCN (FERRETTI *et al.*, 2012; LAMERS *et al.*, 2016). Além disso, o modelo flexneriano de ensino e de atenção à saúde mostra-se incompatível com o contexto e as necessidades da população do Brasil. Assim, a formação em tal modelo resulta em sérias falhas estruturais do sistema de formação em saúde (ALMEIDA-FILHO, 2010).

Nesse sentido, os novos cursos de Odontologia que vêm sendo instalados no interior do Nordeste, além do papel social, vêm contribuindo de forma importante para a discussão de modelos de clínica integrada. Essa discussão é importante para fomentar a reflexão sobre esse dilema a fim de estabelecer algum referencial para o desenvolvimento generalista do cirurgião-dentista, levando em conta todo o contexto social o qual ele está inserido. Por isso, este trabalho teve como objetivo investigar o modelo de clínica integrada de duas universidades públicas do interior do Nordeste, a fim de subsidiar futuras discussões sobre modelos ideais de clínicas integradas em Odontologia.

## **MÉTODO**

Estudo documental, com abordagem qualitativa, no qual selecionou-se dentre os cursos das universidades públicas do interior do Nordeste, em lista divulgada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), dois cursos de Odontologia com menos de 10 anos de funcionamento. Feita a seleção, buscou-se

conhecer os modelos de organização e funcionamento das clínicas integradas deles, através de seus Projetos Pedagógicos. Selecionou-se, por conveniência de acesso às informações, uma universidade da Paraíba (UEPB/Araruna) e uma universidade de Pernambuco (UPE-Arcoverde) que se enquadravam nos critérios estabelecidos.

O curso de Odontologia do *campus* Araruna da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB *campus* VIII) está localizado a 165km da capital do estado paraibano (João Pessoa), possui uma população estimada de 20.418 habitantes (IBGE, 2017) e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,546, considerado baixo (PNUD, 2010). O curso é proveniente do processo de interiorização da educação superior e busca que seus egressos sejam capazes de atuar com impacto na saúde bucal da população a qual assistem em todos os níveis de atenção, minimizando os agravos bucais mais prevalentes.

Ademais, o profissional formado neste curso deverá integrar e interagir com equipes multiprofissionais, construindo, desconstruindo e reconstruindo seus saberes e ações frente à comunidade e à sociedade, em busca da melhoria da situação em saúde (UEPB, 2014). Destarte, o cirurgião-dentista proveniente da UEPB/Araruna deve estar capacitado ao exercício das atividades referentes à saúde bucal da população, pautado nos princípios éticos-legais e compreender a realidade social, econômica e cultura do meio ao qual está inserido, conforme preconizado pelas DCN (BRASIL, 2002). Atualmente, o curso conta com cinco turmas já formadas, sendo o ingresso semestral com 40 acadêmicos.



O curso de Odontologia do *campus* Arcoverde da Universidade de Pernambuco (UPE), localizado a 250km da capital do Estado (Recife), possui uma população estimada de 73.667 habitantes (IBGE, 2017) e um IDH de 0,667 (PNUD, 2010). Assim como a UEPB/Araruna, também é fruto do processo de interiorização do ensino superior e foi criado com o propósito de formar profissionais com a compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, e comprometido com a promoção de mudanças na realidade de saúde no interior de Pernambuco (UPE, 2011). Para tanto, apresenta em sua proposta pedagógica uma forte integração entre o Ensino Odontológico e o Sistema Único de Saúde - SUS, em concordância com as novas políticas públicas de Saúde e Educação no Brasil, promovendo uma ruptura com a estrutura tradicional do currículo odontológico, caracterizado por grande rigidez e desarticulação entre teoria e prática, que tem se mostrado ineficaz na formação generalista, humanista, crítica e reflexiva preconizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Odontologia (UPE, 2011; BRASIL, 2002). O curso ainda não possui turma formada (previsão da primeira turma formada é 2018.1), sendo o ingresso anual com 20 estudantes.

O material empírico do estudo foi organizado e analisado com base na Análise de Conteúdo. Em um primeiro momento, a leitura flutuante dos currículos foi realizada pela equipe, para se familiarizar com o cenário das Instituições. Em outro momento, os autores foram separando as atividades clínicas, de acordo com o que era proposto por cada PPC, para que pudessem analisar, de maneira global, os cursos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### *Formação em Odontologia e a Integralidade: a proposta de clínica integrada no currículo do curso da Universidade Estadual da Paraíba, Campus Araruna*

O curso da Universidade Estadual da Paraíba (Campus VIII – Araruna) está organizado em quatro eixos de formação, distribuídos ao longo de 10 semestres:

- Formação Humanística e Social em Odontologia: neste eixo, o estudante recebe uma sólida formação em Saúde Coletiva e Odontologia Preventiva, com base nas ciências sociais, para desenvolver competências e habilidades sócio-humanísticas que instrumentem a formação de um cirurgião-dentista apto a trabalhar em comunidades, respeitando e entendendo as diferenças socioculturais que afetem direta ou indiretamente a saúde.
- Bases Biológicas para a Odontologia: visando trabalhar as competências relacionadas às bases biológicas para instrumentalizar e embasar cientificamente as habilidades do cirurgião-dentista, este eixo busca desenvolver o entendimento morfo-funcional dos tecidos, órgãos e sistemas, desde sua concepção até o metabolismo, passando assim por toda base estrutural e

fisiológica. Outrossim, é neste eixo que são trabalhadas as possibilidades de agressão microbiológica ao corpo humano e os mecanismos de defesa naturais.

- Ciências Odontológicas: neste eixo, é esperado que os estudantes desenvolvam competências relacionadas às habilidades clínicas e de especialidades odontológicas, inerentes à profissão, em uma perspectiva multidisciplinar. Os conteúdos curriculares se distribuem em pré-clínicos teórico-laboratoriais e clínicos.

- Bases Instrumentais para a Odontologia: por fim, neste eixo, busca-se desenvolver, no estudante do curso competências complementares, o bom exercício da profissão. Logo, habilidades referentes à informática, à compreensão de línguas, à leitura crítica e à produção textual são trabalhadas no eixo.

## **O eixo de ciências odontológicas**

Os componentes curriculares do eixo de Ciências Odontológicas estão organizados em quatro subeixos cuja complexidade tende a aumentar de acordo com o progresso acadêmico do estudante (quadro 1). Em um primeiro momento (pré-clínica), o estudante recebe todo aporte de aulas teóricas de uma determinada especialidade e, em seguida, pratica no laboratório aquilo que foi

visto em sala de aula. Adquirindo as competências e habilidades necessárias para aprovação naquele componente, o estudante passa para o momento em que começa a lidar com a prática clínica em pacientes. Nesse momento, os componentes ainda estão organizados por especialidades e somente quando o estudante está familiarizado com as práticas daquela área específica e desenvolveu as competências e habilidades daquela especialidade é que está apto para ingressar nas Clínicas Integradas. A primeira Clínica Integrada ocorre no 5º período e o estudante vai vivenciando essa lógica clínica de ver o paciente como um todo até o 10º período. Concomitantemente à entrada nas Clínicas Integradas, os estudantes podem escolher clínicas eletivas para aprofundar os conhecimentos adquiridos na clínica “básica” daquela especialidade. Finalmente, ainda neste eixo, estão dispostos os estágios supervisionados extramurais que os estudantes devem realizar ao longo de sua formação.

O Quadro 1 apresenta a distribuição dos componentes curriculares no eixo Ciências Odontológicas do curso de Odontologia da UEPB, *campus* Araruna.

**Quadro 1 – Distribuição dos componentes curriculares do curso de Odontologia da UEPB, Campus Araruna, no eixo de Ciências Odontológicas**

<b>Complexidade</b>	<b>Componente curricular</b>	<b>Período</b>
<b>PRÉ-CLÍNICAS</b>	Dentística Pré-Clínica	4º
	Estomatologia Pré-Clínica	4º
	Patologia Bucal Pré-Clínica	4º
	Radiologia Pré-Clínica	4º
	Periodontia Pré-Clínica	4º
	Cirurgia Pré-Clínica	4º
	Endodontia Pré-Clínica	5º
	Prótese Total e Parcial Removível Pré-Clínica	6º
	Prótese Fixa Pré-Clínica	6º
	Ortodontia Pré-Clínica	7º
	Odontopediatria Pré-Clínica	7º
<b>CLÍNICAS POR ESPECIALIDADES</b>	Clínica de Odontologia Preventiva	5º
	Clínica de Diagnóstico por Imagem	5º
	Clínica de Dentística	5º
	Clínica de Periodontia	5º
	Clínica Cirúrgica	5º
	Clínica de Endodontia	6º
	Clínica de Pacientes com Necessidades Especiais	7º
<b>CLÍNICAS INTEGRADAS</b>	Clínica Integrada de Diagnóstico Oral	5º
	Clínica Integrada de Atenção Básica	6º
	Clínica Integrada de Atenção Básica e Média Complexidade I	7º
	Clínica Integrada de Atenção Básica e Média Complexidade II	8º
	Clínica Integrada de Média Complexidade I	9º
	Clínica Integrada de Média Complexidade II	10º
	Clínica Integrada de Próteses	7º
	Clínica Integrada de Próteses e Disfunção Temporomandibular	8º
	Clínica Integrada da Infância I	8º
	Clínica Integrada da Infância II	9º
<b>CLÍNICAS ELETIVAS</b>	Clínica de Estomatologia Avançada	-
	Clínica de Endodontia Avançada	-
	Clínica de Dentística Estética e Cosmética	-
	Clínica Cirúrgica Avançada	-
	Clínica de Periodontia Avançada	-

Fonte: Projeto Político Pedagógico – Odontologia – Campus VIII. UEPB (2014).

## **As atividades pré-clínicas e o atendimento clínico inicial: o papel das especialidades**

Como dito anteriormente, é nesta etapa da formação que os estudantes iniciam o desenvolvimento de competências e habilidades clínicas necessárias à prática profissional do cirurgião-dentista. Em um primeiro momento, essas atividades são de cunho teórico-laboratorial para que, após adquirir certas competências e habilidades, o estudante possa interagir e intervir no processo saúde-doença do paciente. Apesar de seguir o modelo ultraespecialista de atenção à saúde nesse momento, os componentes curriculares trabalham o entendimento do paciente como um todo e, mesmo com a organização por especialidade, os estudantes buscam tratar o mesmo paciente em todas as clínicas. De acordo com as especialidades, nessa etapa os estudantes têm as primeiras noções e começam a adquirir/desenvolver competências e habilidades de acordo com a área:

- Odontologia Preventiva: acolhimento e atendimento clínico com vistas ao diagnóstico e procedimentos preventivos.

- Diagnóstico Oral: anamnese e semiotécnica dos exames físicos, bem como aborda a etiopatogenia e aspectos anatomopatológicos das doenças que envolvem o sistema estomatognático. Além disso, há o embasamento sobre anatomia radiográfica, técnicas radiográficas e de processamento de imagens de interesse odontológico.

- Dentística: preparo cavitário, técnicas de preparo e acabamento de restaurações dentárias diretas, com a utilização de equipamentos, materiais e instrumentais adequados, bem como diagnóstico, planejamento e prevenção da cárie e outras lesões que acometem os tecidos mineralizados da boca.

- Cirurgia Buco-Maxilo-Facial: técnicas anestésicas, exodontia de dentes erupcionados e procedimentos a ela relacionados.

- Periodontia: classificação, diagnóstico, planejamento e execução do tratamento da doença periodontal.

- Endodontia: diagnóstico e tratamento das enfermidades pulpares e periapicais, tal como conhecimento das técnicas de instrumentação e obturação dos canais radiculares.

- Próteses: diagnóstico, planejamento e execução de casos que necessitem de prótese dentária (fixa, parcial e/ou total) com finalidade de restabelecer a função do sistema estomatognático e estética dentária.

- Ortodontia: conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento da face, assim como diagnóstico, classificação e etiologia das más oclusões, para promover o conceito básico de prevenção e intercepção.

- Odontopediatria: prevenção, diagnóstico, planejamento e atendimento clínico infantil.

- Pacientes com Necessidades Especiais: atendimento odontológico ao paciente com necessidades especiais, sob uma abordagem interdisciplinar e integral, visando à prevenção, ao diagnóstico, ao planejamento e ao tratamento das doenças bucais, a fim de promover a reintegração do paciente à sociedade.

### **Clínica integrada por complexidade crescente**

Após passar por todas as etapas iniciais, o estudante adentra, então, ao universo da clínica integrada. Neste momento, ele deve interligar e sintetizar todo o conhecimento adquirido ao longo das etapas anteriores, visando ao atendimento integral do paciente. Dessa forma, objetivando melhorar o processo ensino-aprendizagem, o estudante é desafiado, clínica após clínica, a aumentar a complexidade das atividades que realiza em seu paciente. Assim sendo, o atendimento clínico está estruturado por complexidade.

O Quadro 2 expõe a distribuição dos componentes curriculares no eixo Ciências Odontológicas do curso de Odontologia da UEPB, *campus* Araruna.



**Quadro 2 – Distribuição dos componentes curriculares do curso de Odontologia da UEPB, Campus Araruna, no eixo de Ciências Odontológicas**

<b>Período/ complexidade</b>	<b>Procedimentos</b>
5º / I	<u>Porta de entrada do serviço</u> : atendimento inicial (exame clínico e exames complementares)
6º / II	Restaurações classe I, II, III e V; Raspagem e Alisamento corono-radicular; Exodontia de restos radiculares, dentes uni-radulares e dentes com mobilidade.
7º / III	Restaurações classe I, II, III, IV e V; Raspagem e Alisamento corono-radicular; Exodontia de dentes com mobilidade, restos radiculares, dentes uni e multirradiculares; endodontia de incisivos, caninos e de pré-molares. Tratamento reabilitador de prótese fixa e removível em desdentados totais ou parciais
8º / IV	Restaurações classe I, II, III, IV e V, bem como restaurações complexas; Raspagem e Alisamento corono-radicular, gengivectomia e gengivoplastia; Exodontia de dentes com mobilidade, restos radiculares, dentes uni e multirradiculares, além de dentes com extensa destruição coronária, com grande inserção óssea e/ou com hipercimentose; endodontia de incisivos, caninos e de pré-molares. Tratamento reabilitador de prótese fixa e removível em desdentados totais ou parciais, tal como tratamento de DTM Atendimento Integral à Criança (até 11 anos e 11 meses)
9º / V 10º / VI	Restaurações classe I, II, III, IV e V, bem como restaurações complexas com pino; Raspagem e Alisamento corono-radicular, gengivectomia e gengivoplastia, cirurgia periodontal com envolvimento ósseo; Exodontia de dentes com mobilidade, restos radiculares, dentes uni e multirradiculares, além de dentes com extensa destruição coronária, com grande inserção óssea, com hipercimentose, ectópicos e/ou com envolvimento ósseo; endodontia de todos os dentes; tratamento reabilitador de prótese fixa.

Fonte: Projeto Político Pedagógico – Odontologia – Campus VIII. UEPB (2014).

É importante destacar que caso o paciente necessite de algum procedimento que não é ofertado por aquela clínica integrada, ele deve ser referenciado para o atendimento em uma clínica por especialidade e, em seguida, contrarreferenciado, conforme preconizado nos serviços do Sistema Único de Saúde.

### ***A Clínica Integrada na Atenção em Saúde Bucal: a experiência da formação no curso de Odontologia da Universidade de Pernambuco, Campus Arcoverde***

O curso de bacharelado em Odontologia da Universidade de Pernambuco, *campus* Arcoverde, tem duração de 5 anos e contempla em sua Matriz Curricular eixos das Ciências Biológicas e da Saúde, das Humanidades e Ciências Sociais e das Ciências Odontológicas, distribuídos ao longo de 10 períodos letivos. Os componentes curriculares das Ciências Odontológicas são organizados de forma interdisciplinar, num modelo de Clínica Integrada alinhado de acordo com os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (Atenção Primária ou Básica, Atenção Secundária e Atenção Terciária) num eixo denominado “Atenção à Saúde” (Quadro 3). Neste modelo curricular não existe prática clínica fragmentada por especialidade ou disciplina, o que proporciona ao discente uma vivência da atenção à saúde bucal em Clínica Integrada desde o início de sua formação profissional.

**Quadro 3 – Distribuição dos componentes curriculares do curso de Odontologia da UPE, Campus Arcoverde, no eixo de Atenção à Saúde**

<b>Nível de atenção</b>	<b>Componente curricular</b>	<b>Período</b>
<b>ATENÇÃO BÁSICA</b>	Atenção Básica em Saúde Bucal I	<b>4º</b>
	Atenção Básica em Saúde Bucal II	<b>5º</b>
	Atenção Básica em Saúde Bucal III	<b>6º</b>
	Atenção Básica em Saúde Bucal da Criança e do Adolescente I	<b>6º</b>
	Atenção Básica em Saúde Bucal da Criança e do Adolescente II	<b>7º</b>
<b>ATENÇÃO SECUNDÁRIA</b>	Atenção Secundária em Saúde Bucal I	<b>6º</b>
	Atenção Secundária em Saúde Bucal II	<b>7º</b>
	Reabilitação Oral I	<b>6º</b>
	Reabilitação Oral II	<b>7º</b>
	Reabilitação Oral III	<b>8º</b>
<b>ATENÇÃO TERCIÁRIA</b>	Atenção Terciária em Saúde Bucal	<b>8º</b>
<b>ATENÇÃO INTEGRAL</b>	Atenção Integral em Saúde Bucal I	<b>8º</b>
	Atenção Integral em Saúde Bucal II	<b>9º</b>
	Atenção Integral em Saúde Bucal III	<b>10º</b>
<b>ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA</b>	Assistência de Urgência em Saúde Bucal I	<b>9º</b>
	Assistência de Urgência em Saúde Bucal II	<b>10º</b>

Fonte: Projeto Político – Odontologia – Arcoverde, UPE. (2011)

## **A Atenção Básica em Saúde Bucal**

Os componentes curriculares que agregam os conteúdos referentes ao nível da Atenção Básica são distribuídos em dois módulos: o módulo de Atenção Básica em Saúde Bucal e o módulo de Atenção Básica em Saúde Bucal da Criança e do Adolescente.

Dessa maneira, o módulo de Atenção Básica em Saúde Bucal (ABSB) é composto por três componentes curriculares (ABSB I, ABSB II e ABSB III), tem início no 4º período do curso e fomenta o raciocínio do discente nas principais situações que envolvem as clínicas de linha base neste nível de atenção (Estomatologia, Cirurgia Bucal, Dentística Restauradora, Endodontia e Periodontia) (UPE, 2011). Inicialmente, eles são treinados para o desenvolvimento de habilidades odontológicas em laboratórios pré-clínicos, visando a construção de competências para execução dos procedimentos preventivos e curativos realizados no âmbito da ABSB, que incluem o diagnóstico das principais afecções orais, execução de técnicas anestésicas, procedimentos para adequação do meio bucal, tratamento periodontal básico, biópsias simples, exodontias simples, abertura coronária e medicação intracanal, restaurações em cimento em ionômero de vidro, em amálgama e em resina composta fotoativada, assim como o conhecimento de medicações e materiais odontológicos envolvidos na realização desses procedimentos e assistências às emergências médicas em Odontologia e suporte básico de vida.

Após as práticas laboratoriais, os discentes têm a oportunidade de aplicar estes conceitos através de aulas práticas em Clínica Integrada, com pacientes reais e em ambientes não artificializados sob a supervisão dos docentes. Durante as atividades clínicas, são elaborados os Planos Terapêuticos Individuais (PTIs), instrumentos para o planejamento das práticas clínicas construídos coletivamente pelo discente, docente e usuário (paciente) em questão, em que há a especificação detalhada de todas as etapas e procedi-

mentos do tratamento a ser executado durante as práticas clínicas dos componentes curriculares de ABSB, de acordo com as competências já estabelecidas pelo discente naquele momento. Quando a necessidade do paciente está além da resolutividade deste nível de atenção, os discentes são orientados a referenciar o indivíduo para atendimento especializado no Centro de Especialidades Odontológicas do município ou para os colegas que estão cursando componentes curriculares mais avançados, como o de Atenção Secundária em Saúde Bucal II, recebendo, posteriormente, a contrarreferência para continuidade e manutenção do tratamento, fomentando nos discentes o desenvolvimento de responsabilização sociossanitária, uma das competências do profissional generalista da Atenção Básica enquanto coordenador do cuidado.

O módulo de Atenção Básica em Saúde Bucal da Criança e do Adolescente (ABSBCA) é composto por dois componentes curriculares (ABSBCA I e ABSBCA II) e introduz os discentes do 6º período aos conceitos teórico-práticos necessários à compreensão das especificidades da assistência odontológica na faixa etária de 0 a 14 anos. A opção por separar as atividades clínicas de atendimento a crianças e adolescentes do atendimento a adultos neste primeiro momento da formação se deu na tentativa de proporcionar um ambiente mais controlado e um acompanhamento mais próximo por docentes com formação em Odontopediatria e Ortodontia Preventiva, até que os futuros cirurgiões-dentistas adquiram mais segurança no manejo destes pacientes.

## **A Atenção Secundária em Saúde Bucal**

Na Atenção Secundária em Saúde Bucal estão os conteúdos referentes aos procedimentos especializados em Odontologia. De acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal, os equipamentos de saúde responsáveis por prestar assistência neste nível de atenção são os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDs), que ofertam prioritariamente as especialidades da Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Endodontia, Estomatologia, Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, Periodontia e Prótese Dentária (BRASIL, 2008; BRASIL, 2004). Dessa forma, os componentes curriculares deste nível são organizados em dois módulos: Atenção Secundária em Saúde Bucal e Reabilitação Oral.

O módulo de Atenção Secundária em Saúde Bucal (ASSB) é dividido em dois componentes curriculares: na ASSB I, o discente recebe os subsídios teóricos e laboratoriais para a realização de procedimentos especializados em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Endodontia, Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e Periodontia. Os conteúdos específicos da Estomatologia são abordados de forma interdisciplinar com os conteúdos da Patologia Oral e Imagiologia Odontológica e demais áreas do diagnóstico de condições bucais e sistêmicas de interesse para a Odontologia, num componente curricular denominado “Diagnóstico Oral”, ministrado no 3º período, previamente à introdução do discente no ambiente clínico. Já o componente curricular ASSB II é totalmente clínico e obedece a um fluxo assistencial ordenado e sistematizado de refe-

rência e contrarreferência. Os pacientes atendidos durante essas atividades clínicas são encaminhados pelas Equipes de Saúde Bucal da rede municipal de saúde ou pelos discentes que estão cursando os componentes do módulo de Atenção Básica em Saúde Bucal, de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela gestão municipal em parceria com a Universidade. Assim, na ASSB II os discentes realizam os procedimentos especializados e realizam a contrarreferência dos usuários para continuidade e manutenção do seu tratamento no nível primário.

Os procedimentos realizados em cada especialidade no âmbito da ASSB são:

- Cirurgia Buco-Maxilo-Facial: Exodontia de dentes retidos ou impactados; Exodontia complexa; Cirurgia de tracionamento dentário com finalidade ortodôntica; Cirurgia paraendodôntica; Cirurgias de tecidos moles e duros com finalidade reabilitadora; Tratamento cirúrgico dos processos infecciosos dos maxilares; e Tratamento clínico das patologias da ATM.
- Endodontia: Tratamento endodôntico de dentes permanentes unirradiculares e multirradiculares; Tratamento endodôntico de dentes decíduos e permanentes jovens; e Retratamento endodôntico.
- Estomatologia: Semiotécnica para diagnóstico; e Manejo clínico e cirúrgico-ambulatorial de patologias orais e maxilofaciais.

- Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais: Nesta especialidade são realizados procedimentos da Atenção Básica em usuários com alguma necessidade de manejo especial (pessoas com deficiência, gestantes, portadores de doenças sistêmicas, entre outros).
- Periodontia: Raspagem e alisamento radicular subgingival com e sem cirurgia de acesso; Cirurgia periodontal para dentística restauradora; Remoção cirúrgica de aumento de volume gengival; e Tratamento de lesões de furca.

No módulo de Reabilitação Oral (RO) os discentes são introduzidos progressivamente aos procedimentos clínicos e laboratoriais envolvidos no diagnóstico da necessidade, planejamento e execução de reabilitações envolvendo clareamento dentário, restaurações diretas complexas, próteses fixas, próteses parciais removíveis, próteses totais removíveis, próteses sobre implante e próteses bucomaxilofaciais, atento às carências dos pacientes e proporcionando a sua reintegração funcional e social (UPE, 2011). As competências estabelecidas nos três componentes curriculares deste módulo (RO I, RO II e RO III) são colocadas em prática na assistência clínica a partir do 8º período, nos componentes da Atenção Integral em Saúde Bucal, que serão abordados posteriormente neste capítulo.



## **A Atenção Terciária em Saúde Bucal**

Neste arranjo curricular, os conteúdos referentes aos cuidados em saúde bucal no âmbito hospitalar se concentram em um componente curricular denominado Atenção Terciária em Saúde Bucal, ministrado no 8º período do curso. O objetivo deste componente é fornecer aos discentes as noções básicas de ambientação e funcionamento do hospital, tal como possibilitar o reconhecimento e condução inicial dos casos que necessitam de cuidados de alta complexidade em saúde bucal, com ênfase em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e no manejo odontológico de pacientes oncológicos.

Além da carga horária teórico-laboratorial, o componente fornece aos discentes a vivência prática da Atenção Terciária por meio de plantões em unidades de saúde que possuem serviços regionais de referência no atendimento de urgência e emergência ao trauma buco-maxilo-facial. Durante essas práticas, é possível acompanhar a rotina da equipe de saúde bucal que atua em ambiente hospitalar e até realizar procedimentos de menor complexidades, sob supervisão dos preceptores. Ainda, nos períodos subsequentes, é facultado ao discente cumprir carga horária de estágio curricular em ambiente hospitalar.

Esta vivência contribui para a solidificação de competências necessárias para a atuação do cirurgião-dentista em equipes multiprofissionais e em todos os níveis de atenção do sistema de saúde vigente, como preconizado pelas DCN (BRASIL, 2002).

## **A Integralidade do cuidado na clínica integrada em Saúde Bucal**

A partir do 8<sup>a</sup> período, quando o discente já estabeleceu as habilidades e as competências iniciais para o cuidado em saúde bucal nos níveis primário e secundário, ele é inserido no módulo de Atenção Integral em Saúde Bucal (AISB). Este módulo é composto por três componentes curriculares eminentemente clínicos, onde os futuros cirurgiões-dentistas são responsáveis pela captação, diagnóstico e condução dos casos, disponibilizando a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do paciente, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, de forma que seja garantida a integralidade do cuidado no âmbito acadêmico e em articulação com a rede municipal de saúde.

Nesse contexto, entende-se por integralidade do cuidado uma diretriz do Sistema Único de Saúde, que garante ao usuário o acesso a níveis mais complexos do sistema, sempre que for necessário.

Assim, nas clínicas de AISB, os discentes realizam desde procedimentos preventivos e curativos básicos no âmbito das linhas de base da Clínica Odontológica (Estomatologia, Cirurgia Bucal, Dentística Restauradora, Endodontia, Periodontia e Odontopediatria), assimilados desde o módulo de ABSB, até procedimentos de média complexidade das especialidades ofertadas pelos serviços de saúde bucal no SUS (Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Endodontia, Estomatologia, Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, Periodontia e Prótese Dentária), aprendidos

nos módulos de ASSB e RO, além de coordenar o cuidado e conduzir corretamente os casos que necessitam de assistência em âmbito hospitalar, caracterizando uma prática clínica Integral e Integrada.

### **Assistência odontológica de urgência e o atendimento à demanda espontânea**

A assistência de urgência é caracterizada pelo atendimento a usuários com processos agudos que demandam assistência clínica ou cirúrgica, com risco de evolução para complicações mais graves, sem, no entanto, haver risco iminente de morte.

O módulo de Assistências de Urgência em Saúde Bucal (AUSB) contempla dois componentes curriculares com carga horária totalmente clínica para o acolhimento com classificação de risco e assistências às situações de sofrimento agudo ou evolução de risco (dor, hemorragia, trauma dentoalveolar, abscessos sintomáticos, lesão com suspeita de malignidade), condições onde a estética está extremamente comprometida e tem alto grau de significância para o usuário naquele momento e alta vulnerabilidade social com necessidade imediata de vínculo. Tendo em vista o fato de que a assistência à saúde é pautada pela incerteza da demanda, os discentes vivenciam um processo de sistematização e organização de uma demanda espontânea em Pronto Atendimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, os autores buscaram apresentar dois modelos novos de organização das clínicas odontológicas integradas, que funcionam em universidades públicas do interior do Nordeste do Brasil. De acordo com as DCN, os cursos de graduação em Odontologia devem construir o seu projeto pedagógico de maneira coletiva e democrática, voltado para a realidade social ao qual estão inseridos, tendo o estudante como agente central da aprendizagem, e o professor como um facilitador e mediador do processo de ensino-aprendizagem. Além disso, é necessário que o estudante desenvolva a capacidade de aprender a aprender, que veja o paciente em sua integralidade e desenvolva competências e habilidades para mudar a realidade socio-sanitária local em benefício da sociedade.

Os dois cursos aqui analisados foram criados a partir da política de interiorização da Educação Superior e têm seus currículos construídos com o objetivo de formar profissionais para a transformação da realidade em que estão inseridos. Suas experiências com a clínica integrada se assemelham por ela permear todo o curso, contemplando uma complexidade crescente da assistência.

Apesar de apresentarem diferenças estruturais em sua organização, principalmente no que tange ao primeiro contato do discente com as práticas clínicas, ambos os cursos têm em seus componentes curriculares elementos capazes de atender aos pressupostos das DCN, considerando a lógica do aprendizado contínuo, o aumento da complexidade das ações e o desenvolvimento de competências gerais e habilidades específicas imprescindíveis para a for-

mação do cirurgião-dentista generalista, humanista, crítico e reflexivo, com visão integral do paciente e habilidade para atuação nos principais serviços de saúde bucal do SUS.

No entanto, há desafios que precisam ser superados na formação em odontologia. A interdisciplinaridade, quando presente, ocorre apenas entre as especialidades. Além disso, inexistente um diálogo entre o ciclo básico e o ciclo profissionalizante, impedindo a integração do conhecimento. Outra dificuldade está na construção da integralidade da assistência, uma vez que a formação em Odontologia está fragmentada em especialidades, impedindo que haja uma clínica integrada de fato.

Diante do exposto, os autores acreditam que não há, ainda hoje, um modelo ideal de organização curricular para a formação em clínicas integradas para os cursos de Odontologia. Estas, portanto, devem ser provenientes de intensas discussões entre todos os atores sociais envolvidos (docentes, discentes, usuários, gestores e corpo técnico), levando em consideração as diferenças regionais, disparidades sociais, perfil epidemiológico e necessidade de acesso aos serviços da população, de forma que sejam minimizadas as barreiras e fortalecidas as potencialidades da integração curricular na transformação da Educação Odontológica no Brasil.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, dez. 2010.

ARRUDA, W. B. *et al.* Clínica Integrada: o desafio da integração multidisciplinar em odontologia. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 14, n. 1, p. 51-55, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. Conselho Nacional de Educação. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 25, 7 dez. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Especialidades em Saúde Bucal**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

CARVALHO, A.C.P. Ensino de odontologia no Brasil. *In*: CARVALHO, A. C. P.; KRIGER, L. **Educação Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2006. p. 5-16.

FERRETTI, L.H. *et al.* Avaliação discente e as Diretrizes Curriculares Nacionais – realidade das clínicas integradas da UNIVILLE. **Revista da ABENO**, v. 12, n. 2, p. 155-62, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **IBGE Banco de Dados Agregados / Sistema IBGE de Recuperação Automática –SIDRA**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/home/cnt/brasil>. Acesso em: 02 dez. 2017.

LAMERS, J.M.S. *et al.* Mudanças curriculares na educação superior em Odontologia: inovações, resistências e avanços conquistados. **Revista da ABENO**, v. 16, n. 4, p. 2-18, 2016.

MENEZES, J. D. V. **Cláudio Ferreira de Melo**: o arquiteto da ABENO. Fortaleza: Imprece Editorial, 2012. 80p.

PEREIRA, W. Uma história da Odontologia no Brasil. **História e Perspectivas**, v. 47, p. 147-173, 2012.

PROGRAMA NACIONAL DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Fundação João Pinheiro (FJP)*. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. Brasília, 2013.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA. **Projeto Político Pedagógico – Odontologia**. Araruna, 2014.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO. **Projeto Político – Odontologia**. Arcoverde, 2011.

ZILBOVICIUS, C. **Implantação das Diretrizes Curriculares para cursos de graduação em Odontologia no Brasil**: contradições e perspectivas. 2007. 211 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

## ○ CAPÍTULO 4

# ENSINO DE HUMANIZAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: ABORDAGEM DO CURRÍCULO E DAS PERCEPÇÕES DOCENTES

Claudia Maria Fernandes  
José Maria Ximenes Guimarães  
Antônio Fernandes Filho  
Aretha Feitosa de Araújo  
Ana Ruth Macedo Monteiro  
Erasmus Miessa Ruiz

## INTRODUÇÃO

Tem-se observado crescente esforço com vista à reorientação da formação em saúde no Brasil, a qual busca superar a racionalidade biomédica, na perspectiva de uma abordagem ampliada da saúde, considerando-se as determinações do processo saúde-doença, bem como as singularidades dos sujeitos. Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN dos cursos de graduação na área da saúde, em curso desde 2001, com reformulações em 2014, estabelecem direcionamentos para a formação dos profissionais de modo a atender às necessidades do sistema de saúde brasileiro. Entre estes, destaca-se a inserção das humanidades e humanização da atenção à saúde como dimensão necessária no delineamento do perfil dos profissionais de saúde.

Nesses termos, problematizar a humanização nas práticas de ensino na saúde, torna imperativo concebê-la como processo de construção que envolve a si mesmo, os outros e seus entornos, envolve os conhecimentos formais e as percepções, considera a possibilidade de produção e de transformação de saberes e práticas em saúde (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2011).

A inserção da humanização na formação do profissional de saúde constitui condição fundamental para realização do cuidado integral, da promoção da saúde e da valorização dos aspectos subjetivos e socioculturais inerentes ao processo doença-saúde-cuidado. Consoante essa afirmativa, Goulart e Chiari (2010) ponderam que um dos caminhos para que se possa ter profissionais, cujas práticas sejam fundamentadas nas dimensões da humanização do cuidado, é instituí-la no currículo e nas práticas pedagógicas, particularmente nos cenários de práticas em saúde, como fundamento da formação acadêmica, o que terá como consequência uma atuação no mundo do trabalho voltada à reorientação do modelo de atenção, respeitando a valorização de sujeitos e coletivos (CASATE; CORRÊA, 2012).

Dessa maneira, entende-se que o desenvolvimento de práticas de saúde pautadas nas dimensões da humanização, requer desde a formação profissional, a articulação entre conceitos, percepções e práticas, que permitam a construção de uma postura ético-política comprometida com produção de saúde, no âmbito individual e coletivo, como direito de cidadania.

Apesar de não ser consenso encontrar nos currículos dos cursos da saúde, disciplinas ou atividades específicas



relativas ao processo de humanização, intui-se que, ao menos a profissão que possui seu objeto de ação no cuidado tenha condições de construir, compreender e facilitar atitudes humanizadas que reconheçam o outro como um ser complexo e único (LAZZARI; JACOBS; JUNG, 2012).

No âmbito da graduação em Enfermagem, tradicionalmente orientada pela racionalidade técnico-científica, pautada no modelo biomédico, as DCN estabeleceram que as instituições formadoras deverão estruturar a formação de modo a assegurar que os processos ensino-aprendizagem com base em conteúdo que direcionem o discente para o desenvolvimento de compromisso ético-político com produção do cuidado, em que se atenda às necessidades sociais de saúde da população, na perspectiva de construção da integralidade e da humanização da atenção à saúde, primando pela qualidade e resolutividade do sistema de saúde (BRASIL, 2001).

Como subsídios para essa formação orientada para a humanização do cuidado, o Conselho Nacional de Educação e a Câmara de Educação Superior (CNE/CES), por meio do Parecer CNE/CES 1133/2001, de 07 de agosto de 2001, instituiu as DCN do curso de graduação em Enfermagem subsidiando os docentes a:

Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a *aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2001; p. 4).

De acordo com as DCN, a formação do enfermeiro tem por objetivo adotar o profissional dos conhecimentos requeridos para exercer diversas competências como a atenção à saúde, para a qual deve estar apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Suas ações e serviços deverão ser realizadas dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo como responsabilidade da atenção à saúde a resolução de problemas de saúde, no nível individual e coletivo (BRASIL 2001).

Desse modo, não é suficiente que os cursos apresentem a intencionalidade de orientar a formação com base na humanização em seus Projetos Pedagógicos. Ou, ainda, que os currículos apresentem disciplinas cujos conteúdos abordem temáticas relacionadas à humanização. Faz-se necessário que haja articulação entre a teoria e a prática assistencial, entre o agir pedagógico e as práticas de cuidado, entre o assistir/agir pelo enfermeiro e o existir do paciente. É necessário um aprendizado sobre humanização, de modo que seja possível traduzir o aprendizado teórico em habilidades e atitudes no processo de produção de saúde. Todavia, na ausência dessa relação não há mudanças no contexto assistencial (ALMEIDA; CHAVES, 2013).

Considera-se que para a formação integral desse profissional “cuidador”, além das disciplinas inseridas nos currículos, é relevante que o profissional atribua sentido ao “cuidar”, como categoria reconstrutiva capaz de potencializar as práticas assistenciais, promovendo um diálogo aberto e produtivo. É essencial vincular o cuidar nas prá-

ticas de saúde com desenvolvimento de atitudes e espaços promotores de intersubjetividades, de exercício de um saber prático para a saúde, apoiados nas tecnologias sem deixar que elas impeçam as ações em saúde (AYRES, 2009).

As DCN em enfermagem ao orientarem a estruturação e dinâmica dos cursos, direcionam a adequação da formação às necessidades do SUS. Dessa forma, a construção de Projetos Pedagógicos de Cursos - PPC deverá ocorrer coletivamente nas Instituições de Ensino Superior - IES, de modo a delinear um perfil do formando/egresso, primando para uma boa formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitados a atuar em conformidade com o modelo de atenção proposto pelas políticas de saúde em vigência no SUS (ALMEIDA, 2007).

Corroborando com esse entendimento, considera-se que dimensões concernentes à humanização devem estar inscritas nos currículos dos cursos de graduação em enfermagem, com vistas ao desenvolvimento de habilidades para a intervenção nos processos de trabalho e nas práticas de cuidado, considerando os princípios e as diretrizes do SUS. Dessa maneira, os currículos dos cursos da área de saúde devem estar dentro de um modelo que privilegie tanto a técnica e a competência, quanto a integralidade e a humanização, a resolutividade e o senso de responsabilidade social.

Sendo assim, compreendemos que os modelos político-pedagógicos dos cursos de enfermagem devem também estar interligados ao cotidiano dos processos de trabalho, em que a sua formação seja construída num contexto da integralidade e inseparável do cuidar, gerir e formar. Essa associação deve estar presente nas práticas assistenciais, materializadas nos sujeitos envolvidos para a construção do

cuidado. A formação docente deve ter uma atitude transdisciplinar, capaz de produzir, acolher, gerir, fazer a escuta, compartilhar saberes e diferentes modos de estar. Como sinalizam Benevides e Passos (2005), é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um outro mundo possível, para uma outra saúde possível.

Desse modo, elegemos como objeto deste estudo o ensino de humanização na formação do(a) enfermeiro(a), considerando a interlocução entre o agir pedagógico e as práticas de cuidado em saúde. Nesse sentido, buscamos analisar a formação do graduando em Enfermagem no concernente à articulação teórico-prática da humanização na atenção à saúde em Universidade Pública do Estado da Paraíba.

## **TRATAMENTO METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, numa perspectiva analítico-crítica.

Assim, elegeu-se como caso o curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFPB, mais especificamente, o *campus* de Cajazeiras - PB, que oferta 60 vagas/ano. A Instituição aderiu ao Exame Nacional do Ensino Médio - ENEM como forma de ingresso. O referido curso foi implantado em 2005.1, tem a duração mínima de nove e máxima de 14 períodos letivos, cujo currículo é integralizado em 3.975 horas, destas, 3.135 são referentes aos componentes curriculares básicos, específicos, complementares obrigatórios, optativos e eletivos; as demais 840 horas correspondem aos estágios supervisionados. Integra, administrativamente, a UAENF e conta com 28 do-

centes efetivos e cinco substitutos, dentre eles, doutores, mestres e especialistas. O número de discentes matriculados, em 2015.1, correspondia a 265. O cenário de práticas dos alunos do curso de Enfermagem é composto pelo laboratório de habilidades da instituição e pelos serviços integrantes da rede de atenção à saúde instalada no município de Cajazeiras.

Para fins deste estudo, foram considerados como participantes os docentes com disciplinas ofertadas no período de realização da pesquisa. Haja vista, a amostra qualitativa, delimitada intencionalmente, foi composta por sete professores. Como critérios de inclusão na pesquisa estabeleceu-se: compor do quadro de professores do curso de Enfermagem da UFCG - Cajazeiras e ministrar disciplinas cujas ementas apresentem conteúdos relacionados à humanização. Foram excluídos aqueles que estavam afastados da IES, com licença para tratamento de saúde e não aceitaram participar da pesquisa.

A obtenção do material empírico ocorreu no período de dezembro de 2015 a março de 2016, processada em duas fases: na primeira procedeu-se a análise documental, cujos documentos selecionados foram o Projeto Pedagógico do Curso, as ementas e planos de ensino das disciplinas do Curso de Enfermagem da UFCG - Cajazeiras; na segunda, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os docentes.

Ressalta-se que na análise documental foram identificadas 45 ementas de disciplinas obrigatórias, distribuídas por eixos do curso de enfermagem UFCG - Cajazeiras - PB, das quais oito mencionam conteúdos relacionados à humanização. A análise documental exige do pesquisador a sensibilidade, a intencionalidade e a competência teóri-

ca, partindo do acesso à seleção do acervo documental, a análise dos dados até a comunicação dos resultados constituindo-se em um processo sistemático (SILVA *et al.*, 2009).

O material empírico apreendido da análise documental e das entrevistas foi processado e analisado com base na análise de conteúdo temática, conforme proposto por Minayo (2014). Nesta perspectiva, a análise seguiu passos operacionais, os quais permitiram o estabelecimento de relações entre as fontes distintas, bem como a articulação entre o material empírico e o referencial teórico-metodológico, na perspectiva de responder aos questionamentos e objetivos norteadores do estudo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob número de Parecer nº 1.382.054. No sentido de assegurar o anonimato de todos os participantes, as falas apresentadas nos resultados estão codificadas de acordo com a ordem de realização das entrevistas. Assim, os docentes estão expressos com a letra D, seguida de um número ordinal (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A discussão aqui desdobrada sobre a humanização na formação em Enfermagem envolve dimensões relacionadas às concepções dos docentes e à reflexão na análise documental do projeto pedagógico do curso. A discussão dos resultados foi centrada no agir pedagógico e seus desafios no que diz respeito ao ensino de humanização em saúde como necessária ao perfil do(a) profissional enfer-

meiro(a), tal como por se constituir condição necessária à transformação das práticas sanitárias. Assim, foram estruturadas duas categorias empíricas, a saber: **Categoria 1.** Humanização na graduação em Enfermagem: currículo, práticas e desafios pedagógicos; **Categoria 2.** Os sentidos da humanização na formação em Enfermagem.

## **Humanização na graduação em Enfermagem: currículo, práticas e desafios pedagógicos**

Nesta seção, a discussão recai sobre os aspectos relacionados ao ensino de humanização na graduação em Enfermagem, considerando sua dimensão formal e objetiva, assim como a subjetividade que demarca os traços constitutivos da experiência dos participantes do estudo, particularmente no concernente às práticas pedagógicas nos cenários de formação. Cabe destacar que, na análise do material empírico, particularmente os documentos eleitos para estudo, buscou-se identificar a inserção de conteúdos relacionados à humanização, considerando sua dimensão teórico-conceitual – por meio de termos como sujeito, humano, humanização, humanismo –, ou ainda à dimensão de política pública – a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde - PNH, em seus princípios, diretrizes e dispositivos.

No Projeto Pedagógico do curso está estabelecido como perfil de formação que o enfermeiro deve ser generalista, humano, crítico-reflexivo, baseado no rigor científico. Para tanto, o ensino em Enfermagem deve-se pautar na observância da realidade regional e local, com vistas ao

desenvolvimento de um modelo humanista e crítico de profissional de enfermagem, em que o centro do assistir deixa de ser a técnica, que fundamenta o modelo biomédico, cedendo espaço para o cuidado humano (UFMG, 2004).

Convém assinalar que, de modo geral, o referido documento foi elaborado por ocasião da implantação do curso, guardando estreita relação com as diretrizes curriculares vigentes naquele momento, as quais já estabeleciam o perfil de formação do enfermeiro com perfil generalista e humanístico (UFMG, 2004).

Em relação à construção do conhecimento, no âmbito do Projeto Pedagógico, é concebida “como possibilidade de emancipação humana, como espaço de convivência e diálogo, entendendo a educação como fator integrativo ao sistema em que se vive” (UFMG, 2004, p. 21).

Considerando a produção do cuidado, dimensão fundamental do trabalho do enfermeiro, o Projeto Pedagógico do curso define que:

[...] Toda a prestação de cuidado é realizada por sujeitos portadores de valores, de cultura e de ideologias. Esses valores permeiam as práticas dos cuidadores de saúde. O cuidado, por seu turno, envolve contato humano, escuta, construção de vínculos, agenciamento de experiências subjetivas e capacidade imaginativa de ver o outro, como outro de nós (UFMG, 2004, p. 6). (**Grifo nosso**)

Evidencia-se, assim, uma proposta de ensino que, do ponto de vista formal, prima pelo desenvolvimento de valores e atitudes que valorizem não somente a formação técnica, mas, também, a formação humana, mediante a valorização das relações intersubjetivas operadas nos processos de ensino-aprendizagem.



Nesses termos, o documento adota uma concepção de humanização com vista a subsidiar as práticas pedagógicas: humanizar em saúde é resgatar o respeito à vida humana. Estabelece como diretriz que é relevante humanizar a produção do conhecimento para a compreensão do ser humano na sua totalidade. Por conseguinte, a humanização também está inscrita e constitui um dos objetivos do curso de Enfermagem, qual seja “atuar fundamentado em conhecimentos científicos, tecnológicos e humanísticos, pautado em princípios éticos, nos diversos níveis de atenção à saúde” (UFCG, 2004).

No cerne do debate sobre a (re)orientação da formação em saúde, a qual deve estar em consonância com os princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileiro, permeado por valores democráticos, é mister refletir sobre as propostas curriculares, nas quais muitas vezes alguns referenciais teóricos e grupos de interesse se contrapõem: formação técnica *versus* formação integral, fragmentação *versus* articulação de conhecimentos, atenção primária à saúde *versus* atenção hospitalar, métodos tradicionais de ensino *versus* métodos crítico-reflexivos. Contudo, tem-se aberto espaço para a inserção de novos conteúdos, estratégias de ensino e construção de novos desenhos de currículo, onde o ensino de humanização também tem sido inserido (CASATE; CORREA, 2012; ALMEIDA, 2007).

Esta contraposição apontada por Casate e Corrêa (2012) parece se reproduzir em distintos espaços de formação. Assim, evidenciou-se que no processo de implantação do curso de Enfermagem sob análise, embora fosse inovador e atendesse a uma demanda social da região, ocorreu

um descompasso entre a sua proposta pedagógica, particularmente na dimensão voltada à formação integral e ao ensino de humanização, e as estratégias de ensino voltadas à sua implementação, pois naquele momento, das 45 disciplinas constantes na matriz curricular, apenas duas inseriram temas relacionados à humanização em suas ementas, quais sejam: Antropologia Filosófica e Enfermagem em Saúde da Mulher (UFCG, 2004).

Diante dessa evidência, buscou-se outras fontes que permitissem confirmá-la ou não. Para tanto, foram analisados os planos de disciplinas do curso. Desta feita, sete disciplinas apresentam termos ou conteúdos relacionados à humanização, conforme demonstrado no quadro 1, a seguir.

**Quadro 1 – Ensino de humanização na graduação em Enfermagem da UFCG - Cajazeiras, segundo as disciplinas do curso. Fortaleza, 2018**

<b>Disciplina</b>	<b>Termos/conteúdo de humanização</b>
Antropologia Filosófica	Entre os <b>objetivos</b> : abordar o ser humano como ser cultural; despertar para a necessidade do ser humano conhecer-se a si mesmo; situar o ser humano em sua historicidade; compreender o ser humano em sua condição de ser livre.
	<b>Conteúdos</b> : não identificados.
Psicologia Aplicada à Saúde	Entre os <b>objetivos</b> : abordar a relação enfermeiro e enfermo.
	<b>Conteúdo</b> : Os processos de desenvolvimento humano.
Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso	Entre os <b>objetivos</b> : Reconhecer os direitos dos pacientes de forma a adotar uma postura adequada no trato do adulto, idoso e seus respectivos familiares, inclusive na comunidade na qual estão inseridos.
	<b>Conteúdo</b> : Políticas de saúde dos idosos, caderneta de saúde do idoso; Prioridades na atenção à saúde do idoso.

<b>Disciplina</b>	<b>Termos/conteúdo de humanização</b>
Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente	Entre os <b>objetivos</b> : proporcionar habilidades e competências, objetivando formar alunos ativos e reflexivos na práxis da atenção humanizada à saúde da criança e adolescente.
	<b>Conteúdo</b> : políticas públicas de atenção à saúde da criança e adolescente; abordagem integral à criança.
Enfermagem Cirúrgica II	Entre os <b>objetivos</b> : proporcionar conhecimentos e habilidades ao estudante, para que este, através de uma postura humanizada, assista ao paciente cirúrgico no transoperatório e pós-imediato, aplicando a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória.
	<b>Conteúdos</b> : Sistematização da Assistência de Enfermagem
Enfermagem em Emergência e UTI	Entre os <b>objetivos</b> : não identificado.
	<b>Conteúdo</b> : centrado na PNH - Acolhimento e classificação de risco.
Enfermagem em Saúde da Mulher	Entre os <b>objetivos</b> : contextualizar sobre a PNH do parto e puerpério.
	<b>Conteúdo</b> : centrado na PNH: humanização do parto e puerpério.
Enfermagem em Saúde Mental	Entre os <b>objetivos</b> destaca-se: desenvolver práticas fundamentadas na clínica ampliada e integral em saúde mental.
	<b>Conteúdos</b> centrados na PNH: redes de atenção à saúde; matricialmente em saúde mental; clínica ampliada, integralidade e intersetorialidade.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os planos de disciplinas apresentados pelos docentes a cada semestre letivo, revelam maior inserção de conteúdos relacionados à humanização, quando comparada ao Projeto Pedagógico do curso. Não foi possível, contudo, identificar os determinantes deste descompasso. Convém assinalar que algumas disciplinas não apresentam conteúdos especí-

ficos de humanização, apenas temas que se articulam com os princípios, diretrizes e/ou dispositivos da PNH.

Não obstante, entende-se que parece não haver uma determinação institucional sistematizada com esta finalidade. Assim, a abordagem da humanização à saúde constitui iniciativa individual de cada docente. Nesse sentido, revelam que possuem autonomia para formular seus planos de ensino.

[...] Nós temos, enquanto professor, autonomia de organizar o nosso plano de ensino a partir da ementa que nos é dada. (D2)

Por outro lado, as mudanças inseridas no processo de implantação do SUS, entre outros, podem ter se constituído determinante para que tais professores passassem a abordar a humanização em suas disciplinas, o que configura compromisso com formação, contextualizando-a na realidade do sistema de saúde. Nesses termos, convém assinalar que, em 2004, ano de publicação do Projeto Pedagógico do Curso, o contexto da atenção à saúde no SUS era marcado por programas pontuais de humanização voltados ao parto e ao nascimento, tal como à atenção hospitalar (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Isso poderá configurar como razão pela qual apenas a disciplina de Enfermagem em Saúde da Mulher, era a única do eixo de formação profissional específica do curso de Enfermagem que já apresentava conteúdos de humanização.

Conseqüentemente, começou-se a intensificar o processo de implantação de Redes de Atenção à Saúde, desde 2011 (MENDES, 2011), sendo algumas consideradas prioritárias, a exemplo da Rede de Urgência e Emergên-

cias, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial. Nessas, foram incorporados princípios e diretrizes da PNH. Acredita-se que esse processo pode ter induzido a ampliação de disciplinas que abordam temas que configuram como diretrizes ou dispositivos da PNH (BRASIL, 2010), entre eles: direitos dos usuários – na Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso; acolhimento com classificação de risco – na Enfermagem em emergência e CTI; humanização do parto – na Enfermagem em Saúde da Mulher; matriciamento, clínica ampliada e redes de atenção – na Enfermagem em Saúde Mental. Destaca-se que a humanização, como política pública, foi lançada em 2003 e sua operacionalização na última década desencadeou processos de discussão sobre a temática no âmbito da gestão, da atenção e da formação em saúde, conferindo-lhe maior visibilidade, o que pode ter contribuído para que professores tenham adotado esses conteúdos em suas disciplinas.

Reconhece-se que a permanente inserção de conteúdos nas disciplinas, por iniciativa pessoal do docente, extrapola o estabelecido no Projeto Pedagógico. Todavia, pode configurar uma inovação, na medida em que promove ruptura com o tradicional e induz a reflexão sobre temas, problemas e situações emergentes na conjuntura do sistema de saúde, possibilitando uma formação com base na realidade concreta dos serviços de saúde no qual os discentes irão atuar (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

No plano discursivo, os docentes entrevistados complementam como se dá a inserção dos conteúdos relacionados à humanização no ensino de Enfermagem.

[...] Então, nós trabalhamos conteúdos como, por exemplo: humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. O objetivo é exatamente mostrar para o aluno que é importante, sim. Compreender sobre o foco cirúrgico, mesa cirúrgica, os instrumentos cirúrgicos. Mas, sobretudo, compreender o paciente que é o ator principal dentro daquele cenário (D2).

[...] Entre os conteúdos, eu tenho um dia de aula [...] específico que a gente discute apenas a política de humanização, o que ela traz de enriquecimento para os processos de trabalho, quanto também o que ela pode ser melhorada, o que ela significa. [...]. Eu trabalho humanização quando a gente fala sobre os processos de hospitalização e o sofrimento que está relacionado a isso, eu trabalho humanização quando a gente conversa sobre o desenvolvimento humano pra entender quais são as necessidades específicas de cada etapa do ciclo da vida (D4).

[...] No caso do idoso, especificamente, o profissional não precisa só habilidades, mas tem que ter competência do olhar, competência no falar, a comunicação de como ser estabelecida, então assim a sensibilidade na formação, levar a esse aluno a uma reflexão crítica a respeito dessa sensibilidade é muito importante, então a partir do momento que você explicita isso dentro do seu contexto eu acho primeiro que você deve tá falando em humanização (D6).

[...] Dou aula de urgência e emergência, a Política Nacional de Humanização na minha disciplina eu falo do acolhimento e da classificação de risco, eu dou todo o protocolo de Manchester que também faz parte da Política Nacional de Humanização por se tratar dentro das prioridades de atendimento. [...] eu incluo dentro dos meus conteúdos uma aula só sobre humanização na terapia intensiva, enfocando ética e bioética realizando todo o cuidado do paciente crítico em meio ambiente tanto

quanto hostil. Dou aula de humanização na terapia intensiva mostrando algumas técnicas de como humanizar, desde a lavagem das mãos, ao respeito à privacidade do paciente muitas vezes até impossibilitado de conversar de interagir, por não tá ouvindo, não fazendo comentários desnecessários ao lado do paciente (D7).

Nessa perspectiva, parece existir uma intencionalidade de reorientar a formação em Enfermagem, o que se mostra consoante às DCN (BRASIL, 2001) ao estabelecerem que a formação do enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, assegurando a integralidade, a qualidade e a humanização da atenção à saúde.

A discussão sobre as estratégias de ensino-aprendizagem no âmbito da formação em saúde tem ganhado destaque na atualidade, no esteio da necessidade de reorientação da formação em saúde, bem como na incorporação de métodos de ensino que ultrapassem os modelos tradicionais, com vista a estimular a participação e a autonomia dos discentes, considerando-os sujeitos de seu processo de aprendizagem, com capacidade crítico-reflexiva, igualmente de constituir-se profissional. Tal perspectiva mostra-se consoante à valorização de sujeitos e coletivos, quando se lida com os usuários no âmbito dos serviços de saúde, o que, por sua vez, converge para práticas de humanização da atenção à saúde proposta pela PNH (CASATE; CORREIA, 2005; BENEVIDES; PASSOS, 2005).

No curso em análise, os docentes sinalizam a utilização de distintas estratégias de ensino-aprendizagem. De início, evidencia-se uma centralidade nos métodos tradicionais de ensino, conforme está demonstrado nas falas a seguir.

[...] Aulas expositivas e dialogadas. Faço a exposição de conteúdo, mas esperando participação de todos (D3).

[...] A gente trabalha muito com textos teóricos, [...] o objetivo também não é que seja uma aula apenas expositiva é que seja uma aula dialogada, e aí nesse diálogo é que pode acontecer deles trazerem experiências, comentarem de situações que eles viram em noticiário, comentários de situações que eles viveram seja na posição de cuidado (D4).

[...] Primeiro eu ministro a aula sobre a humanização, coloco alguns casos, artigos, às vezes também rodas de conversas para ver as situações que eles já passaram no hospital nas disciplinas anteriores (D1).

[...] Eu gosto muito de trabalhar vídeos com eles sobre essa temática, mostrando pra eles essa importância além dos debates que a gente faz com artigos científicos voltados à temática [...] eu sempre faço roda de conversa coloco esses meninos pra ler esse artigo, eles leem o artigo e a gente vai ter que debater, o que foi que mais lhe chamou a atenção, quais foram as principais partes que mais lhe chamou, vamos nos colocar no lugar desse paciente aí agora (D2).

De acordo com as falas, as práticas docentes estão centradas, fundamentalmente, em aulas expositivas, leituras de textos e exibição de vídeos. Evidencia-se, ainda, em algumas disciplinas, o ensino centrado no professor, quando afirmam: “Eu acho que o estar presente em sala de aula é muito significativo” (D3). Ainda são tímidas as atividades que buscam estimular a participação do aluno numa concepção mais ativa e de autonomia.

Estratégias de ensino-aprendizagem com tais características, de acordo com Casate e Corrêa (2012), não



contribuem para maior articulação teoria e prática, estimulando nos alunos o desenvolvimento de competências e habilidades para a resolução de problemas no âmbito das práticas de saúde.

Ensinar não é apenas o repasse de informação pelos professores aos seus alunos realizada através de uma abordagem cuja transmissão está centrada na educação bancária, na qual se objetiva transferir conhecimentos e saberes do professor (que detém o saber) para pessoas com pouco conhecimento em relação à temática abordada (SCHAURICH; BEHEREGARAY; ALMEIDA, 2007).

Entende-se que as instituições acadêmicas apresentam como tarefa difícil, mas possível de ser superada, a revisão do papel de educar profissionais de saúde, buscando desenvolver no discente, entre outras habilidades, estratégias de aprender a apreender e a ser humano nos seus processos de se constituir profissional (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

De modo divergente às falas anteriores, um grupo de docentes revela que adota como estratégias de ensino-aprendizagem, as metodologias ativas, as quais valorizam o saber prévio dos alunos.

[...] Eu gosto muito também de trabalhar com metodologias problematizadoras, onde a gente traz um problema e eles tentam solucionar (D5).

[...] É eu acho importante trabalhar casos clínicos, estudos de casos na verdade, porque a gente tenta, hipoteticamente, falar numa situação que na prática ela pode acontecer, eles podem vivenciar, então é importante trazer situações hipotéticas onde a gente consegue trabalhar questões de humanização, numa assistência humanizada (D5).

[...] É a gente faz a aula interativa com situações-problema, quando eu levo situações-problema e peço para o aluno apontar os erros, as falhas, depois a gente faz um pouco da expositiva mesmo da Política (D7).

Identifica-se na fala da docente a operacionalização de metodologia problematizadora como estratégia de ensino. Essa metodologia é apresentada como estratégia inovadora na área educacional, tendo como argumento o pensamento freireano, que considera articulada com a educação, a realidade em volta do indivíduo, suas vivências e experiências, seus saberes e conhecimentos; por mostrar o pensamento crítico, reflexivo e autônomo dos educandos e do educador (SCHAURICH; BEHEREGARAY; ALMEIDA, 2007).

O ensino de humanização na graduação em Enfermagem tem encontrado diversos desafios, os quais se circunscrevem tanto no âmbito das práticas pedagógicas na execução das disciplinas teóricas, quanto no cenário das práticas nos serviços de saúde, quando da execução dos estágios curriculares.

No plano teórico, os docentes reconhecem a existência de desafios, conforme apontado a seguir.

[...] Eu acho que deve ser repensado por parte de alguns professores, claro, é o seu trato com os alunos assim como os alunos deve-se também se repensar sua prática em relação aos professores de maneira geral, mas, enfim, eu acho que essa preocupação nossa com o que tenha que acontecer em termos de humanização da saúde deva começar em sala de aula (D3).

[...] Então, eu acho que também cobrar que os professores consigam se sensibilizar mais pra importância de, é trabalhar interdisciplinarmente a

humanização, porque não adianta você trabalhar na sua disciplina superbem e você não fazer essas interlocuções (D4).

[...]. O aluno teria que ter muito mais contato com os cenários práticos, pra poder ele vivenciar aquilo. (D7)

Evidencia-se que os desafios apontados referem-se à fragmentação do ensino, no qual a humanização é abordada em disciplinas pontuais; às relações interpessoais, que parece haver desencontros entre interesses e objetivos de docentes e discentes, o que pode resultar em conflitos, onde os sujeitos não reconhecem a prática pedagógica como humanizadora; à desarticulação entre teoria e práticas de humanização; e, à carga horária insuficiente no referente à inserção nos cenários de práticas.

Nesses termos, os conteúdos referentes à humanização parecem não ser trabalhados de modo transversal no currículo do curso, do mesmo modo que não se estabelece efetivamente a horizontalidade das relações, na perspectiva de construção de grupalidade, conforme estabelecido entre os princípios da Política Nacional de Humanização que os docentes afirmam abordar em suas disciplinas (BRASIL, 2004).

Reconhece-se que a existência de conteúdos relacionados à humanização em apenas sete disciplinas, ainda constitui inexpressivo, sobretudo, quando se compara ao quantitativo de disciplinas do curso, assim como ao fato de que o Projeto Pedagógico, do ponto de vista formal, estabelece um currículo e lança diretrizes para uma formação orientada pela humanização da atenção à saúde (UFMG, 2004). Ademais, há um descompasso entre o proposto no

projeto e o que, efetivamente, se operacionaliza em sala de aula, pois os discursos revelam que a humanização não perpassa as práticas pedagógicas dos docentes, particularmente no que se refere às relações interpessoais.

## **Os sentidos da humanização na formação em Enfermagem.**

No cerne da discussão acerca da humanização na formação em Enfermagem, foram atribuídos múltiplos sentidos ao termo, os quais denotam uma racionalidade que subsidia o discurso e, ao mesmo tempo, as práticas docentes. Assim, evidencia-se que a humanização representa para docentes na graduação em Enfermagem sentidos que remetem a três dimensões: modo de produção do cuidado humano, integralidade do cuidado em saúde e aspectos relacionais na produção do cuidado.

No primeiro sentido atribuído à humanização, a ênfase recai sobre a dimensão do modo de produção do cuidado, com direcionamento para o sentido ontológico do humano, em um sentido de respeito ao outro e solidariedade como componentes intrínsecos ao processo de cuidar em Enfermagem, conforme se visualiza nas falas dos docentes a seguir.

[...] Pra mim, a humanização na saúde significa que a saúde ressaltada aí possa ter entendida com a saúde humana, ou seja, a saúde que vai ser pensada nos seres humanos, se assim é então nós teremos que pensar antes de qualquer coisa, num indivíduo que está sendo cuidado (D3).

[...] É preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, tendo como valores existenciais a sensibilidade e a solicitude na construção de uma prática voltada para o Ser, a partir do Ser (D6).

[...] É perceber o outro como você gostaria de ser percebido para que sua assistência. Você primeiro tem que ser humano (D1).

Nesse âmbito, remete-se ao sentido ontológico de humanidade. Desse modo, Bosi e Uchimura (2007) ponderam que ao se considerar a humanização como referente ao humano, ao ato de se tornar humano, faz-se necessário realizar um deslocamento para o entendimento do que está sendo chamado humano. Sob esta ótica, defendem o argumento de que o Humano está relacionado ao plano das relações intersubjetivas que ocorrem nas práticas de saúde, tendo como seu embasamento a capacidade de simbolização e construção de sentidos na relação. Ressaltam, ainda, que a relação intersubjetiva, como espaço de humanização, não se limita ao encontro entre indivíduos, mas se estabelece como relação simbólica entre sujeitos historicamente situados. Desse modo, humanizar significa possibilitar esse encontro, implicando acolhimento e diálogo.

No plano discursivo, os participantes do estudo sinalizam que a produção do cuidado de Enfermagem requer a capacidade de reconhecimento do outro e de suas necessidades. Para tanto, faz-se necessário o desenvolvimento de atitudes de valorização do humano, como condição fundamental para a humanização da atenção à saúde (CASATE; CORRÊA, 2005).

Evidencia-se uma compreensão de humanização que se opõe à valorização exagerada do conhecimento científico e da técnica, própria do modelo biomédico, em detrimento da experiência do sofrimento humano diante do adoecimento. Dessa forma, humanizar as práticas de saúde implica aproximação e compreensão das dimensões político e filosóficas que lhes imprime sentido (GOULART; CHIARI, 2010). É necessário, portanto, valorizar os processos de subjetivação que permeiam os cenários de práticas em saúde, no jogo das interações, das relações face a face que se constroem no cotidiano da atenção à saúde, pautadas no acolhimento e no diálogo horizontal entre os diferentes sujeitos.

Nesses termos, a atuação dos profissionais de Enfermagem deverá ser orientada por princípios humanísticos, os quais deverão estar presentes desde o contexto de formação dos profissionais de saúde, cujas disciplinas envolvam conteúdos relacionados aos aspectos sociológicos, psicológicos e antropológicos no âmbito da saúde, como essencial para a humanização da atenção à saúde (CASATE; CORRÊA, 2005).

Dessa forma, implementar a humanização da atenção à saúde consiste em processo de luta, no âmbito da operacionalização de uma política pública, a Política Nacional de Humanização (PNH), que se caracteriza como afirmadora de direitos dos sujeitos e deveres do Estado e de seus constituintes. Ademais, tal política revela uma concepção solidária, inclusiva e universal que reafirma os valores da solidariedade humana e da inclusão, assim como o caráter universalista, desencadeando participação,

valorização das subjetividades dos sujeitos e preocupação veemente com as demandas sociais e humanas (PASCHÉ; PASSOS, 2008).

De modo bastante consistente, a maioria dos participantes do estudo revela outra acepção de humanização que a remete ao sentido de integralidade do cuidado, considerando as necessidades de saúde do indivíduo e da família, o que aponta para o coletivo. Tal sentido se articula ao discurso de cuidado holístico que permeia a formação em Enfermagem.

[...] Significa valer o cuidado com a pessoa, respeitando, entendendo a pessoa não apenas aquele recorte de doença, mas como se por trás daquela doença existisse, ou melhor existe alguém que tem lá os seus sentimentos, que tem lá uma vida, que tem lá uma família e que precisa ser cuidado e respeitado de forma integral (D2).

[...] É verificar que eu vou pensar num indivíduo em sua contextualização social e aí eu não posso desvincular esse indivíduo da família, então, ao voltar-se para o indivíduo considerando o contexto em que ele está situado para poder melhor considerar o que se pode fazer em relação à saúde dele (D3).

[...] É uma cultura do acolher, da gentileza utilizando outras ferramentas do cuidar como o carinho, afetividade, a integralidade na assistência. O profissional de Enfermagem, desde a formação acadêmica, deve ser preparado para enfrentar a realidade complexa do mundo do cuidado (D6).

Nos discursos apresentados, os docentes consideraram relevante que o sujeito sob os cuidados de Enfermagem seja abordado em sua integralidade, considerando os aspectos biopsicossociais e culturais. Embora aparen-

temente no plano teórico, aponta-se para um modo de produzir cuidado ampliado, na perspectiva de inclusão do indivíduo e sua família nos processos de cuidar em Enfermagem, expressando uma dimensão coletiva do cuidado.

Diferentes autores do campo da Saúde Coletiva têm apontado interfaces entre humanização e integralidade (AYRES, 2009; PINHEIRO; CECCIM, 2011). De acordo com Ayres (2009), as propostas e experiências de humanização enfatizam a integralidade da atenção à saúde, sobretudo, no concernente às relações entre trabalhadores e usuários.

Quando os entrevistados apontam humanização como atenção integral, considerando a totalidade do sujeito, o sentido de humanização converge para um dos conjuntos de sentidos da integralidade apontado por Mattos (2006), qual seja um conjunto de boas práticas de saúde. Aqui está envolvida a postura dos profissionais de saúde no sentido de compreender as necessidades de saúde do usuário, superando a lógica fragmentada de produção do cuidado proposta pelo modelo biomédico.

Permeia, ainda, o plano de discursivo dos entrevistados o sentido de humanização que remete aos aspectos relacionais na produção do cuidado, conforme se evidencia nas falas a seguir.

[...] Objetivo é exatamente esse, saber acolher o paciente, é saber cuidar (D2).

[...] Humanizar é estar mais abertos ao diálogo, à escuta comprometida (D6).

[...] Eu tenho que pensar esse indivíduo é como ser humano, nas suas relações porque é considerando toda a contextualização em que ele está inserido que ele vai ser melhor tratado em termos de saúde (D3).



Evidencia-se que, ao atribuir à humanização o sentido de aspectos relacionais, os entrevistados apontam que a produção do cuidado deve ser orientada por acolhimento e escuta qualificada, mediados pela comunicação, o que requer empatia e capacidade dialógica. Nesse sentido, a humanização da atenção à saúde requer, sobretudo, a capacidade para perceber o outro, como um sujeito com potencialidades, com construção de autonomia e vínculo, estimulando a sua cidadania (RIOS, 2009).

Ressalta-se, em conformidade com Ayres (2009), que a escuta qualificada é elemento relevante na relação profissional e usuário, pois agrega valores que colaboram de maneira singular para uma orientação terapêutica eficaz. Ele considera que a escuta deve conter elementos importantes para as práticas de saúde. A escuta qualificada está também relacionada a uma comunicação entre os sujeitos. Por fim, cabe enfatizar que em diferentes estudos sobre humanização da atenção à saúde, em distintos cenários, os participantes sejam profissionais de Enfermagem, professores ou alunos de graduação, apresentam achados semelhantes a estes, pois sinalizam o acolhimento, a escuta, o vínculo e a responsabilização como dimensões relacionais necessárias à humanização em saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando o estudo em sua totalidade, acreditamos que os resultados expostos assim como a discussão ainda precisam de maiores contextualizações, embora trazendo contribuições relevantes que têm o potencial de

fomentar reflexões acerca do ensino de humanização no ensino da graduação em Enfermagem. Nesse entendimento, o estudo mostra a sua relevância acadêmica, social e política, pois seus resultados relevam as condições sob as quais ocorrem o ensino de humanização no caso em análise, bem como subsidia o delineamento de propostas para a sua melhoria nas escolas de Enfermagem.

Do ponto de vista formal, a humanização se inscreve no Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem sob análise deste estudo, desde a concepção do curso até sua operacionalidade, expressa na apresentação, nos objetivos e em algumas disciplinas na matriz curricular. No entanto, foram evidenciadas dissonâncias entre os documentos e as práticas pedagógicas no curso. Dentre estas, podem ser destacadas a sua inserção em disciplinas, inicialmente não previstas no PPC, por iniciativa pessoal dos docentes; a desarticulação entre teoria e práticas, tanto no plano pedagógico quanto no plano das práticas nos serviços de saúde, durante os estágios obrigatórios; a desarticulação do ensino de humanização entre as distintas disciplinas, caracterizando uma fragmentação própria dos currículos estruturados por disciplinas; além de dicotomias entre os discursos e a postura docente em relação à humanização, conforme relatado por discentes.

Observou-se o desenvolvimento de práticas pedagógicas tradicionais, assim como a implementação de práticas pautadas pelas metodologias ativas e maior integração ensino-serviço, caracterizando a convivência e/ou superposição de dois modelos de ensino. Os sentidos atribuídos à humanização pelos docentes parecem fun-

damentar suas práticas, tanto pedagógicas quanto as de atenção à saúde, no referente ao exercício da Enfermagem.

Entende-se que é necessário conferir maior institucionalidade ao ensino de humanização, tornando-o transversal no currículo, o que requer reestruturação do projeto pedagógico; a adoção de métodos inovadores de ensino-aprendizagem, sobretudo orientados pelas metodologias ativas de aprendizagem, com vistas a desenvolver a capacidade crítico-reflexiva, a autonomia e a aprendizagem significativa do aluno.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. V. **O ensino da humanização nos currículos de graduação em enfermagem**. 2007. 146f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

ALMEIDA, D. V.; CHAVES, E. C. O ensino da humanização nas disciplinas dos cursos de graduação em enfermagem. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 31, n. 1, p. 44-53, 2013.

ARAÚJO, M. M. L. **Análise do ensino-aprendizagem nos estágios de graduação em enfermagem: percepção de docentes**. 2014. 114f. Dissertação (Mestrado Profissional Ensino na Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2009.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. Saude coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571. jul./set. 2005.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. *In*: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 87-117.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem**. Parecer nº 1.133/2001, 07 de agosto de 2001. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 4. ed., 4 reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 219-226, 2012.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem USP**, v. 13, n. 1, p. 105-111, fev. 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

GONZALEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde- contribuições para a reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.225-268, jan. 2010.

LAZZARI, D. D.; JACOBS, L. G.; JUNG, W. Humanização da assistência na enfermagem a partir da formação acadêmica. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 2, n. 1, p. 116-124, jan./abr. 2012.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 67-114.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549p.

MINAYO, M. C. O. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. A Importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253–261, abr./jun. 2009.

SCHAURICH, D.; CABRAL, F. B.; ALMEIDA, M. A. Metodologia da problematização no ensino em Enfermagem: uma reflexão do vivido no PROFAE / RS. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 318-324, jun. 2007.

SILVA, L. R. C.; DAMACENO, A. D.; MARTINS, M. C. R.; SOBRAL, K. M.; FARIAS, I. M. S. Pesquisa documental: alternativa investigativa na Formação docente. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, IX, Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia, III. Anais... Paraná: PUCPR. 2009, p. 4555/4566.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem**. Cajazeiras: UFCG, 2004.

# ENSINO MÉDIO INTEGRAL E DOCUMENTOS NORTEADORES DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM: POSSIBILIDADES E DESAFIOS DOCENTES

Salustiana Alves Barbosa Neta  
Maria Idalice Silva Barbosa  
Maria do Socorro de Sousa

## INTRODUÇÃO

Os processos educativos que envolvem a construção de um sistema de educação de um país têm como pano de fundo uma dada concepção de mundo e um projeto de sociedade. Foi no período de governo de Getúlio Vargas, que teve início no Brasil, os primeiros sistemas orgânicos de funcionamento do Estado que viabilizariam a articulação da administração pública e da sociedade por meio da estruturação de leis e órgãos. No que diz respeito à educação, antes de responsabilidade de cada Estado, as escolas e os graus de estudos eram organizados sem nenhuma diretriz nacional e ficavam à mercê das diretrizes deste ou daquele segmento oligárquico, caracterizadas pelo improviso, informalidade e falta de planejamento das entidades responsáveis.

De acordo com Irineu Colombo, Diretor de Articulação de Projetos Especiais do Ministério da Educação (MEC),

o contexto sociocultural e econômico do Brasil implica propor e controlar um sistema de educação que contemple os aspectos excepcionais necessários a um povo que não teve acesso à educação no tempo adequado. Não temos um sistema ideal que dispensaria programas de alfabetização complementares, assim como não podemos prescindir de modalidades como “educação de jovens e adultos”, colocados como excepcionais e em caráter de extinção, tendo em mente a previsão de que o sistema de educação no futuro possa atender às demandas nas idades adequadas a todo cidadão (BRASIL, 2006).

O governo Fernando Henrique Cardoso priorizou a oferta da educação profissional na iniciativa privada e desarticulada do ensino médio. Em desacordo com essa priorização, o governo Lula (2003 - 2010) trouxe a Proposta de Políticas Públicas para a Educação Profissional e Tecnológica (PPPEPT). O documento que estabelece os princípios norteadores para a educação profissional no país prevê:

Integração ao mundo do trabalho, interação com outras políticas públicas, recuperação do poder normativo da LDB, reestruturação do sistema público de ensino médio técnico e compromisso com a formação de valorização dos profissionais de educação profissional e tecnológica (BRASIL, 2003, p. 06).

A proposta deu prioridade à recuperação do poder normativo da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDBEN e da reestruturação do ensino médio técnico, fazendo-se urgente uma mudança na legislação. Assim, o decreto federal nº 5154/04 (BRASIL, 2004) foi elaborado como uma resposta a essa demanda. Lima (2014) destaca que citado documento surgiu para redimensionar

a educação profissional no país, substituindo o Decreto nº 2208/97 (BRASIL, 1997) de forma a romper com o direcionamento adotado pela gestão política anterior.

O Decreto nº 5154 (BRASIL, 2004) contribuiu para a adaptação da LDB às novas prioridades do Governo Federal (Lei Complementar nº 11.741 de 2008), redimensionando a educação profissional no Brasil, tal como, consolidando a Legislação a respeito desse tema.

A necessidade de desenvolvimento da educação profissional fez com que o Governo Federal criasse políticas de financiamento, que estimulasse os estados a investir nessa modalidade de ensino. Neste contexto, foi promovida a ampliação e a interiorização da Rede Federal de ensino técnico, com a criação de diversos institutos federais pelo país, expandindo ainda mais o acesso da população ao ensino profissionalizante.

Nos objetivos e metas do Plano Nacional de Educação (BRASIL, 2001), está prevista para a Educação Tecnológica e Formação Profissional o tratamento adequado para aqueles que não concluíram a Educação Básica no tempo regular.

Como bem ressaltado por Lima (2014), o incentivo do Governo Federal para o acesso ao ensino técnico continuou no governo Dilma Rousseff, mantendo os projetos desenvolvidos no governo anterior em relação à educação profissional de forma a beneficiar muitas famílias através do Ensino Médio Integral (EMI). Como incremento do estímulo à educação profissional, a presidenta criou o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRO-NATEC) que se encontra, no momento, também em vigor.



Foi a partir deste cenário nacional que o Governo do Estado do Ceará, no período 2006 a 2010, representado por Cid Gomes em seu primeiro mandato, lançou mão de políticas públicas, visando captar recursos dos programas federais de financiamento da educação profissional. Em 2008, o Ceará lançou o Plano Integrado de Educação Profissional e Tecnológica, que serviu como uma diretriz para o desenvolvimento da educação profissional no Estado.

No ano de 2015, sob o mandato do governador Camilo Santana, a rede estadual de ensino médio somava 113 escolas estaduais de ensino profissionalizante alavancando, assim, a educação profissional no Estado do Ceará. Dessa maneira, os investimentos em torno do Ensino Médio Integrado (EMI) consolidaram a parceria de verbas do Programa Federal Brasil Profissionalizado e de investimentos por parte do Governo do Estado, partindo das fontes citadas anteriormente. Todo esse investimento contribui para uma soma significativa de cursos técnicos e de alunos que foram beneficiados, como ressalta Lima (2014, p. 42) ao apontar que “No ano de 2013 a rede chegou à implantação de 51 cursos técnicos integrados ao ensino médio e, dos treze eixos tecnológicos que compõem o Catálogo do MEC, doze estão contemplados na rede estadual do Ceará”.

Considerando todo o contexto de implantação da educação profissional pelo Governo do Estado do Ceará como uma oportunidade, o acesso ao EMI possibilitou ao aluno a conclusão do ensino médio com uma profissão e, também, como uma forma de acesso à universidade, já que os alunos estavam, igualmente, sendo preparados para essa finalidade.

De acordo com a Secretaria de Educação do Estado do Ceará (CEARÁ, 2015, p.1) “O modelo integrado possibilita a centenas de alunos a qualificação para ingressar no mercado de trabalho, ao mesmo tempo em que são habilitados a concorrer a uma vaga na universidade”. Para Lima (2014), as competências esperadas para a formação dos alunos do EMI visavam integrar tanto a formação para o trabalho, quanto a formação intelectual que alia o conhecimento à prática.

Este texto resulta de um recorte da dissertação “A Avaliação da Aprendizagem na Educação Profissional Integral em Enfermagem”, de autoria de Barbosa Neta (2016) abordando uma análise crítica dos documentos que fundamentam o curso pesquisado em suas possibilidades e desafios.

Na sequência, o texto discorre sobre o método da pesquisa e apresenta os resultados e discussões, finalizando com considerações finais e uma referência que serviu de base.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

Como caminho metodológico, optamos pela modalidade de pesquisa documental que se utiliza de fontes diversificadas sem tratamento analítico, servindo de base para compor uma análise e aprofundar reflexões sobre uma dada temática. Para Soares *et al.* (2011, p. 3) uma pesquisa documental é “considerada como tal toda fonte de informação que ensina ou serve de exemplo ou prova, podendo ser escrita ou não”.

O estudo foi realizado em duas instituições de Ensino Médio Integrado EEEP Salaberga Torquato Gomes de

Matos e EEEP Gov. Luiz de Gonzaga Fonseca Mota, localizadas nos municípios de Maranguape e Maracanaú, respectivamente.

A pesquisa aconteceu no período de agosto a novembro de 2015, com a concessão de acesso das escolas aos seguintes documentos: Projetos Políticos Pedagógicos, Regimentos e Plano de Curso. Além do material das duas escolas também foram analisados os seguintes materiais da SEDUC: Referenciais para as Escolas Estaduais de Educação Profissional; Plano de Curso; Guia de rotinas das EEEP e Manual de Avaliação. Foram analisados, ao todo, nove documentos. Utilizamos como referência a análise de conteúdo de Bardin (2006, p. 38) compreendendo que:

A análise de conteúdo consiste em: um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).

Para realização da pesquisa, foi solicitada via ofício, em 2015, autorização à Coordenação de Educação Profissional da SEDUC e às diretoras das escolas pesquisadas, que assinaram, ainda, documentos de fiéis depositárias.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram analisados documentos elaborados pela SEDUC no ano de 2014, a saber, os Referenciais para as EEEP, o Plano de Curso Técnico de Enfermagem, além dos Guias

e Rotinas das EEEP. E, ainda, o Manual de Avaliação, datado de 2012. No que diz respeito às escolas, foram analisados seus respectivos Projetos Políticos Pedagógicos, Regimento Escolar e Planos de Curso. Importa ressaltar que somente a EEEP Salaberga Torquato Gomes datou seus documentos de 2015. Apesar do Plano de Curso se apresentar como um documento atualizado, utiliza-se do manual de Avaliação elaborado em 2012, o que denota claramente uma falta de conexão entre os documentos que se subsidiam um no outro, inclusive, em termos temporais.

Para Gandin (1994), referencial é o que faz uma instituição se compreender como integrante de uma realidade mais ampla, projetar-se como uma portadora de uma proposta sociopolítica, propondo-se como realizadora de um processo técnico específico de seu campo de ação. Embora, nesse sentido, seja reconhecido no próprio documento que ele contém as orientações da SEDUC para a oferta do ensino médio integrado à educação profissional, como política de estado, também é expressa a necessidade de complemento de acordo com a especificidade e autonomia de cada escola.

O principal documento da SEDUC, elaborado pela Coordenadoria da Educação Profissional (COEDP) em 2014, apresenta três diferentes eixos para a produção dos referenciais curriculares. O primeiro é de **Natureza normativa** que se refere à institucionalidade do ensino médio e da educação profissional garantida por leis e decretos (CEARÁ, 2014). Encontra-se representado pelo marco legal da educação profissional que ressalta a presença dessa modalidade de ensino no Brasil através de documentos que garantem a sua existência. O segundo, de **Natureza conjuntural**, diz respeito “à identidade do ensino médio integrado

à educação profissional oferecido pela Rede Estadual de Ensino do Ceará” (CEARÁ, 2014, p. 7). O referido eixo apresenta o Ensino Médio Integrado à Educação Profissional no Ceará e destaca o novo cenário de inserção dela no Brasil. No Estado do Ceará, a SEDUC se compromete a expandir um projeto educacional que contemple os jovens, com o foco na formação profissional para ampliação da escolaridade e inserção no mercado de trabalho. O terceiro eixo, de **Caráter institucional**, relaciona-se ao “compromisso e empenho do Governo do Estado, por meio da SEDUC, no cumprimento de sua missão – Garantir educação básica com equidade e foco no sucesso do aluno” (CEARÁ, 2014, p. 7). Aborda, ainda, a Escola Estadual de Educação Profissional trazendo uma proposta de inovar através do EMI público de forma a redefinir o conceito de escola.

A criação da Escola Pública Integral trouxe consigo a necessidade de uma nova proposta curricular. Diante deste fato, a SEDUC propôs os Referenciais Curriculares, contendo princípios a serem evidenciados nos projetos pedagógicos dos cursos. Tais princípios são constituídos de três dimensões:

Garantia da qualidade de ensino-aprendizagem;  
Ampliação das oportunidades oferecidas pela escola para apropriação do conhecimento historicamente produzido e a qualificação profissional;  
Gestão compartilhada como processo de construção do Projeto Político Pedagógico da Escola (CEARÁ, 2014, p. 14).

Diante dos princípios pontuados, algumas mudanças ocorreram, como: a ampliação da jornada escolar, o acréscimo de atividades curriculares integradas e que con-

tam com parcerias de entidades da sociedade civil e dos setores produtivos que compartilham com os princípios norteadores desta proposta (CEARÁ, 2014)

As práticas educativas previstas no currículo serão orientadas pelos princípios filosóficos, epistemológicos, pedagógicos e legais que subsidiam a organização curricular dos Cursos Técnicos de Nível Médio Integrado, definidos pelo MEC e pelo Projeto Político-Pedagógico da Escola (CEARÁ, 2014, p. 14).

Quanto à proposta de integração curricular, o foco é direcionado à noção de complementaridade e à perspectiva da compreensão do todo, de forma a construir um conhecimento integral. Todo esse contexto serviu de base para a Organização Curricular do Ensino Médio Integrado à Educação Profissional. A SEDUC optou pelo currículo integrado, agregando os componentes da formação profissional aos da formação geral e, ainda, à parte diversificada (CEARÁ, 2014).

A avaliação da Aprendizagem, corresponde ao item cinco das orientações da SEDUC, contém dois subitens: 1. Concepção de avaliação; 2. Critérios de Avaliação da aprendizagem.

A análise do documento permitiu o acesso a informações relevantes para fundamentar a prática docente, no que tange à avaliação da aprendizagem. Nas concepções e tipos de avaliação da aprendizagem, o texto contempla definições, porém não faz referência à fonte das informações mostrando, portanto, a necessidade de evidenciar a utilização de termos que expressam a avaliação da aprendizagem por diferentes autores.

Os critérios de avaliação da aprendizagem apresentam respaldo na Lei nº 9.394/96 (BRASIL, 1996), já os por menores da verificação do rendimento escolar apresentam respaldo no Parecer CEB/MEC 5/97 (BRASIL, 1997). Destacamos, porém, que não foi encontrada nas referências bibliográficas do documento analisado, nenhuma menção ao citado Parecer.

O texto evidenciou o processo de avaliação que deve ocorrer nas EEEP, porém abriu precedentes para os questionamentos acerca do que a SEDUC preconiza sobre concepção de competências e o modelo a seguir.

No que concerne à avaliação da aprendizagem, o registro apresenta informações bastante relevantes a respeito de todos os itens que foram dispostos a partir da visão geral do documento. Todos esses itens trazem como forma de respaldo o amparo em leis, decretos e resoluções, bem como descrevem cada detalhe que compõe o processo avaliativo. Dentro desse contexto, a lei nº 5.692/71 (BRASIL, 1971) é citada no texto relativo ao assunto frequência, porém não foi pontuada nas referências do documento analisado.

A parte que diz respeito ao estágio supervisionado tem início com o destaque no amparo da Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008). Cabe ressaltar que ela não se encontra disposta nas referências do documento. Ainda sobre o estágio supervisionado, o texto traz a definição, classificação e as relações de estágio, traz também a inserção e supervisão em campo de estágio e dispõe sobre a avaliação dele, novamente fazendo referência à Lei nº 11.788 (BRASIL, 2008).

Cabe descrever a necessidade de evidenciar a existência do laboratório de enfermagem, já que foram encontradas nos Referenciais apenas informações sobre os Laboratórios de Ciências e Informática. O laboratório de enfermagem é obrigatório nas escolas onde existe este curso, o que nos indica a necessidade de valorizar a importância deste equipamento, que serve para o desenvolvimento das práticas dos discentes do curso de técnico de enfermagem ainda em ambiente escolar.

Além dos Referenciais para as EEEP (2014), existe o Manual de Orientações para Elaboração dos Instrumentos para Gestão Escolar do Conselho de Educação do Ceará (CEARÁ, 2005), que contempla e norteia a elaboração dos PPPs. Para análise do PPP da EEEP Gov. Luiz de Gonzaga Fonseca Mota de Maracanaú - Ce e da EEEP Salaberga Torquato Gomes de Matos de Maranguape - CE, utilizamos esses dois documentos estaduais como referência.

Observamos que os referenciais elaborados pela SEDUC utilizam a expressão Projeto Político Pedagógico e não fazem menção ao Manual de Orientações para Elaboração dos Instrumentos para Gestão Escolar, do Conselho de Educação do Ceará (CEARÁ, 2005).

Nesse sentido, faz-se necessário esclarecer que a SEDUC se utiliza do termo PPP, já o Conselho de Educação se utiliza tanto do termo PPP, quanto do termo Projeto Pedagógico - PP. Para Gadotti (1998), Gandim (1994) e Veiga (2002) deve-se deixar destacado e explícito o político, pois quando se chama este documento somente de projeto pedagógico pressupõe-se estar implícita a dimensão política, no sentido de compromisso com a formação do cidadão



para um tipo de sociedade. Embora até se considere indissociável do pedagógico, é necessário colocar “político-pedagógico” em evidência.

De acordo com Carmo (2003), o Projeto Político Pedagógico traz os conceitos pedagógicos adotados pela escola, deixando claro o papel social dela e os procedimentos didático-metodológicos que serão utilizados por todos que fazem parte do coletivo institucional. É o projeto de identificação da instituição com foco no processo ensino-aprendizagem. Veiga (2002, p.1) acrescenta:

O projeto político-pedagógico vai além de um simples agrupamento de planos de ensino e de atividades diversas. O projeto não é algo que é construído e, em seguida, arquivado ou encaminhado às autoridades educacionais como prova do cumprimento de tarefas burocráticas. Ele é construído e vivenciado em todos os momentos, por todos os envolvidos com o processo educativo da escola.

Assim, a partir da noção de PPP explicitada pelos autores, a construção dele deverá se dar por meio de um processo participativo e manter relação com a realidade local.

Nesse contexto, como nos referenciais da SEDUC é explicitado o compromisso da educação profissional com a formação do cidadão, podemos inferir que não fosse necessário o político, mas como não é explícito o conceito de competência que defende a SEDUC, tal questão apresenta-se como uma lacuna. Como se trata de um conceito polissêmico, a ausência de discussões acerca do termo competência deixa margens para múltiplas interpretações, inclusive o conceito tecnicista, que se mostra epistemologicamente incongruente com a proposta do ensino médio Integrado que tem o trabalho, como mediação da aprendizagem.

Em relação aos documentos elaborados pelas duas EEEP, o PPP da Escola Luiz de Gonzaga Fonseca, escola considerada adaptada aos padrões de estrutura para as escolas profissionais apresenta um documento de 12 páginas, sem data de realização, mas ainda se encontra em vigor. Na apresentação é afirmada que a elaboração foi uma atividade prazerosa, porque dentro das limitações dos participantes eles foram capazes de dialogar com os vários segmentos na perspectiva de fortalecer a cultura da participação, inquietando e vislumbrando o engajamento de todos em torno desse projeto que é a própria identidade da escola.

Nesse sentido, observamos que as escolas seguem as recomendações feitas pelo Conselho Estadual de Educação, que indicam a construção do projeto pedagógico a partir de oito passos, são eles: diagnóstico, justificativa, referencial teórico, definição da proposta curricular, definição de objetivos e metas, organização e desenvolvimento curricular, definição de estratégias de gestão escolar e processo de avaliação. A estrutura geral do documento acolhe, de forma parcial, as orientações do Conselho Estadual de Educação trazendo: Introdução, Marco Situacional, Marco Teórico, Marco Operacional. O marco situacional destaca a desigualdade no contexto da sociedade, uma vez que a maioria das pessoas tem acesso a poucas oportunidades se comparada com a minoria. Destaca, ainda, a contextualização da escola que está localizada em área de risco (MARACANAÚ, S/D).

O marco teórico traz, também, as teorias construtivista e sociointeracionista de Piaget e Vygotsky que são defendidas e utilizadas pela escola no processo de apren-

dizagem. Junto a estas teorias, e como elemento norteador para os docentes, as tendências Crítico-Social dos conteúdos, Libertadora e Dialógica (MARACANAÚ, S/D).

O marco operacional dispõe da maior quantidade de informações presentes PPP, iniciando com a concepção de educação como:

[...] um processo de formação integral do ser humano (cognitiva, afetiva e social), que mesmo podendo ocorrer em qualquer espaço, tem na escola o seu lugar de excelência, onde a pessoa desenvolve suas potencialidades de forma dinâmica, interagindo com outros atores do processo ensino-aprendizagem.

Observamos que o PPP da Escola Estadual de Educação Profissional - EEEP Salaberga Torquato Gomes de Matos destaca que ela iniciou suas atividades em um prédio adaptado, oferecendo o 1º grau. Era denominada Ginásio do Instituto Santa Rita. Em 1999, passou a oferecer o ensino médio regular e, em 2003, passou a ser nomeada Escola de Ensino Fundamental e Médio Santa Rita. Em 2009, passou a ser Escola Estadual de Educação Profissional Santa Rita. Em 2013, recebeu a denominação de Escola Estadual de Educação Profissional Salaberga Torquato Gomes de Matos, passando a funcionar em um prédio novo com estrutura das EEEP padrão modelo (MARANGUAPE, 2015). Em decorrência desse longo processo de consolidação institucional, o PPP desta Escola é datado de 2015 e tem 44 páginas contendo na sua estrutura geral: Apresentação, Introdução, Marco Situacional, Marco teórico e o Marco operacional e Referências. Como percebemos, a estrutura geral dos documentos das duas escolas é a mesma e segue

parcialmente as orientações do Conselho Estadual de Educação, mas o desenvolvimento de cada parte em particular traz significativos aspectos para nortear a prática docente, instaurando um processo de reflexão.

Nesse sentido, a apresentação aborda como a educação nos dias atuais passa a ser o centro das atenções em decorrência da globalização. A qualidade do ensino ganha evidência nos meios políticos e, com isso, a tendência da descentralização do sistema educacional com vistas ao crescimento econômico e uma melhor equidade social são ideias levantadas (MARANGUAPE, 2015).

A introdução do PPP traz, ainda, o significado da existência do referido documento como norte para a implantação e implementação das EEEP. Assim, o PPP deve constituir o ponto de partida para que a escola se posicione quanto aos princípios fundamentais e necessários para que a ação educativa adquira mais qualidade (MARANGUAPE, 2015).

O marco situacional descreve a realidade da educação em nível mundial, nacional e local e do compromisso que a escola assume com a educação dos jovens. Situa que a existência da escola é amparada pelo programa federal Brasil Profissionalizado e territorializa o Estado do Ceará no âmbito das necessidades de educação da população cearense. Faz um resgate do início da instalação das EEEP no Ceará, em 2008, e de como a quantidade de escolas e cursos vem crescendo até então (MARANGUAPE, 2015).

Também é explícito que a unidade escolar conta com os organismos colegiados, Conselho Escolar e Grêmios Estudantil, que atuam pensando na qualidade do ensino-

-aprendizagem, nos resultados e no protagonismo dos educandos. O PPP destaca também as potencialidades e as dificuldades enfrentadas, mostra os indicadores pedagógicos analisando-os quanto à aprovação, à reprovação, ao abandono e à gestão.

O marco teórico traz o embasamento no título IV, artigos 12, 13 e 14 da LDB nº 9.394 (BRASIL, 1996), atribuindo às escolas a elaboração do seu projeto pedagógico. Alerta, ainda, as instituições de ensino para que elas não confundam autonomia com soberania, salientando a necessidade de respeito às diretrizes do sistema educacional Municipal, Estadual e Nacional. Assim, aponta que a autonomia envolve quatro dimensões básicas: administrativa, jurídica, financeira e pedagógica, de forma dependente, articulada e interligada (MARANGUAPE, 2015).

O marco operacional enfatiza a organização do trabalho escolar e sua relação direta com o Regimento da instituição. O currículo ganha destaque neste Marco, pois a perspectiva integrada visa organizar e orientar a prática pedagógica através da interdisciplinaridade. Destaca, ainda, que o currículo não é um elemento neutro, portanto não pode estar separado do contexto social (MARANGUAPE, 2015).

O Regimento Escolar (RE) para o Ceará (CEARÁ, 2005, p. 35) “é uma lei. É a lei maior da escola. É um pacto educativo que, direção, professores, pessoal de apoio à docência, outros servidores, alunos e famílias, celebram entre si. É uma lei com a função precípua de um código de ética”. O Conselho Estadual de Educação reforça a visão do RE como um documento norteador da escola, que deve fortalecer

os princípios e concepções presentes no projeto pedagógico, de forma a estabelecer conexão entre os dois textos em prol da ação educativa.

Nessa perspectiva, os Referenciais para as EEEP (CEARÁ, 2014) e o Manual de Orientações para Elaboração dos Instrumentos para Gestão Escolar do Conselho de Educação do Ceará (CEARÁ, 2005) constituem os documentos norteadores para a construção dos Regimentos da EEEP Gov. Luiz de Gonzaga Fonseca Mota de Maracanaú - CE e a EEEP Salaberga Torquato Gomes de Matos de Maranguape - CE.

Visualizamos, durante o processo de análise, que as duas escolas possuem o mesmo Plano de Curso. O registro de tais planos não dispõe de data e é composto por 235 páginas, contendo na sua estrutura geral: justificativa e objetivos do curso, requisitos e formas de acesso, perfil profissional de conclusão, organização curricular, critérios de aproveitamento dos estudos e certificação de competências, critérios de avaliação da aprendizagem, instalações, equipamentos e biblioteca, pessoal docente e técnico administrativo, certificados e diplomas, anexo I e II, respectivamente, programas das disciplinas de formação geral e disciplinas da formação profissional.

Na justificativa e objetivos do curso, o documento traz uma contextualização em nível de Brasil e, em seguida, aborda o curso em questão, no Ceará. Na sequência, traz os objetivos do ensino médio, conforme Artigo 35 da Lei 9394/96 (BRASIL, 1996), o objetivo geral e os objetivos específicos do curso. Quanto aos requisitos e formas de acesso, o texto apresenta informações sobre disponibilidade de vagas, inscrição, processo seletivo, classificação,

critérios de desempate, matrícula, vagas remanescentes e casos omissos.

Foram encontradas semelhanças entre o presente plano analisado e o plano da SEDUC, porém o Plano de Curso das escolas apresenta maior quantidade de informações referente a todos os quesitos e o da SEDUC, por sua vez, é mais resumido.

O perfil profissional de conclusão aborda as competências a serem desenvolvidas pelos discentes até o final do curso, tomando como base a Resolução CEB/CNE nº. 04/99 (BRASIL, 1999). O documento propõe, além de competências e habilidades, as características psicossociais esperadas do discente.

Importa ressaltar que o Plano de Curso discrimina as competências a serem desenvolvidas, mas, assim como o Plano de Curso da SEDUC, não traz o conceito de competências e habilidades, não deixando claro a qual o modelo das competências se adequa.

A organização curricular do plano de curso presente nas escolas passa pelas determinações legais, traz a organização do curso pela matriz curricular constituída por uma base de conhecimentos científicos e tecnológicos, assim como o documento da SEDUC.

A Matriz Curricular do curso está organizada em regime seriado semestral, com uma carga-horária de disciplinas de 4.200 horas, acrescida de 600 horas de estágio supervisionado, a ser realizada na forma de Estágio Curricular, a partir do penúltimo semestre do curso, e mais 600 horas de atividades complementares, totalizando uma carga-horária de 5.400 horas (MARACANAÚ, S/D, p. 11).

A organização da matriz curricular no presente Plano de Curso mostra diferença de distribuição de carga horária das atividades em comparação com o plano da SEDUC datado de 2014. Porém, a carga horária total para ambos é a mesma. A ação sugere que houve a necessidade de rearranjo não só entre os conteúdos dos referidos documentos, mas também da matriz curricular que as compõe.

O documento expõe a matriz curricular, as práticas pedagógicas previstas e os indicadores metodológicos até chegar ao assunto Estágio Supervisionado. Este é amparado e definido por leis e decretos.

No que diz respeito às instalações, aos equipamentos e à biblioteca são os mesmos, assim como o é o quadro de pessoal docente e técnico administrativo da unidade escolar e o item certificados e diplomas. O documento apresenta, em seu espaço de finalização, os anexos onde encontram-se as ementas das disciplinas de base regular e das disciplinas de base profissional.

O guia de rotinas das EEEP da SEDUC complementa os Referenciais para as Escolas Estaduais de Educação Profissional. Ambos foram elaborados com o intuito de alinhar as ações desenvolvidas nas escolas. Os Guias apresentam o propósito de expressar as orientações para a oferta do EMI (CEARÁ, 2014). O Guia de Rotinas das EEEP da SEDUC é datado de 2014 e composto por 89 páginas. Contém uma apresentação e seis itens: 1. Gestão administrativa, 2. Gestão financeira, 3. Gestão pedagógica, 4. Superintendência escolar, 5. Uma sugestão para a rotina escolar, 6. Legislação básica. A apresentação que traz um relato sobre o esforço da SEDUC em oferecer subsídios para o desenvolvimento das ações inerentes às EEEP.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implantação das Escolas Estaduais de Educação Profissional no Estado do Ceará, em 2008, surgiu o desafio de ofertar educação de qualidade através do ensino médio integrado para adolescentes.

Passados oito anos de presença das EEEP distribuídas por todo o estado, procuramos investigar a proposta de dois cursos de técnico de enfermagem aplicada aos adolescentes através da análise dos documentos que regem as instituições de ensino que os ofertam no Estado do Ceará.

A abordagem analítica dos documentos da SEDUC permitiu constatar informações relevantes sobre a educação profissional através das EEEP que foi muito bem fundamentada por leis e decretos. A avaliação da aprendizagem foi pontuada em todos os textos com o respaldo na lei 9.394/96 (BRASIL, 1996) e em outras orientações. Contudo, alguns trechos dos textos não mostram a fonte de onde foram retirados. Cabe salientar a necessidade de revisão nas referências bibliográficas dos documentos analisados, tendo em vista que, alguns autores citados nos textos não foram encontrados neste item.

Considerando, ainda, os documentos da SEDUC que foram analisados vale ressaltar a importância que o plano de curso assume para a prática docente, pois constitui um compêndio das informações mais relevantes a respeito do curso de forma a detalhar a proposta geral e as matérias que fazem parte do currículo.

O plano que a SEDUC enviou é datado de 2014 e o das escolas sem data é bem mais extenso, porém ambos

contemplam os conteúdos sobre avaliação da aprendizagem. O confronto de datas tornou o processo de análise comparativa dificultoso e evidenciou a necessidade de padronização entre os documentos.

Apontamos para a necessidade de uma revisão na bibliografia de todos os textos analisados, pois observamos que a maior parte dos documentos deixou a desejar quanto algumas regras da ABNT, possibilitando assim inferir a necessidade de revisão para melhor adequação às normas vigentes.

Quanto aos regimentos analisados, ambos apresentaram percursos parecidos, pois pontuaram os mesmos detalhes referentes à avaliação da aprendizagem que estão presentes em documentos que respaldaram a criação das EEEP no Ceará.

De forma geral, o estudo demonstrou que muitos conteúdos de avaliação da aprendizagem são abordados nos documentos, mas com pouco aprofundamento no que diz respeito aos estudiosos desta temática. Assim, este fato nos remete à necessidade de inclusão desta discussão de forma a enriquecer os conteúdos e acrescentá-los mais valor.

Por ter sido publicada recentemente, uma boa parte desses documentos ainda não chegou ao conhecimento de gestores e docentes do curso de técnico de enfermagem do EMI, cabendo então, um alinhamento entre os envolvidos para acesso e domínio dos assuntos que estão em discussão e para esclarecimento de eventuais dúvidas.

O conhecimento de todos os documentos analisados que subsidiam o Curso de Ensino Médio Integrado de Enfermagem das EEEP possibilita ao docente situar a

sua ação pedagógica numa perspectiva mais ampla, associando-a a um compromisso sociopolítico. Contudo, os documentos analisados trazem como desafio ao docente a capacidade de articular criticamente as informações neles contidas, numa perspectiva mais sistêmica.

Dessa maneira, quando notamos as inconsistências conceituais e as incoerências regimentais entre os documentos, que deveriam se articular entre si de forma complementar, inferimos a possibilidade de realização nos contextos das escolas analisadas de uma ação docente fragmentada e, muitas vezes, se direcionando para rumos divergente ao que os documentos defendem.

Em relação às inconsistências teóricas, destacamos, por exemplo, o conceito de competência, que não apresenta em nenhum dos documentos sua filiação teórica, conceitual e epistemológica. Assim sendo, para fundamentar a prática docente se faz necessário que os documentos tenham mais coerência entre si, sejam de conhecimento de todos os docentes responsáveis, ou melhor, que os envolvam na sua elaboração e que ainda subsidiem com referências bibliográficas que fundamentem melhor sua prática.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA NETA, S. A. **A Avaliação da Aprendizagem na Educação Profissional Integral em Enfermagem**. 2016. 102f. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

BARBIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BRASIL. **Lei Federal nº 11.788**. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei no 9.394, de 20 de

dezembro de 1996; revoga as Leis nos 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6o da Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2008.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 5.840.** Institui, no âmbito federal, o Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos - PROEJA, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2006.

\_\_\_\_\_. **Trabalhando com a educação de jovens e adultos.** Avaliação e planejamento. Ministério da Educação. Brasília. 2006. p. 1-52

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 5.154.** Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2004.

\_\_\_\_\_. **Parecer CNE/CEB n. 16/99.** Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília: MEC / CNE, 1999.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 2.208.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Regulamenta o parágrafo 2 do art. 36 e os art. 30 a 42 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. **Parecer nº 05/1997.** Proposta de regulamentação da Lei nº 9394. Brasília: CNE / CEB, 1997.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 9.394.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional – LDB. Brasília: Casa Civil, 1996.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 5.692.** Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1971.

CARMO, L. P. **A Escola que queremos: uma construção coletiva.** Curso Técnico em Secretariado Escolar (Módulo 1). Fortaleza: SEDUC/CETREDE, 2003.

CEARÁ. **Educação Profissional.** Disponível em: <http://www.ceara.gov.br/governodo-ceara/projetos-estruturantes/ensino-mediointegrado>. Acesso em: 20 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. **Manual de orientações para elaboração dos instrumentos para gestão escolar.** Fortaleza: Governo do Estado do Ceará / Conselho de Educação do Ceará, 2005.

\_\_\_\_\_. **Guia de Rotinas das Escolas Estaduais de Educação Profissional / Secretaria da Educação.** Coordenadoria de Educação Profissional. 1ed. Fortaleza: Seduc, 2014. 89p.

\_\_\_\_\_. **Referenciais para as escolas de educação profissional do Ceará.** 1ed. Fortaleza: Seduc, 2014. 53p.

\_\_\_\_\_. **Manual de avaliação do curso técnico de enfermagem.** Fortaleza: Seduc, 2012. 73p.

\_\_\_\_\_. **Plano de Curso- curso técnico de nível médio em enfermagem.** Fortaleza: Seduc, 2014. 198p.

\_\_\_\_\_. **Plano de Curso.** Fortaleza: Seduc, S/D. 235p.

MARACANAÚ. **Projeto Político Pedagógico da EEEP Luiz de Gonzaga Fonseca Mota.** Maracanaú, S/D.

\_\_\_\_\_. **Regimento Escolar da EEEP Luiz de Gonzaga Fonseca Mota.** Maracanaú, S/D.

MARANGUAPE. **Projeto Político Pedagógico da EEEP Salaberga Torquato Gomes de Matos.** Maranguape, 2015.

\_\_\_\_\_. **Regimento Escolar da EEEP Salaberga Torquato Gomes de Matos.** Maranguape, 2015.

GADOTTI, M. **Projeto Político Pedagógico da Escola Cidadã.** In: BRASIL. MEC. SEED. Salto para o Futuro: Construindo a escola cidadã, projeto político pedagógico. Secretaria de Educação à Distância. Brasília: MEC, SEED, 1998. p. 15-32.

GANDIN, D. **A prática do planejamento participativo.** Petrópolis: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. **A Prática do Planejamento Participativo.** 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

LIMA, A. L. B. **Escolas Estaduais de Educação Profissional - A Experiência de Ensino Médio Integrado à Educação Profissional no Ceará a Partir de 2008.** 156p. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Avaliação da Educação Pública). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

SOARES, E. B. S.; PEREIRA, A. D. S.; SUZUKI, J. A.; EMMENDOERFER, M. L. **Análises de Dados Qualitativos: intersecções e diferenças em pesquisas sobre Administração Pública.** III encontro de ensino e pesquisa em administração e contabilidade. João Pessoa/PB. 2011.

VEIGA, I. P. A. (Org.) **Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível.** 14a ed. Campinas: Papyrus, 2002. p.1-10.

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO CENÁRIO DO INTERNATO EM ENFERMAGEM: REFLEXÕES ACERCA DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Maria Socorro de Araújo Dias

Ana Suelen Pedroza Cavalcante

Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo

David Gomes Araújo Júnior

Suênia Évelyn Simplicio Teixeira

Marcos Aguiar Ribeiro

## INTRODUÇÃO

O modelo vigente de atenção à saúde exige mudanças na formação dos profissionais da saúde para atender as reais necessidades dos serviços e, conseqüentemente, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS (KUABARA *et al.*, 2014). Neste sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais passam a exigir que os cursos de graduação atendam às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS de modo a assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2001).

Esse processo de mudança no ensino-aprendizagem é complexo e exige a ruptura de paradigmas, principalmente no que se refere à superação do modelo biomédico, para que

então possa ocorrer a (re)construção de ideais e práticas para a educação de sujeitos implicados (COSME, 2013) com a efetivação do SUS. Neste contexto, amplia-se os cenários de ensino-aprendizagem, modificando, assim, o foco da formação, que era centrado apenas no hospital (KUABARA *et al.*, 2014).

Diante do exposto, é que se insere a Estratégia Saúde da Família - ESF, como campo de atuação da Atenção Básica à Saúde - ABS, onde os estudantes irão apreender as práticas profissionais, aliando a teoria adquirida dentro da sala de aula e em suas experiências pessoais à prática exigida para o exercício de sua futura profissão. A ABS busca garantir um acesso à saúde de qualidade, fundamentado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012), constituindo-se como um espaço de ensino-aprendizagem potente.

Sendo assim, o internato de enfermagem, comumente chamado de estágio supervisionado, é um dos componentes obrigatórios na matriz curricular dos Cursos de Graduação em Enfermagem, sendo considerado pelos discentes como a experiência acadêmica mais significativa para sua futura vida profissional e de relevância para sua vida pessoal, uma vez que se constitui como um rico espaço de discussão, reflexão e aprendizagem (VANNUCHI *et al.*, 2012). Neste sentido, a ABS pode ser um dos cenários desse internato de modo a garantir que os estudantes possam vivenciar os diferentes níveis de atenção à saúde, ainda na graduação.

Nesse contexto, é relevante que ocorra a apropriação do conhecimento, por um processo de ensino e uma supervisão de estágio sistemática que articule teoria e prática

e que possibilite aos estudantes o acesso ao conhecimento cientificamente elaborado e acumulado (BARROS, 2012). Dessa forma, o estágio insere-se como parte integrante da grade curricular e se constitui no ato educativo supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, cujo objetivo é preparar os estudantes para o desenvolvimento de competências próprias da atividade profissional (BRASIL, 2008).

A partir do reconhecimento da ABS como um cenário de imersão para as práticas de ensino-aprendizagem e como uma forma de atender às novas necessidades da formação em saúde, uma universidade pública do interior do Ceará garante, dentro da matriz curricular do curso de graduação em Enfermagem, um dos internatos nesse campo de atuação. Então, o objetivo do presente estudo é relatar a experiência de discentes e docentes no internato de enfermagem de uma universidade pública do interior do Ceará.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo documental. De acordo com Gil (2008), o estudo de natureza exploratória e descritiva tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito, bem como descrever características de determinada população ou fenômeno.

Este estudo documental foi desenvolvido com base na vivência teórico-prática de discentes e docentes de uma universidade pública estadual na Atenção Básica à Saúde em um município do interior do Ceará, tendo como fonte



o Projeto Pedagógico do Curso, Guia do Interno na Atenção Básica e Roteiros de avaliação de desempenho dos internos. O foco, portanto, será no Módulo do Internato I da matriz curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, referente aos semestres letivos de 2015.2 e 2016.1.

No Internato I, os estudantes do 8º semestre ficam sob supervisão indireta de docentes do Curso e acompanhados diretamente por preceptores enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, cumprindo uma carga horária de 560 horas durante um semestre letivo, a fim de vivenciar os territórios e suas práticas de saúde e/ou processos de adoecimento, assim como se deparar com os condicionantes de saúde da população e, conseqüentemente, com a realidade em que estão inseridos.

Nessa perspectiva, buscando garantir uma melhor compreensão ao leitor, sistematizou-se este artigo a partir das seguintes categorias: Atividades Desenvolvidas no internato I; Impacto do internato nos Centros de Saúde da Família; e Acompanhamento e Avaliação do estudante durante o Internato I. Ressalta-se, ainda, que a análise dos achados está embasada na literatura sobre integração ensino-serviço-comunidade.

## **RESULTADOS**

A primeira imersão prática prevista na matriz curricular do curso de Enfermagem em discussão ocorre na Atenção Básica por ocasião do Internato I e é um momento de grande expectativa para os graduandos, onde estes têm a oportunidade de vivenciar profundamente os territórios

adscritos em que estão inseridos, aprimorando suas habilidades e técnicas, assim como o seu desenvolvimento humano e profissional.

O referido internato ocorre no oitavo semestre do curso de graduação em Enfermagem e estrutura-se em três distintos eixos, a saber: atenção à saúde que corresponde às atividades relacionadas à assistência de enfermagem, com a maior parte da carga horária; gestão, que se relaciona com as atividades gerenciais do Centro de Saúde da Família - CSF; e controle social, totalizando uma carga horária de 560 horas práticas (UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ, 2016).

A imersão nos cenários de práticas do internato possibilita aos estudantes uma visão mais ampla da sua profissão além da inserção, ainda durante a formação, no campo da saúde da família, permitindo a prática apreendida por meio da teoria nos muros da Universidade, de forma a ressignificá-la a partir das vivências em suas atividades de interno.

A união entre teoria e prática é primordial na formação uma vez que o conhecimento teórico é necessário para lidar com as diversas situações que a prática e a realidade profissional demandam (MOREIRA; FERREIRA, 2014). A integração ensino-serviço-comunidade proporcionada pelo internato é uma das possibilidades para se efetivar a articulação entre teoria e prática e proporciona ao discente refletir sobre situações reais e sobre as possíveis estratégias de intervenção, promovendo sua autonomia e criticidade.

Então, o estágio curricular é alçado como um dos instrumentos que viabilizam a extensão enquanto momento da prática profissional, da consciência social e do compromisso político, incluídos como um dos componentes da grade curricular dos cursos de graduação (FORPROEX, 1999).

A partir desta inserção nos serviços de saúde se fomenta a formação de enfermeiros críticos, reflexivos e comprometidos com a realidade. Em estudo realizado por Winters, Prado e Heidemann (2016), foi apontado que o curso de enfermagem cuja formação é voltada para o SUS prepara o profissional para atuar na Atenção Básica, por proporcionar uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, instigando o estudante o saber, o saber-fazer e o saber-ser, comprometidos com as mudanças da sociedade para atuar com autonomia, eficiência e eficácia nos serviços de saúde.

Essa inserção oportuniza, também, aliar o conhecimento científico ao conhecimento popular, uma vez que esses sujeitos convivem cotidianamente com a população e sua respectiva cultura. Desse modo, a ESF torna-se um potente espaço de ensino-aprendizagem, integrando o ensino, o serviço e a comunidade.

Assim, há a produção e o compartilhamento de conhecimento dos diferentes atores desse processo de ensino-aprendizagem, acadêmicos, enfermeiros docentes e enfermeiros dos serviços de saúde, possibilitando potencializar o fluxo de informações entre a universidade, os serviços de saúde e a comunidade (VANNUCHI *et al.*, 2012).

## **Atividades Desenvolvidas no Internato**

As atividades dentro das unidades básicas foram desenvolvidas à luz dos referenciais teóricos adotados ao longo do curso, sendo os mais prevalentes os instituídos pelo Ministério da Saúde por meio de seus Manuais. Dentro dos

programas específicos, os internos foram progressivamente envolvidos nas atividades em busca da consolidação do aprendizado.

As atividades foram desenvolvidas, em sua maioria, relacionadas aos programas existentes nas unidades, sendo eles: saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto, saúde do idoso e saúde sexual e reprodutiva. Dentre o que compreende a saúde da criança, os estudantes participavam ativamente da puericultura onde realizavam investigações a respeito do estado geral de desenvolvimento, fornecendo orientações sobre aleitamento materno exclusivo/alimentação complementar, sobre práticas de higiene da família para com a criança, sobre o calendário vacinal, entre outros.

No que concerne à saúde do adolescente, as atividades realizadas ainda se encontram fragilizadas na AB, o desenvolvimento de atividades com esse público não ocorreu de forma ampliada, ficando restrito ao pré-natal com adolescentes e ao seguimento da saúde sexual, quando havia procura de métodos contraceptivos.

Na saúde sexual e reprodutiva, situa-se a assistência pré-natal, o controle e tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST e da Aids, a prevenção do câncer ginecológico e de mamas e as ações de educação em saúde. No âmbito da assistência pré-natal, ocorreram momentos enriquecedores, nos quais se pôde prestar uma assistência integral, por meio da união entre prática de consulta e sessões educativas grupais e individuais.

O aprendizado, no contexto da saúde do adulto e do idoso ocorreu por meio de atividades realizadas por meio dos programas de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus,

Tuberculose, Hanseníase e na prática da visita domiciliar. O cuidado à pessoa idosa se configurou no atendimento diferenciado a esse público nos vários programas que os assiste, na realização de visitas domiciliárias e na participação de campanhas de vacinação.

A integração docente assistencial é fundamental, já que as novas diretrizes curriculares nacionais pressupõem que ela seja pautada na prática profissional, a fim de promover transformações do modelo de atenção em saúde, sendo que a Atenção Básica à Saúde é a principal porta de entrada para as necessidades de saúde da população e está integrada de forma articulada aos diferentes níveis de atenção à saúde, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2001; BRASIL, 2012; KUABARA *et al.*, 2014).

Ainda podemos destacar a inserção desses estudantes nos grupos de práticas corporais. A participação nesses grupos promoveu a troca de experiência entre os profissionais, acadêmicos e usuários do serviço de saúde, retomando a importância do autocuidado e investimentos na qualidade de vida dos indivíduos e sociedades, bem como fortalecer o acolhimento e a humanização da assistência em saúde, ampliando, assim, o olhar desses estudantes no seu processo de formação para uma saúde integral.

Além disso, no período dos estágios, os estudantes tiveram a oportunidade de desenvolver atividades na parceria da gerência dessas unidades básicas de saúde, assim puderam conhecer melhor o funcionamento e o processo de trabalho da UBS, o esquema para marcação de consultas, exames, encaminhamentos para especialidades, preenchimento de mapas e liderar a equipe. Foi possível a

participação nas rodas com a Equipe que acontecia todas as quintas-feiras, no turno da tarde, onde em um desses encontros os estudantes, juntamente com sua equipe de território, ficaram responsáveis pelo planejamento e condução da reunião no qual foram feitas considerações, tal como novas pactuações acerca do processo de trabalho na unidade, entre outros assuntos.

Na carga horária obrigatória do internato destina-se um período para atividades que englobem o controle social, no entanto, a maioria dos internos enfatiza a dificuldade de participar dessas atividades, uma vez que os Conselhos Locais de Saúde em muitos dos territórios que eles estão inseridos encontram-se desativados. Os internos, na maior parte das vezes, participam da reunião do Conselho Municipal de Saúde que ocorre mensalmente.

Inseridas as atividades dos três referidos eixos de atuação do internato, os discentes ainda planejam e executam uma intervenção, junto com a equipe em que estão atuando, por meio de um diagnóstico local que realizam a fim de amenizar alguma fragilidade do CSF que estão inseridos.

Foram sistematizadas ações de intervenções pelos estudantes nos territórios das unidades básicas de saúde relacionadas às seguintes temáticas: Relacionamento Interpessoal, Acolhimento com Classificação de Risco, Matriciamento em Saúde Mental, Educação Permanente, Equipamentos de Proteção Individual, Promoção da Saúde e “Cuidando” do cuidador. Salienta-se que tais temáticas foram originadas a partir das necessidades identificadas no serviço com a escuta dos profissionais, gestores e usuários da unidade e, também, pela observação do cotidiano.

O público-alvo dessas ações foram a comunidade e os profissionais de saúde, sendo utilizadas para o seu desenvolvimento metodologias ativas por compreender que se buscava um processo dinâmico e participativo entre comunidade, profissionais e estudantes.

Dessa forma, a estratégia extrapolou o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias, estimulou o vínculo que, por sua vez, instiga a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção da saúde e na defesa das condições de vida e saúde e no exercício da cidadania.

Os acadêmicos igualmente sistematizam narrativas clínicas, por meio de histórias de vida que lhes foram marcantes durante o período do internato. Busca-se, então, ensinar e aprender por meio da problematização de situações reais, assim foram realizados encontros para o compartilhamento dessas experiências e narrativas.

O atendimento na comunidade quebra o paradigma do consultório e reforça a consolidação de um sistema descentralizado, que visa a saúde como processo socialmente determinado que requeira não somente ações pontuais dentro das unidades, e sim ações que coloquem o cuidado como um ato de corresponsabilização entre os sujeitos do processo, com elo efetivo para a promoção da saúde (BORGES *et al.*, 2011).

## **Impacto do internato nos Centros de Saúde da Família**

Ademais, a inserção dos estudantes nos CSF incentiva a prática docente pelos profissionais da saúde que lá

estão trabalhando, uma vez que se estabelece uma parceria no sistema saúde-escola, onde os enfermeiros são preceptores dos acadêmicos.

Esta proposta pretende romper a concepção hegemônica tradicional biologicista e da transmissão do conhecimento vertical pelo professor, indo de encontro para uma concepção problematizadora das práticas e dos saberes em saúde, instigando e incentivando a produção de conhecimento nos serviços (FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010). Por conseguinte, fomenta-se uma constante ressignificação das práticas, na medida em que novos sujeitos e, conseqüentemente, novos olhares estão sendo inseridos continuamente a cada semestre nestes serviços de saúde.

A participação dos serviços de saúde no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes de enfermagem, com seus profissionais desempenhando o papel de preceptores em serviço, contribui para a definição, a organização e o desenvolvimento conjunto de suas atividades de internos, promovendo, portanto, o trabalho pedagógico fluido e dinâmico, de forma a possibilitar a construção de significados, o desenvolvimento de capacidades para o trabalho em saúde, o reconhecimento das dificuldades e a elaboração de propostas para a superação destas (FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010), bem como a reflexão dos próprios profissionais a repensarem suas práticas de forma a buscar a melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do SUS.

Nesse contexto, a proposta da inserção dos internos nos CSF instiga a Educação Permanente em Saúde - EPS, por meio da problematização das realidades dos serviços



com os profissionais de saúde. Destaca-se, então, o potencial educativo no, do e para o processo de trabalho a fim de promover a transformação das práticas em saúde, a partir da intersecção entre os saberes da universidade, dos profissionais e gestores desses serviços de saúde e dos usuários. Destarte, fomenta-se a (re)construção de saberes a partir da valorização das experiências do sujeito das práticas de trabalho em saúde.

A EPS tem sua interface interligada à realidade mutável e mutante nos/dos diversos serviços de saúde e promove uma estreita ligação da política com a formação de perfis profissionais e de serviços que instiguem autoanálise, autogestão, implicação e mudança institucional (CEC-CIM, 2005).

É preciso, então, pensar na formação de enfermeiros questionadores e participativos, que saibam utilizar os conhecimentos apreendidos na universidade em prol do bem-estar da população, que contribuem com a sua formação. Os profissionais críticos, reflexivos e políticos são capazes de estabelecer diálogo entre a diversidade de saberes com os quais se deparam no cotidiano dos serviços de forma a integrar o conhecimento apreendido nos muros da universidade com o que é apreendido fora deles, efetuando um cuidado emancipatório.

## **Acompanhamento e avaliação do internato**

A avaliação utilizada no internato é a formativa com o objetivo de identificar as potencialidades e as fragilidades envolvidas no processo de ensino-aprendizagem, que

pressupõe o ato de avaliar sendo parte integrante de todo processo de ensino-aprendizagem, baseada em seus aspectos cognitivos, afetivos e relacionais (PASSOS; NOBRE; NUNES, 2014). Além disso, estimula a autorregulação do interno e, conseqüentemente, o desenvolvimento de habilidades para a Educação Permanente em Saúde (BORGES *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, os internos são avaliados por diversas estratégias: avaliação pelas atividades desenvolvidas, avaliação do preceptor, participação do docente supervisor e a autoavaliação que serão descritas.

A partir da sistematização da narrativa e pelo desenvolvimento e sistematização da intervenção, espera-se que os estudantes concedam uma devolutiva aos serviços em que eles estavam inseridos e também serve como parte da avaliação do internato.

Os internos também são avaliados pelos preceptores, enfermeiros dos CSF em que estavam inseridos e que ficam diariamente com eles nos serviços. Os preceptores têm a oportunidade de colaborar com a formação dos internos, uma vez que podem ampliar a visão dele para além das técnicas, incorporando a contextualização histórica e socioeconômica do espaço em que estão inseridos, passando a entender, planejar e avaliar, por meio de um processo reflexivo (COSME, 2013). Dessa maneira, os preceptores recebem um instrumento que tem as seguintes dimensões: Conhecimento Técnico-Científico; Compromisso Ético Social; Comunicação; Capacidade de Trabalhar em Equipe; e Tomada de Decisão (UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ, 2016).

Insere-se, ainda, o papel do supervisor, enquanto docente da universidade para também conceder suporte teórico aos estudantes, com a função de apoiar, assessorar, supervisionar e acompanhar o desenvolvimento do internato e do interno durante todo o período de sua realização. Nesse sentido, os docentes da universidade ficam à disposição e com a responsabilidade por uma quantidade de internos para que possam apoiar o desenvolvimento de suas atividades.

A autoavaliação é utilizada como forma de responsabilizar os discentes nesse processo, uma vez que eles têm autonomia para condução de suas atividades e distribuição da sua carga horária no decorrer do internato. O instrumento de autoavaliação é constituído por dimensões que incorporam o ciclo de atenção à saúde a partir dos programas de atenção à saúde instituídos na ESF; o ciclo de gestão/gerência à saúde; e o ciclo de participação social (UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ, 2016).

A autoavaliação tem como principais objetivos além de produzir conhecimentos, identificar as causas dos problemas e deficiências encontradas no desenvolvimento das atividades, aumenta a consciência pedagógica e potencializa as relações de colaboração (INEP, 2004) entre os diversos atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem do internato na Atenção Básica.

O processo avaliativo proposto para internato, busca o enfoque problematizador onde sua centralidade teórico-metodológica pressupõe práticas de avaliação da aprendizagem baseadas a partir dos olhares de todos os sujeitos envolvidos, incluindo a autoavaliação a fim de ampliar as relações entre aprender, ensinar e avaliar (BATISTA *et al.*, 2005).

## CONCLUSÃO

As atividades desenvolvidas permitiram o aprendizado prático unindo a teoria, incorporando-a à realidade. As participações nas diversas intervenções elucidaram o papel do enfermeiro dentro da ESF, a qual abrange uma série de peculiaridades em busca de um cuidado efetivo na saúde coletiva.

O tempo de permanência nos serviços permitiu identificar as *nuances* desse cuidado, que envolve a promoção da saúde partindo-se de características que direcionam o processo, as quais envolvem a cultura da comunidade, a subjetividade dos sujeitos, o nível socioeconômico, as potencialidades do serviço e a adscrição dos territórios de cada unidade. A percepção da família como foco do cuidado foi uma habilidade adquirida, pois, apesar de as ações terem sido desenvolvidas em programas específicos que fragmentam o sujeito, o engajamento da família para o cuidado foi reforçado em todas as atividades.

Verifica-se então que há uma via de mão dupla, onde tanto os serviços de saúde quanto a universidade são beneficiados por meio dessa parceria e, conseqüentemente, os usuários do Sistema Único de Saúde - SUS. Outrossim, promove o estreitamento de vínculos entre os profissionais, acadêmicos e à própria população, o que potencializa o aprendizado de ambos e evidencia o trabalho no “saúde da família”.

É perceptível que para atuar em saúde comunitária o enfermeiro precisa ter uma série de conhecimentos, tanto teóricos quanto práticos, porém, uma característica fundamental é a capacidade de liderança e tomada de decisões,

uma vez que se percebeu o quanto este profissional é solicitado e visto pelos demais membros da equipe como peça fundamental para o bom funcionamento da unidade.

Com base no exposto, o internato na ESF mostra-se como uma ferramenta indispensável para o processo de ensino-aprendizagem da formação dos futuros enfermeiros com competência para atuar na ESF que é reafirmada quando se discute a corresponsabilização na construção desse modelo de atenção à saúde, que é construído, dia após dia, por esses estudantes que se encontram inseridos dentro das unidade a partir da integração ensino-serviço-comunidade.

## REFERÊNCIAS

BARROS, A. S. **Relação Teoria e Prática no Trabalho na Área da Saúde:** um estudo a partir dos estágios dos Técnicos em Enfermagem. 2012. 170f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

BATISTA, N. B.; BATISTA, S. H.; GOLDENBERG, P.; SEIFFERT, O.; SONGZOGNO, M. C. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 231-7, 2005.

BORGES, J. W. P.; ANDRADE, A. M.; MENEZES, A. V. B.; MOURA, A. D. A. Estratégia Saúde da Família: Experiência de Acadêmicos de Enfermagem em Estágio Curricular. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 409-16, abr./jun. 2011.

BORGES, M. C.; MIRANDA, C. H.; SANTANA, R. C.; BOLLELA, V. R. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de a menta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 324-31, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008.** Dispõe sobre o estágio de estudantes. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm). Acesso em: 14 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação**. Parecer CES/CNE n. 583/2001, homologação publicada no DOU de 29/10/2001, Seção 1, p. 87.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunic, Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

COSME, F. S. M. N. **Preceptoria de Enfermagem na Atenção Básica: Construção de Competências a partir da Prática**. 2013. 153f. Dissertação (Mestrado Profissional de Ensino na Saúde). Universidade Federal Fluminense, Niterói - RJ, 2013.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 207-215, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2018.

INEP. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES). SINAES Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior. **Orientações Gerais Para o Roteiro da Auto-Avaliação das Instituições**. Brasília: INEP, 2004.

KUABARA, C. T. M.; SALES, P. R. S.; MARIN, M. J. S.; TONHOM, S. F. R. Integração Ensino e Serviços de Saúde: Uma Revisão Integrativa da Literatura. **Rev. Min. Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 195-201, jan./mar. 2014.

MOREIRA, F.; FERREIRA, E. Teoria, prática e relação na formação inicial na Enfermagem e na docência. **Educação, Sociedade & Culturas**, n. 41, p. 127-148, 2014.

PASSOS, M. L. S.; NOBRE, I. A. M.; NUNES, V. B. Regulação em um processo de avaliação Formativa em um curso de pós-graduação ofertado a distância. **Eesud 2014 – XI Congresso Brasileiro de Ensino Superior a Distância**. Florianópolis/SC, 05-08 ago. 2014. UNIREDE.

FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS. **Plano Nacional de Extensão Universitária**. Ilhéus: Eeditus, 1999.

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ. **Guia do Internato I – Atenção Básica à Saúde**. Sobral: Universidade Estadual Vale do Acaraú, 2016.

VANNUCHI, M. T. O. *et al.* O internato de enfermagem no currículo integrado. *In*: KIKUCHI, E. M. (Org.). **Currículo integrado**: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. UEL, 2012. p. 179-92.

WINTERS, J. R. F.; PRADO, M. L.; HEIDEMANN, I. T. S. B. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 248-253, 2016.

# INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: EM BUSCA DE LIÇÕES PRÁTICAS PARA UM NOVO PERFIL DO NUTRICIONISTA

Álvaro Magalhães Cavalcante Pereira  
Caroline Moreira Arruda  
Maria Marlene Marques Ávila

## INTRODUÇÃO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, passou-se a discutir de forma mais enfática, no Brasil, a necessidade da reorientação da formação dos profissionais de saúde, historicamente pautada pelo paradigma do modelo biomédico, o qual se mostra insuficiente para formar profissionais alinhados com os princípios e diretrizes do SUS, e com o novo contexto global (FRENK *et al.*, 2010), em decorrência da fragmentação em especializações, e enfoque nos aspectos biológicos da doença e no ambiente hospitalar (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; CARVALHO; CECCIM, 2012). Esta situação é comum a todas as categorias profissionais de saúde, dentre essas, o nutricionista.

De maneira geral, são reconhecidos três principais campos de atuação do nutricionista: Nutrição clínica, Alimentação de coletividades, e Nutrição em saúde pública, sendo especificamente este último o que representa maior possibilidade de inserção do profissional no nível da Atenção Primária em Saúde - APS.



Conforme Recine *et al.* (2012), a maioria dos cursos de nutrição no Brasil destinam, no máximo, 30% da carga horária total da formação em disciplinas com foco na Nutrição em Saúde Pública. Situação histórica já detectada por outros estudos, que identificaram ser a formação acadêmica do nutricionista no cenário brasileiro, focada na lógica da clínica assistencial, estruturada pela vertente biológica, perceptível nos currículos dos cursos de graduação no País, os quais apresentam um predomínio de disciplinas técnicas (BOSI, 1988; GAMBARDELLA, 2000; RECINE *et al.*, 2012). Dado que o modelo assistencial brasileiro prioriza a APS, compreende-se a importância da atuação do nutricionista neste nível, situação fortemente defendida no Brasil (CERVATO-MANCUSO *et al.*, 2012; GEUS *et al.*, 2011; JAIME *et al.*, 2011; BRASIL, 2008a).

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde - MS em parceria com o setor educacional tem apresentado proposições em prol de mudanças na formação em saúde; dentre elas, destacam-se as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde.

As DCN são um marco importante no setor da educação, porque introduziram recomendações para a construção de currículos pautadas na formação para o SUS. Em relação aos cursos de graduação em nutrição, as DCN recomendam que atividades práticas sejam realizadas de forma contínua desde o início do curso, visando a interação precoce e continuada do estudante com a realidade dos serviços de saúde e da população, conferindo significado ao aprendizado (BRASIL, 2001).

O Pró-Saúde, lançado em 2005 pela Portaria Interministerial nº. 2.101/05 (BRASIL, 2005a), propõe que o processo de reorientação da formação contemple três eixos: Orientação Teórica, Cenários de Prática e Orientação Pedagógica. Essa divisão é apenas didática, uma vez que o próprio documento expressa a perspectiva de que os processos de reorientação ocorram simultaneamente nos distintos eixos. Cada eixo é subdividido em três vetores específicos e a cada vetor corresponde uma classificação, conferida por evidências observadas no processo formativo, que vai do estágio 1 que caracteriza a situação mais conservadora ou tradicional, passando pelo estágio 2 que identifica um curso em transição, até o estágio 3, considerado imagem-objetivo, ou seja, cursos em que o processo formativo pauta-se pela transformação das práticas pedagógicas realizadas à luz das necessidades reais da população usuária do SUS (BRASIL, 2007).

Para participar do Pró-Saúde é condição necessária que o projeto de reorientação da formação integre a Instituição de Ensino Superior - IES e o serviço de saúde, e que seja estruturado conforme os três eixos de transformação (BRASIL, 2007).

O Pró-Saúde compreende a adequada integração ensino-serviço como um fator positivo na formação dos futuros profissionais, dado que é nessa interface que ocorre o diálogo entre a educação e o trabalho, permitindo desenvolver o conhecimento acerca do outro na cotidianidade das práticas de saúde, além de se constituir num espaço privilegiado para a “transformação e consolidação dos modelos de atenção à saúde pautados pelos valores do SUS”

(ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). Dessa forma, esta integração está contemplada no eixo 2 do programa.

É por meio desta integração que a inserção dos estudantes no campo de práticas poderá ocorrer precocemente, o que possibilitará que se percebam enquanto responsáveis pela saúde da população, assumindo um papel ativo nos diversos processos que conduzem à saúde ou à doença, visando sua autonomia enquanto profissionais, e compreensão da complexidade da integralidade humana.

O Curso de Graduação em Nutrição, objeto deste estudo, foi pioneiro no Estado do Ceará, iniciando em 1977. Desde então, passou por algumas reformas curriculares, sendo a atual matriz fruto da última reforma ocorrida em 1999 (UECE, 2010). Historicamente, o curso apresenta uma clara tendência para a área da Nutrição Clínica a exemplo de outros cursos no Brasil (BOSI, 1996; RECINE, 2012).

Este estudo analisou o vetor integração ensino-serviço no processo formativo do referido curso a partir do referencial do Pró-Saúde. A opção por este vetor foi decorrente dos achados de um estudo mais amplo que avaliou a formação dos profissionais de saúde nas universidades públicas de Fortaleza-Ceará, cujos resultados evidenciaram que as dificuldades na integração ensino-serviço contribuem para a formação de profissionais com pouca afinidade para a atuação no SUS/APS. Nesse contexto, este trabalho é inovador, por haver reduzida publicação na literatura sobre a formação de nutricionistas a partir do referencial do Pró-Saúde.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo é um recorte da pesquisa “Avaliação da formação de profissionais de saúde de nível superior pelas universidades públicas em Fortaleza-CE”, de caráter multicêntrico que avaliou qualitativamente os cursos de graduação da área de saúde com ênfase na formação para atuação na APS.

O estudo realizado por meio de abordagem qualitativa caracteriza-se como uma avaliação interna, por ser o grupo de pesquisadores composto por docentes, discentes e egressos do curso avaliado, tipo de avaliação de ensino importante por reconhecer os participantes do processo formativo como sujeitos da ação educacional (SACRISTÁN, 1998).

A avaliação foi realizada por meio do estudo de caso que, conforme Yin (2005), contribui para uma visão abrangente de acontecimentos da vida real, possibilitando ao investigador o aprofundamento em relação ao fenômeno estudado, revelando *nuances* difíceis de serem enxergadas “a olho nu”.

Os dados foram coletados no período de janeiro a setembro de 2014 e abrangeu pesquisa documental, cuja fonte foi o Projeto Pedagógico do Curso - PPC (UECE, 2010) e entrevistas semiestruturadas com 43 docentes.

A análise documental buscou na matriz curricular, com base nas ementas, os objetivos e conteúdos programáticos, os elementos identificadores de atividades práticas realizadas na APS.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e sistematizadas. A análise buscou identificar as evidências que

permitem a classificação do processo formativo em um dos estágios do vetor integração ensino-serviço, descritas a seguir: “Estágio I – Os cursos mantêm rígida separação entre a programação teórica e a prática dos serviços de saúde; Estágio II – Os cursos contam com alguma articulação da programação teórica com a prática dos serviços de saúde, em poucas áreas disciplinares, predominantemente na atenção de caráter curativo. Estágio III – Imagem Objetivo - A escola integra, durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com a prática nos serviços públicos de saúde, em níveis individual e coletivo, com participação de todas as áreas disciplinares (BRASIL, 2007).

A pesquisa foi aprovada pelo Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE nº. 388.536 de 9/9/13, em conformidade com a Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012a).

## **RESULTADOS**

Na matriz curricular composta por 49 disciplinas, verificamos que apenas três disciplinas preveem atividades práticas na APS: Nutrição em Saúde Pública, ofertada no 6º semestre do curso; Educação Nutricional no 7º semestre e o Estágio supervisionado em Nutrição em Saúde Pública, realizado no 8º semestre (UECE, 2010).

A disciplina Estágio Supervisionado em Nutrição em Saúde Pública, contempla 374 horas/aulas realizadas em instituições que integram a rede de atenção em saúde (RAS) e nas unidades de saúde na atenção básica. Já as disciplinas de Nutrição em Saúde Pública e Educação

Nutricional não explicitavam em suas ementas, nem nos objetivos, atividades práticas na APS, mas estas eram apresentadas no conteúdo programático. Ressalta-se que estas disciplinas contemplam a compreensão de saúde ampliada por meio da abordagem dos determinantes sociais de saúde com ênfase no contexto do cuidado em saúde na atenção básica (OPAS, 2009), possibilitando o contato do estudante com este nível da RAS antes de sua inserção no serviço, como estagiário de nutrição, no campo da saúde coletiva.

Quanto aos cenários de prática, conforme a percepção dos docentes, o curso dispõe de uma diversidade de cenários, contemplando os três principais campos de trabalho do nutricionista. Considerando os estágios como a principal forma de propiciar o contato com o SUS, os docentes trouxeram as reflexões sobre a qualidade da parceria existente, tanto para os estágios curriculares quanto extracurriculares:

Tem parcerias com os hospitais, com as instituições, empresas [...], tem o do estágio extracurricular também, tem muita parceria com as empresas comerciais (Docente 12).

Essas parcerias, elas até existem, assim, no papel. [...] Mas eu entendo parceiro, a universidade cede o aluno, o local lá cede o campo, mas a gente tem que ter um acompanhamento, um retorno [...] Então, eu entendo assim: a parceria no papel, tá tudo muito bem traçado, mas pra executar realmente, pra delegar, pra ver se aquilo que tá no papel realmente tá funcionando eu acho que precisa melhorar muito, precisa avançar ainda nisso [...] (Docente 9).

Um outro aspecto percebido pelos docentes é a fragilidade referente às atividades desenvolvidas em alguns locais do Estágio Supervisionado em Nutrição em Saúde Pública, consideradas destoantes, inclusive das propostas do PPC. O discurso salienta que as atividades práticas realizadas não contribuem para a formação do nutricionista com as competências necessárias ao exercício profissional no campo da saúde coletiva:

[...] quando eu era da coordenação de estágio a gente percebia as dificuldades de fazer a coisa acontecer na saúde coletiva. Em determinado campo de estágio é só atendimento ambulatorial. Como se a saúde coletiva fosse isso. A saúde coletiva é muito maior do que isso. Então, assim na área de saúde pública a gente vê que essa parceria é frágil porque você leva o aluno para ter essa formação em saúde coletiva ali naquele local e, muitas vezes, ele sai com a ideia de que a saúde pública é atendimento ambulatorial. Na verdade, ela não é (Docente 9).

Um outro problema enfrentado pelo curso é a competição com as escolas privadas pelos locais de estágio. É recorrente a informação de que as escolas particulares, geralmente, entram com mais recursos e acabam virando preferência dos campos de estágio, em detrimento das escolas públicas que “apenas” podem oferecer recursos humanos:

[...] Aquela parceria institucional existe, de eu recebo seus alunos e tal, mas assim uma parceria de trabalho, eu não vejo de jeito nenhum. [...] Me preocupa essa visão porque assim, a universidade é pública. O que ela tem pra oferecer? Ela tem o material humano pra oferecer, que são os nossos alunos, que estão aprendendo, mas estão lá ajudando também. Isso a gente não pode deixar de dizer. [...] Eles não são um estorvo lá não. Pelo

contrário. E, às vezes, eu vejo essa parceria com uma má vontade sabe, como se eles (profissionais) tivessem recebendo por obrigação. [...] Aí quando não dá pra receber, como já aconteceu várias vezes, dá a hora: “pronto hoje eu não posso receber aluno não. Não mande esse semestre”. Então que parceria é essa? [...] (Docente 30).

Outra fragilidade referida pelos docentes é relacionada à dificuldade de supervisão nos estágios não obrigatórios. São várias empresas/instituições que ofertam essa possibilidade e, conforme os depoimentos, o professor coordenador dessa atividade nem sempre toma o adequado conhecimento da sua realização, o que impede/dificulta a supervisão, fato que pode contribuir para que os estudantes sejam usados como “mão de obra barata” em vez de enriquecerem o processo formativo por meio da interação teórico-prática:

[...] Embora as instituições venham pra cá pegar a assinatura estabelecendo o vínculo entre a universidade e instituição, muitas vezes a coordenadora não toma nem conhecimento. [...] Será que eles (os alunos) estão realmente se reciclando, praticando ou eles estão sendo utilizados como uma mão de obra barata? Ninguém sabe. [...] (Docente 5).

Por outro lado, os docentes apontam que, às vezes, ocorrem situações em que os profissionais receiam receber os alunos para não expor a sua própria necessidade de reciclagem/atualização, situação reportada em relação ao estágio obrigatório:

[...] porque, às vezes, quem está lá tem até receio de receber o aluno. O aluno vem com tudo tão novo e, muitas vezes, ele (o profissional) se formou há tanto tempo, ele não teve tempo suficiente ou não



teve interesse, não vem ao caso agora, mas ele não teve como buscar atualização e, às vezes, ele não recebe o aluno porque ele tem receio de mostrar uma fragilidade do serviço (Docente 9).

Em acréscimo a esta situação, a contribuição dos profissionais do serviço no planejamento e avaliação do ensino não se encontra estruturada, o que concorre para a ausência de contribuições mais efetivas na formação dos futuros nutricionistas:

[...] no curso não existe uma sistemática de haver esse *feedback*, do mercado, dos profissionais das instituições que estão colaborando pra formação. Não existe isso, pedir uma avaliação deles, pra ver o que acham sobre o que está sendo dado, o que poderia ser dado mais pra formação, o que eles estão vendo lá no local de trabalho [...] Porque não se chama esses profissionais pra fazer uma reunião, pra ver que deficiências eles estão sentindo enquanto profissionais? Não existe isso [...] (Docente 12).

Uma ação referida pelos docentes como referência na integração ensino-serviço foi o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, o qual se caracteriza como uma atividade complementar:

Você tem o PET, que ele até dá um retorno bom pra integração, pra melhorar o processo de ensino (Docente 9).

[...] Eu vejo mais a gente conseguir essas parcerias através de estratégias como o PET, como as pesquisas, quando você envolve as pessoas (Docente 30).

Tais achados classificam o curso no estágio 1 do vetor integração ensino-serviço do Pró-Saúde, ou seja, as evidências constatadas são características de processos for-

mativos nos quais há rígida separação entre a programação teórica e a prática dos serviços de saúde (BRASIL, 2007).

## DISCUSSÃO

O predomínio da abordagem teórica na formação de conhecimentos relacionados ao SUS/APS é fortemente marcado pelo fato de apenas três disciplinas contemplarem atividades práticas realizadas na atenção básica. Além de que, a concentração destas nos últimos semestres do curso não permite a sedimentação de conhecimentos a partir dos problemas reais da população, nem o contato precoce durante o processo formativo com os cenários de prática, conforme preconiza o Pró-Saúde (BRASIL, 2007), o que já vem sendo observado em outros cursos de nutrição no Brasil (RECINE *et al.*, 2012).

Essa situação representa um obstáculo para a concretização de mudanças na formação do profissional nutricionista, uma vez que a integração ensino-serviço é um espaço por excelência para reflexão sobre as práticas de ensino e de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008), portanto, lugar de ressignificação do apreender teórico.

A concepção dialética da relação teoria e prática considera que estas duas categorias não podem ser concebidas separadamente, visto ser esta relação mútua, o que permite a existência de uma ou outra (GAMBOA, 1995). Nesse sentido, tal concepção guarda estreita relação com a integração ensino-serviço, pois sem a existência desta, a teoria ensinada em sala de aula torna-se estática ao ponto de virar uma falácia e a prática um mero ativismo (FREIRE, 2002).

Ademais, o distanciamento entre os serviços de saúde e a universidade dificulta a formulação de propostas pedagógicas para a formação acadêmica, capazes de privilegiar a abordagem de aspectos singulares indispensáveis para o trabalho do nutricionista na APS, como vínculo, acolhimento, escuta e trabalho em equipe (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

O estágio curricular obrigatório é de fundamental importância para os estudantes, por proporcionar vivências pré-profissionais nas áreas de atuação do nutricionista, possibilitando a identificação de aptidões para o exercício profissional (UECE, 2010). Por sua vez, o Estágio Supervisionado em Nutrição e Saúde Pública, desenvolve-se de forma incoerente com as atribuições preconizadas para o nutricionista no âmbito da APS (BRASIL, 2009a; 2010; 2005a; 2008a), evidência disto é a reprodução da lógica do “dietoterapeuta da saúde pública” (BOSI, 1996), reforçando a atuação reduzida a aspectos clínicos.

É importante esclarecer o reconhecimento da prática do atendimento clínico/assistência ambulatorial, como uma atribuição ou nível de intervenção elencada nos documentos que norteiam a atuação do nutricionista na APS (BRASIL, 2009a; 2010; 2012b, 2014; 2005b), visto a magnitude da transição epidemiológica e nutricional brasileira, sendo essencial nos casos em que há uma necessidade maior de atenção nutricional especializada. Entretanto, esta atividade não pode ser o cerne da prática quando se trabalha com Saúde Coletiva, conforme alerta Bosi (1996). O Ministério da Saúde esclarece que, embora o nutricionista e demais profissionais da equipe dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família possam fazer este tipo de atendimento,

seu processo de trabalho deve ser pautado na lógica do apoio matricial às equipes de saúde da família, não se constituindo em ambulatório específico (BRASIL, 2014).

Quanto ao estágio extracurricular, neste, muitas vezes o estudante exerce, na verdade, um trabalho sub-remunerado, desenvolvendo atividades que destoam da proposta do PPC, o que representa um desvio de função condenável pelo exposto na Lei nº 11.788/2008, que dispõe sobre o estágio de estudantes: “os agentes de integração serão responsabilizados civilmente se indicarem estagiários para a realização de atividades não compatíveis com a programação curricular estabelecida para cada curso [...]” (BRASIL, 2008b).

A pouca receptividade de alguns profissionais em receber estagiários relaciona-se, em alguns casos, com a desatualização de alguns e o receio de se expor junto aos estudantes, fragilidades também documentadas por Cavalheiro e Guimarães (2011). Nesse aspecto, é necessário ressaltar o papel da IES, uma vez que a parceria para atividades práticas é uma forma de promover a educação permanente (BRASIL, 2009b), que, nesse caso, não está sendo devidamente realizada. Ressalta-se que a integração ensino-serviço é condição essencial para o desenvolvimento da competência “educação permanente” disposta nas DCN, ao mencionar o compromisso do profissional do serviço com “treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais”, gerando benefícios mútuos e “estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional” (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, o papel da IES deve ser a busca de um *feedback* do serviço, de forma a direcionar a formação

para as necessidades de saúde da população. Por outro lado, destaca-se a importância da participação ativa dos profissionais do serviço e usuários nas discussões sobre a formação em saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

A falta de integração entre a academia e o serviço leva ao distanciamento dos profissionais do processo ensino-aprendizagem, o que repercute na ausência de participação destes no planejamento e avaliação do ensino, e, conseqüentemente, acarreta prejuízos no processo formativo por não contemplar uma aprendizagem subsidiada pelos problemas reais. Particularmente, no campo de estágio da saúde coletiva, realizado em unidades básicas de saúde, este distanciamento inviabiliza trabalhar a educação permanente em saúde, não beneficiando os atores em questão – discentes, docentes e egressos (preceptores) – visto que esta atua como um dispositivo conceitual e integrador destes sujeitos na medida em que supõe o ensino em serviço a partir da problematização da prática no campo da saúde (BRASIL, 2003; CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

A única atividade percebida como facilitadora da articulação ensino-serviço foi o PET-Saúde, provavelmente por ser uma exigência do próprio programa a articulação entre a IES e o serviço, sem a qual este não se realiza (BRASIL, 2009b). Conforme Rodrigues *et al.* (2012), o aumento na interação entre a universidade, equipamentos de saúde e comunidade contribui para a formação de vínculo e troca de saberes e práticas entre os diferentes sujeitos.

## CONCLUSÃO

De forma geral, o processo formativo proposto no PPC apresenta fragilidades no tocante à integração ensino-serviço. Particularmente, no que se refere à atuação no SUS, tal fragilidade é visível dado o número limitado de disciplinas que preveem atividades práticas para os estudantes na APS, além de que estas apenas ocorrem ao final do curso, não proporcionando o contato contínuo com este nível assistencial durante todo o processo formativo.

Apesar da diversidade de cenários de prática, os docentes percebem várias limitações que repercutem no perfil do formando: competição desigual existente entre instituições privadas e públicas de ensino por locais de estágio; insuficiente supervisão dos estágios extracurriculares; pouca receptividade dos profissionais dos diversos serviços para receber estagiários; e falta de participação dos profissionais do serviço no planejamento e avaliação do ensino. Tais limitações e fragilidades repercutem na ausência de ações de educação permanente e na formação de profissionais desconhecedores do contexto social onde se dará seu exercício profissional. O PET-Saúde sobressaiu como atividade que contribui para a integração ensino-serviço.

Ante tais resultados, compreendemos ser uma prioridade para o curso a discussão de estratégias e formas de adequar o processo formativo às recomendações do Pró-Saúde, e, especificamente no vetor “integração ensino-serviço”, buscar a superação das dificuldades identificadas, visando alcançar a imagem-objetivo proposta pelo programa, para o que é essencial a reformulação do PPC e a inclusão dos profissionais do serviço na discussão das estratégias propostas.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, A. P.; REZENDE, C. H. A.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O. V.; LUGARINHO, R. M. A Integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

BOSI, M. L. M. **A face oculta da nutrição**: ciência e ideologia. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1988.

BOSI, M. L. M. A trajetória profissional do nutricionista no Brasil. *In*: **Profissionalização e conhecimento**: a nutrição em questão. São Paulo: Hucitec, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012a**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**: núcleo de apoio à saúde da família. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PET-Saúde**: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Brasília, 2009b. Disponível em: [http://www.prosaude.org/noticias/sem2011Pet/folder\\_petsaude\\_2011.pdf](http://www.prosaude.org/noticias/sem2011Pet/folder_petsaude_2011.pdf). Acesso em: 02 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). **O papel do nutricionista na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CFN, out., 2008a.

BRASIL. **Lei nº 11.788/2008**. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei no 9.394, de 20 de

dezembro de 1996; revoga as Leis nº 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º. da Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. 2008b. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm). Acesso em: 04 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005a.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. **Resolução CFN nº380/2005**. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer Nº. 1.133/2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. 2001.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. *et al* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 137-170.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. **Caderno FNEPAS**, v. 1, dez. 2011, p. 19-27.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004a.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004b.

CERVATO-MANCUSO, A. M.; TONACIO, L. V.; SILVA, E. R.; VIEIRA, V. L. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3289-3300, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.



FRENK, J.; CHEN, L.; BHUTTA, Z. A. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, p. 1923-58, 04 dez. 2010.

GAMBARDELLA, A. M. D.; FERREIRA, C. F.; FRUTUOSO, M. F. P. Situação profissional de egressos de um curso de nutrição. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 37-40, jan./abr. 2000.

GAMBOA, S. S. Teoria e prática: uma relação dinâmica e contraditória. **Motrivivência**, Florianópolis, ano 7, n. 8, p. 31-45, dez. 1995.

GEUS, L. M. M.; MACIEL, C. S.; BURDA, I. C. A.; DAROS, S. J.; BATISTEL, S.; MARTINS, T. C. A. *et al.* A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 797-804, 2011.

JAIME, P. C.; SILVA, A. C. F.; LIMA, A. M. C.; BORTOLINI, G. A. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, nov./dez. 2011.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Sistemas de saúde com base na Atenção Primária em Saúde: estratégias para o desenvolvimento de equipes de Atenção Primária em Saúde. Série Renovação da Atenção Primária em saúde das Américas**, n. 1. Washington, 2009.

RECINE, E.; GOMES, R. C. F.; FAGUNDES, A. A.; PINHEIRO, A. R. O.; TEIXEIRA, B.; SOUSA, J. S. *et al.* A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 21-33, jan./fev. 2012.

RODRIGUES, A. Á. A. O.; JULIANO, I. A.; MELO, M. L. C.; BECK, C. L. C.; PRESTES, F. C. Processo de Interação Ensino, Serviço e Comunidade: a Experiência de um PET-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 36, n. 1, supl. 2, p. 184-192, 2012.

SACRISTÁN, J. G. A avaliação no ensino. *In*: SACRISTÁN, J. G.; PÉREZ GÓMEZ, A. I. **Compreender e transformar o ensino**. 4. ed. Trad. Ernani F. da Fonseca Rosa. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 295-351.

UECE. Universidade Estadual do Ceará. **Projeto Político-Pedagógico - Curso de Nutrição**. 2010.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

# INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO MÉDICA: PERCEPÇÃO DE DOCENTES E DISCENTES DE MEDICINA DA UECE

Wilson Eduardo Cavalcante Chagas  
Ana Patrícia Pereira Morais  
Glauca Posso Lima  
Moacir Cymrot  
Jane Denise Cavalcante Chagas

## INTRODUÇÃO

As mais famosas escolas de Medicina da antiga Grécia foram as de Rhodas, Crotona, Cós (frequentada por Hipócrates) e Cnido. Para dominar o ofício da Medicina, o aprendiz acompanhava o mestre, participando progressivamente do exercício prático da profissão e, após exercer as atividades de modo supervisionado por algum tempo, passava a atuar autonomamente. Apesar de haver uma ou outra faculdade de Medicina isolada, as universidades surgiram nos séculos XII e XIII (AGUIAR, 2010).

As universidades medievais eram constituídas como organizações com estrutura e sistema administrativo totalmente independente dos serviços de assistência, promovendo uma cisão da educação médica com o mercado de trabalho. A formação era eminentemente teórica e poucos

médicos saíam com experiência prática. O estudo de Medicina passou a ser visto como experiência pedagógica, eximindo o acadêmico do trabalho produtivo, da dinâmica dos serviços de assistência e da contribuição para a transformação da realidade do setor saúde. Essa divisão entre trabalho manual e intelectual perdura até hoje, constituindo um dos mais importantes problemas da Educação Médica atual (LAMPERT, 2002).

Na medida em que os conhecimentos sobre a Anatomia, Histologia, Patologia, Bioquímica, Fisiologia e Microbiologia ampliaram-se, por volta de 1880 a 1950, a visão de Medicina Social perdeu a hegemonia na Europa e muitos médicos passaram a acreditar que a Medicina daria conta de solucionar a maioria dos problemas médicos, sem privilegiar os problemas sociais (DAROS, 2000).

Com o fortalecimento da teoria bacteriana e a criação da Universidade Johns Hopkins, em 1893, os Estados Unidos da América (EUA) passaram a se destacar no Ensino Médico. Foi criada a associação do ensino das ciências básicas à Medicina hospitalar e do treinamento clínico à pesquisa científica (OLIVEIRA, 2007).

Em 1910, Abraham Flexner publicou o estudo que ficou conhecido como Relatório Flexner. Propunha rigoroso controle de admissão, a divisão do currículo em ciclo básico/clínico e o ensino baseado na doença como um fenômeno natural, excluindo o social, o coletivo, o público e a comunidade do processo de saúde-doença. As escolas de Medicina passaram a ser elitizadas, sendo frequentadas pela classe média alta (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Quinze anos após emitir seu relatório, Flexner reconheceu a diminuição da importância dos aspectos sociais e humanistas

ao acentuar que “a medicina científica na América – jovem, vigorosa e positivista – é hoje tristemente deficiente de “base” cultural e filosófica” (COOKE *et al.*, 2006).

No Brasil, o Ensino Médico oficial tem início com a chegada de D. João VI. A primeira escola médica foi fundada em fevereiro de 1808, em Salvador e a segunda no Rio de Janeiro, em abril do mesmo ano. No começo, os currículos eram reduzidos e o corpo docente limitado a 2 ou 3 mestres para as disciplinas mais importantes: Medicina Operatória, Obstetrícia, Química e Matérias Médicas. Os cursos concediam cartas de “aprovados em cirurgia” e de “cirurgião formado”. Estes eram obrigados há dois anos mais de estudo, com aprovação distinta (LAMPERT, 2008).

Após a reforma do Ensino Médico dos EUA, impulsionada pela publicação do Relatório Flexner, o Brasil deslocou gradativamente seu modelo de formação médica francesa para a estadunidense, recebendo influência crescente das concepções marcadamente positivistas (NUNES, 2010). Marcando o novo modelo de formação médica nas escolas brasileiras, como o caso da Faculdade de Medicina do Estado do Ceará em 1948, que inaugura com uma turma de dez acadêmicos, nessa época, as anuidades eram auto financiadas (GIRÃO, 2008).

Até o final do século XIX, a atuação do Estado brasileiro na assistência à população predominava no combate às doenças em situações de epidemias, calamidades e intervenções curativas de elevado aporte tecnológico. A prática médica era exercida por produtores de serviços de saúde com autonomia plena (OLIVEIRA, 2007). A lógica da produtividade tomava conta da relação médico-paciente.

As pressões capitalistas passaram a determinar a organização e a gestão dos hospitais, clínicas, faculdades e consultórios e a formação dos profissionais (AMORETTI, 2005).

Então, as escolas médicas passaram a privilegiar o ensino por disciplinas segundo especialidades. Além do mais, foram criados os hospitais universitários como *locus* estratégico e privilegiado para o binômio ensino-pesquisa. A formação médica passou a favorecer o investimento em ações curativas, hospitalocêntricas, com ênfase desproporcional no uso de tecnologias duras (MERHY, 2000).

Para suportar as mudanças estruturais no sistema de saúde no Brasil, a necessidade de mudança no perfil do profissional foi uma consequência imediata. A partir do início da década de 1990, os cursos de graduação na área da saúde começaram a passar por inúmeras transformações em suas práticas político-pedagógicas a fim de formar profissionais aptos a atuarem de acordo com os princípios norteadores desse novo modelo assistencial (FERREIRA *et al.*, 2014).

Essa mudança constitui uma exigência para consolidação do sistema de saúde proposto, incrementando a aposta na formação e o investimento público para isso (BATISTA, 2013). Diante desta demanda, o Ministério da Educação estabeleceu, em 2001, as Diretrizes Curriculares para o curso de Medicina. Elas determinavam que, ao egressar da faculdade, o médico deveria atuar na perspectiva da integralidade da assistência, buscando qualidade, eficiência e resolubilidade do sistema de saúde, atuando em atividades de política e planejamento em saúde, reconhecendo seu papel social, compromisso com a cidadania, e como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

No ano seguinte, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação instituíram o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED, por meio da Portaria Interministerial nº 610, em 26 de março de 2002 (BRASIL, 2002). Tinha como principal objetivo adequar a formação dos médicos à realidade do atual sistema de saúde do País. O PROMED ampliou os cenários e a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde, promovendo a abertura dos serviços universitários à demanda do SUS (BRASIL, 2002).

É neste cenário que, no Estado do Ceará, surge o Curso de Medicina da UECE. Ele despontou a partir de uma perspectiva de formação médica mais socialmente envolvida com um programa que vocacionasse os futuros médicos ao trabalho transformador nas políticas públicas de saúde. Sua criação ocorreu com origem numa série de medidas em maio de 1996 e, do ponto de vista legal, na Portaria nº 641, de 13 de maio de 1997. O planejamento do curso iniciou de fato em 1997 e foi concluído, como projeto, em 2002. Tornou-se uma das mais promissoras iniciativas no campo da educação superior do Ceará nos tempos atuais (SILVA, 2009).

Sendo uma instituição da esfera estadual, utiliza todo o aparato da rede estadual de serviços de saúde e, com a parceria do sistema municipal de ensino-escola, as instalações físicas da ampla rede de serviços de saúde do Município de Fortaleza que inclui hospitais, policlínicas e unidades básicas de saúde, permitindo maior contato do aluno com a rede de assistência em saúde, principalmente com a Estratégia Saúde da Família (SILVA, 2009).

No âmbito nacional, visando a integração da rede pública de serviços à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente, em 2005, foi criado pelo Ministério da Educação o PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2005). Ainda dentro desta perspectiva, em 2010, foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Com o pressuposto da educação pelo trabalho, adota o prisma da compreensão das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (BRASIL, 2010).

Apesar dessas orientações ministeriais, o ensino na maioria das faculdades de Medicina do Brasil ainda privilegiava o aprendizado em centros terciários, voltados para cuidar de problemas de maior complexidade. Ainda mantinham o hospital universitário como *locus* principal do aprendizado médico, resultando numa visão fragmentada do paciente. A percepção que o aluno adquiria era a de que sua atuação no processo saúde-doença consistia apenas em tratar patologias ou suas complicações (CAMPOS; FORSTER, 2008).

No dia 20 de junho de 2014, foi promulgada a resolução nº 3 do Ministério da Educação que instituída das novas Diretrizes Curriculares do curso de graduação em Medicina e, com o objetivo de estimular a formação integrada ao SUS e próxima da realidade da população, em 04 de agosto de 2015, foi lançada a Portaria Interministerial nº 1124 que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde - COAPES. É uma contratualização que situa todos os agentes para juntos discutirem a organização dos cenários de prática de determinada região, assumindo responsabilidades mútuas.

Eles têm como objetivos garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde como cenários de prática para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde, e estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.

Diante desta contextualização, surgiu o seguinte questionamento: Como o curso de Medicina da UECE promove a relação ensino-serviço, considerando as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais? Portanto, este estudo tem o objetivo de analisar a integração ensino-serviço no curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará com base na percepção dos professores e alunos.

## **TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

Trata-se de um recorte da pesquisa *Ensino médico no Ceará: o caso do curso de medicina da UECE* (CHAGAS, 2016), desenvolvido com o desenho geral de estudo de caso, numa perspectiva analítica, com abordagem qualitativa.

A eleição da abordagem qualitativa decorre do fato de que este estudo se propõe a captar, sob uma perspectiva analítica e crítica, a realidade em que se inserem os participantes, de modo abrangente, capaz de identificar aspectos objetivos e subjetivos. Para Denzin e Lincoln (2006), a palavra qualitativa implica uma ênfase sobre as qualidades das entidades a respeito dos processos e significados não examinados ou medidos experimentalmente em termos de quantidade, intensidade ou frequência. Ressalta-se que a competência da pesquisa qualitativa é o mundo da experiência vivida, por isso, todo trabalho de pesquisa que



se define como qualitativo deve levar em conta a complexidade histórica do campo e o contexto do objeto pesquisado (AZEVEDO *et al.*, 2013).

Em relação ao tipo estudo de caso, sua escolha decorre do fato de analisarmos a propositura para criação do curso de Medicina pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Essa escolha é extensamente aplicada às pesquisas das Ciências Sociais e se exprime como estratégia adequada quando os participantes estão enxertados em âmbitos da vida real, podendo ser complementados por outras investigações de caráter exploratório e descritivo. Permite a compreensão de fenômenos complexos, nos níveis individuais, organizacionais, sociais e políticos, possibilitando a preservação das características dos eventos da vida real (YIN, 2015).

O cenário do estudo, que constitui o caso sob análise, foi o curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Aprovado pelo Conselho Estadual de Educação do Ceará - CEC, Parecer nº 0616/2008, de 30 de dezembro de 2008, o projeto original exprimiu como missão formar bacharel em Medicina para o exercício da Medicina Geral, com ênfase na Medicina Comunitária e de Família, sem prejuízo das possibilidades de especialização, por meio de fundamentação científica que o dote de comportamento ético, sentimento de afeição ao semelhante, competência técnica criativa, compromisso político com a cidadania e a consciência do dever de atualizar, permanentemente, conhecimentos e habilidades na prevenção de transtornos, agravos e doenças, na promoção, recuperação da saúde e na habilitação biopsicossocial.

O curso de Medicina oferta 40 vagas anuais e se organiza em 12 semestres, oferecendo uma carga horária total de 9.656 horas de atividades teóricas e práticas. O currículo está estruturado em momentos ou módulos de aprendizagem semestrais e sucessivos, tendo como eixo de desenvolvimento curricular as necessidades de saúde mais frequentes. Propõe-se uma estrutura curricular integrada que permita a inserção precoce do estudante nos serviços de saúde e o uso de metodologias ativas que despertem a motivação e a capacidade crítica do educando. O internato é desenvolvido nos quatro últimos semestres do curso com duração total de 5100 horas, equivalentes a 300 créditos, em serviços de saúde credenciados para o treinamento e exercício da prática médica.

Participaram do estudo docentes do curso e discentes regularmente matriculados no internato. A amostra qualitativa foi determinada por conveniência. Foram 19 docentes e 38 internos. Desse modo, contou-se com um total de 57 participantes.

O material empírico foi apreendido por meio de questionário, com questões fechadas e abertas. Os alunos e professores foram abordados, inicialmente, por meio presencial no *campus* da UECE e nos diversos hospitais onde os internos realizam seus estágios. Em decorrência das especificidades de horários, logísticas de cada serviço e a diversidade de campos de práticas (enfermarias, ambulatórios, centros cirúrgicos, UTI, salas de parto, unidades básicas de saúde e outros), vale ressaltar as limitações ao encontro presencial, pois com esta condição optou-se por duas formas de envio do questionário, presencial e por correio eletrônico a todos os docentes e internos do curso.

Os dados foram organizados e analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática, de Minayo (2013). Nesta fase, foi produzido um texto dissertativo-argumentativo, explicitando os aspectos mais significativos, segundo os participantes, em relação à integração ensino-serviço do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará, na perspectiva de professores e alunos.

Todos os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UECE, sob o Parecer nº 1.386.072. Para preservar o anonimato dos participantes, os depoimentos foram codificados da seguinte forma: para alunos, adotou-se a letra A, seguida do número arábico correspondente à ordem de devolução do questionário (A1, ... A38); para professores, utilizou-se a letra P, seguida de número arábico correspondente à ordem de aplicação do questionário (P1, ..., P19).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O curso de Medicina da UECE, desde o primeiro ano, usa os diversos serviços de saúde públicos pertencentes à rede de assistência. Cada local configura-se como espaço de formação das práticas médicas. Alunos e professores participantes avaliaram positivamente essa inserção. Para eles, ao introduzir o discente, desde os primeiros semestres, nos diversos segmentos de cuidado em saúde do Estado do Ceará, da atenção primária à alta complexidade, a UECE oferece um campo de práticas médicas privilegiado.

Ela insere o discente na realidade do mercado de trabalho do profissional médico no Estado, garantindo a vivência de uma diversidade de ações que contribuem para o desenvolvimento da compreensão do funcionamento dos serviços e das competências técnicas necessárias, assegurando a preparação para a rede de assistência e o enfoque na formação para o SUS. Observemos os discursos abaixo:

Acredito que haja preocupação com nossa inserção em bons campos de prática, no aprendizado do funcionamento dos serviços de saúde (A20).

O curso, apesar das dificuldades, consegue inserir os alunos em diversos setores de assistência à saúde, e isso é bastante significativo no que tange à diversidade na prática (A24).

Um casamento perfeito da Universidade Estadual do Ceará com toda a rede de apoio em saúde do Estado do Ceará, inserindo o aluno enquanto aluno dentro do mercado de trabalho da realidade profissional do Estado (P6).

Por definição constitucional e da lei 8.080/90, o Ministério da Saúde tem a responsabilidade de estimular e ordenar a formação de trabalhadores em saúde. Para formar profissionais com perfil que atenda às necessidades do SUS, os cursos de saúde, incluindo o de Medicina, precisam adequar sua abordagem pedagógica, favorecendo a articulação de conhecimentos e promovendo atividades práticas em todos os tipos de unidades de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A agregação entre a teoria e a prática não decorre da simples sucessão de tempo de formação e de período de estágio. Ao contrário, ela só acontece de fato quando

os cenários utilizados são reais e permitem a imersão do estudante, que passa a conhecer e comprometer-se com as necessidades e prioridades sanitárias da população, medindo a distância entre a sua formação e as condições da prática. Portanto, para que haja a integração teoria-prática, é necessário que ocorra a colaboração entre o ensino e os serviços de saúde (AGUILAR-DA-SILVA *et al.*, 2009).

A Universidade, de modo geral, tende a sofisticar seus serviços, enfatizando o ensino e a pesquisa em detrimento da atenção individual e comunitária. Os serviços, por outro lado, em suas obrigações assistenciais, tendem a se fechar em si mesmos e a cair em uma rotina tradicional. Chega-se, então, a uma continuada dissociação dos serviços de saúde em relação aos serviços de educação. Não se pode, no entanto, ensinar adequadamente Medicina, muito menos educar um médico, sem contar com a sua inserção em um serviço de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Muitas escolas estão seduzidas pela onda dos laboratórios de habilidades. A sofisticação desses ambientes não se compara com a autenticidade encontrada na realidade concreta de trabalho. O ensino nos serviços de saúde permite avaliar uma meta-habilidade que vai além da mera proficiência mecânica. Com origem em problemas reais da população, os alunos conhecem e vivenciam a organização da prática, o trabalho em equipe multiprofissional e as políticas de saúde em situações variadas de vida (SOUZA, 2011).

A ausência do hospital-escola não foi uma queixa recorrente entre os alunos. Para eles, a inserção na rede hospitalar favorece a aprendizagem por meio da vivência nos serviços de saúde, que são referência no Estado. Recla-

mam, no entanto, em relação aos aspectos logísticos, pois, como são hospitais independentes, distantes entre eles e da universidade, necessitam submeter-se a constantes deslocamentos. A insatisfação quanto à ausência do hospital universitário foi mais recorrente entre os professores, que a consideraram como um fator que prejudica a formação médica da instituição. Notemos as seguintes falas:

O fato do curso de Medicina não ter um hospital próprio é para alguns uma grande deficiência, porém, pessoalmente, acho que existem vantagens já que dispomos de toda a rede hospitalar terciária e de especialidades presentes em Fortaleza. O que nos favorece no sentido da aprendizagem, porém não nos constantes deslocamentos (A31).

Repetindo: a inexistência de hospital universitário da UECE é no meu ponto de vista o fator que causa esta deficiência (P2).

É importante perceber como os professores têm dificuldade em repensar a formação, tendendo a perpetuar o modelo a que foram submetidos. Apesar das várias limitações associadas ao fato de não ter um hospital escola, têm dificuldade de reconhecer as potencialidades inerentes à inserção nos serviços de saúde articulados com a rede.

O eixo paradigmático que alinha e organiza a política de educação na saúde é a integração do ensino com a rede SUS instituída como ato pedagógico que, de um lado, aproxima profissionais do sistema de serviços de saúde das práticas pedagógicas e, de outro, os professores do processo de atenção em saúde, possibilitando a inovação e a transformação dos processos em ambos os lados, do ensino e da prestação de serviços (HADDAD, 2014).

Com base neste fato é que as DCN de 2014, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem, sugerem a inserção dos alunos nas redes de serviços de saúde desde as séries iniciais. Além disso, propõem que sejam utilizados os cenários, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas da vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional.

A análise positiva relativa à integração ensino-serviço da UECE não esconde os muitos aspectos a serem aperfeiçoados. Os alunos queixam-se do fato de não existir um diálogo claro entre a coordenação do curso e os profissionais dos serviços, fazendo com que as atividades pedagógicas não sejam adequadamente pactuadas. Eles informam que a equipe de saúde ainda não compreende parte do processo de formação e, em muitas situações, desconsideram a presença do aluno no serviço, principalmente os alunos do 5º ao 8º período.

Ademais, como a atuação do profissional médico em serviço ainda é muito técnica, sem um preceptor com atuação comprometida com a rede, os alunos correm o risco de perpetuarem práticas estereotipadas. Isso reforça a valorização do profissional médico concursado, dedicado ao serviço público e submetido a uma educação continuada para o processo de capacitação e sensibilização destes profissionais preceptores.

Na graduação, em alguns serviços, tivemos dificuldades de inserção, principalmente nos módulos de cirurgia. No internato, até agora, considero que essa relação melhorou e não ficamos mais "joga-

dos". Cheguei a ouvir de médicos de vários serviços, por exemplo, que não tinham obrigação de nos receber e nem ganhavam por isso. A maioria, no entanto, mesmo sem vínculo direto com a faculdade, nos recebia bem, embora ainda nos sentíssemos largados (A16).

Depende do serviço. Existiram serviços nos quais fomos inseridos e não houve discussão que proporcionasse o aprendizado. Apresentávamos um sentimento ruim que estávamos atrapalhando o serviço durante o momento em que estávamos presentes. Porém, em outros momentos, foram momentos de bastante aprendizado, pois, na maioria das vezes, estávamos inseridos nos serviços de referências (A28).

Haddad *et al.* (2011) elencam, entre outros, os seguintes fatores como dificultadores da relação ensino-serviço: precariedade do espaço físico nas unidades de saúde; tempo escasso para a realização de atendimentos e atividades pedagógicas; informatização insuficiente; não valorização dessa prática pelos gestores municipais; baixa flexibilidade curricular; dificuldade de acompanhamento interdisciplinar; carência de pessoal docente; e reduzida capacitação dos preceptores.

Stella *et al.* (2009), analisando os cenários de práticas, observaram que, apesar da implementação das discussões teórico-práticas e da relação docente/discente em muitos serviços da rede pública de saúde, a supervisão dos professores ainda não acontece durante todo o tempo. Em alguns casos, os alunos ficam apenas sob a supervisão dos médicos do serviço ou pelos residentes e internos.

Neste ponto, faz-se necessário a definição do papel do preceptor. Ele é o profissional que não é da academia, mas que tem importante papel na inserção e socialização



do aluno no ambiente profissional. Ele deve ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, ajudando o profissional em formação a desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde. Além da função de ensinar, pode atuar no papel de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos menos experientes, servindo de modelo e auxiliando na formação ética dos novos profissionais. No movimento de ensino-serviço, faz-se necessário que tenhamos preceptores capacitados técnica e eticamente, mas também vinculados às diretrizes do SUS (BOTTI, REGO; 2008).

Para isso, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) constitui-se em um dos eixos estruturantes do aperfeiçoamento organizacional dos serviços de saúde. A educação permanente é a aprendizagem desde o processo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho em saúde. Ela tem como objetivo contribuir para a necessária reorientação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e da organização dos serviços (HADDAD, 2014).

A educação permanente pode ser uma das formas de contrapartida da instituição pública de ensino para os serviços, permitindo melhor vínculo entre os profissionais de ambos os cenários. Em nosso estudo, alguns professores participantes comentam a dificuldade, como docentes, de se inserirem na rede e participarem da formação em serviço, havendo, portanto, a necessidade de ratificar as contratualizações entre a universidade e os serviços de saúde para que ocorra melhor relação, favorecendo a formação nessas instituições.

Comentam a dificuldade de ter segmento das atividades estabelecidas pelos preceptores, evidenciando um grande problema com a limitação que a escola tem em acompanhar e avaliar a formação do aluno em suas atividades práticas, principalmente durante o internato.

A UECE, por não ter serviços de saúde próprios, acaba tendo uma boa inserção nos serviços de saúde do Estado. No entanto, isso poderia ser estendido, com uma maior participação do corpo docente nos serviços (P1).

Acredito que se faz necessário reforçar os vínculos da UECE com os serviços de saúde do Estado, pois em alguns hospitais ainda não há o pleno reconhecimento da UECE como parte integrante do ensino médico nessas instituições (P9).

Professores são expulsos de ambientes de aprendizado pelos próprios Núcleos de Ensino e Pesquisa dos serviços. Sou um exemplo disso. Fui expulso de uma sala didática com os alunos pela coordenadora do NEP do HGF. Aconteceu o mesmo com outra professora e, depois disso, proibiram a UECE de desempenhar atividades teóricas no hospital. Nos postos de saúde a relação parece ser pior (P13).

Considerando do ponto de vista da orientação conceitual com que desenvolvem seus trabalhos, é relevante a interação das instituições de ensino e as de prestação de serviços de saúde. O estabelecimento de ensino tem a responsabilidade de analisar criticamente os distintos modelos de prática, apontando opções e desenvolvendo um processo formativo para o sistema regional e local de saúde, sendo capaz de ir ao encontro das necessidades deste setor. Os docentes precisam estar inseridos nos serviços de assistência, estabelecendo algum grau de integração e pro-

movendo a participação da instituição de ensino no planejamento e avaliação dos serviços e sistema de saúde (LAMPERT, 2002).

Chamou-nos a atenção o fato de haver professores que não se sentiram aptos para avaliar este quesito, alegando que são docentes de disciplinas básicas sem conhecimentos de como se estabelecia a relação ensino-serviço no curso de Medicina da UECE, estes afirmam: “Não sei opinar” (P10). Isto demonstrando a necessidade de haver uma mobilização entre os docentes para que eles compreendam e acompanhem a totalidade da formação médica e, com suporte nisso, promover a relação entre as disciplinas, superando a divisão entre os professores e a fragmentação da formação.

Outro ponto para o qual eles apontaram é a perda de “campos de práticas” para as instituições particulares. Referem que, como estas fazem repasses mais vantajosos aos serviços e aos preceptores, eles acabam privilegiando os alunos destas instituições. Estudantes e professores concordam que os alunos da UECE perdem prioridade nos hospitais, mesmo as unidades estaduais.

A inserção é satisfatória já que tanto a universidade quanto os hospitais são estaduais, apesar de nos últimos anos estarmos perdendo espaço para os cursos particulares (A32).

Poderia ser melhor, apesar de sermos uma universidade estadual, perdemos estes espaços de nossas práticas por falta de investimento estadual em práticas com as unidades e repasse de verbas aos professores. As particulares têm conquistado mais vagas nos serviços por influência e interesse dos diretores (reitor) (A36).

Infelizmente, com a concorrência das escolas particulares, essa inserção está sendo prejudicada, já que o número de alunos em cada serviço é limitado pela capacidade de cada um, e o número de alunos das instituições privadas na rede é cada vez mais notório (P16).

Alguns alunos expressaram que os serviços públicos de saúde oferecem limitações em relação à formação, porque ainda estão longe de uma assistência em excelência. Apesar disso, a maioria dos participantes fizeram muitos elogios em relação aos espaços de práticas na rede estadual de saúde. Percebem a potencialidade de capacitação dentro dos melhores serviços do Estado que são referências em suas especialidades.

Razoável, temos vínculo com os principais serviços do Estado, contudo devido à falta de estrutura do SUS e à falta de estrutura da UECE vemos a precariedade do atendimento e dos serviços. Mas é fato que temos acesso ao melhor que o Estado possa oferecer em cada serviço (falando em termos de oferta, já que sabemos o caos que é a saúde pública) (A5).

A inserção na rede de assistência no curso da UECE é excelente, pois estamos quase sempre inseridos nos serviços de referência da cidade, principalmente o HGF e Cesar Cals, mas também em outros hospitais estaduais (A12).

Um aspecto positivo na formação da UECE é a boa inserção e o bom espaço que temos para o aprendizado nos hospitais da rede SESA que são referência (A35).

Esse aspecto tem sido observado de forma recorrente em outros serviços pelo país. Para Haddad *et al.* (2011), é preciso constituir um Sistema de Saúde de Ensino, pois

verifica-se que a rede de unidades de saúde ainda não está adequadamente preparada para servir como cenário de prática. O estabelecimento de uma boa relação entre as instituições formadoras de médicos e os gestores do SUS, visando à descentralização dos locais de formação que envolve um período de maturação. Há que se trabalhar o necessário compartilhamento de corresponsabilidades entre a academia e o serviço, e esta é algo ainda em elaboração.

A oferta de redes de cuidados articuladas, focadas nas necessidades prioritárias epidemiologicamente e com abertura para a subjetividade dos beneficiários é o desafio da modelagem tecnoassistencial do setor saúde como um todo (SILVA JÚNIOR; ALVES; PIRES, 2011).

Segundo a ecologia dos cuidados em saúde, a cada mil pessoas de uma região, até 800 relatam algum sintoma em um mês. Destas, apenas 200 procuram um profissional da saúde, porém apenas oito são internadas em um hospital secundário e menos de uma pessoa (por mil), em média, necessita de hospital terciário. Por isso, a maior necessidade de saúde está no ambiente primário, onde a grande parte das pessoas procura ajuda (GREEN; LANIER; YAWN, 2001).

O modelo de ensino que utiliza apenas o hospital universitário como *locus* de práticas costuma enfatizar as especialidades e os procedimentos de atenção terciária e quaternária, reforçando a dicotomia entre saúde e doença. Dessa forma, no geral, impede que o formando conheça e aprenda a atuar na rede de assistência à saúde, já que estão desvinculados das comunidades e dos serviços de saúde a elas associados. Em razão da necessidade de mudanças na

formação dos profissionais para atender às necessidades de saúde da população, faz-se necessário deslocar os cenários de práticas para os serviços públicos de saúde, com privilégio da atenção primária (STELLA *et al.*, 2009).

A ideia não é criar uma discussão sobre o local ideal para o aprendizado médico, promovendo o embate entre a assistência primária e a terciária. O problema não é o ensino centrado neste ou naquele cenário, mas o ensino que prioriza excessivamente determinado ambiente em detrimento de outro (SOUZA, 2011). Até porque, não é possível atribuir à APS, isoladamente, a responsabilidade de formar médicos. Trocar o hospital pela atenção primária não resolverá os inúmeros problemas associados à formação de profissionais. O fato é pensar-agir em termos de trilhar um caminho do meio, no qual os níveis de atenção – primário, secundário e terciário – sejam articulados, como rede, para o adequado funcionamento do SUS e da formação médica (GOMES *et al.*, 2012).

Apesar dessas opiniões, apenas um aluno e um professor, discutindo sobre os cenários de prática, lembraram-se de comentar a inserção na atenção primária. Isso demonstra a percepção vigente da formação centrada nos hospitais e do não entendimento da atenção básica como espaço capaz de permitir uma formação médica de qualidade, inclusive abordando conteúdos das especialidades.

Esse é um paradigma cultural que precisa ser mudado. A atenção básica, ao incorporar a noção de responsabilidade sobre a saúde da população, desempenha um papel estratégico no SUS, sendo fundamental na formação do perfil profissional para atuação no serviço público de saúde

brasileiro. Os hospitais e centros especializados estão organizados de acordo com uma concepção restrita de saúde, que desconhece a subjetividade, o contexto e a história de vida das pessoas. Além de tudo, a atenção organizada por especialidades, da maneira como atualmente se aplica, leva à desresponsabilização e à fragmentação do cuidado, sendo o oposto da promessa de sistema proposto pelo SUS, que visa à integralidade com sustentação na criação de uma malha de cuidado ininterrupto, seguindo a proposta da humanização (SILVA JÚNIOR; ALVES; PIRES, 2011).

No espaço das Unidades Básicas de Saúde, os estudantes se inserem na descoberta da complexidade do ser humano, identificando o valor da relação profissional-usuário no cuidado à saúde. Desenvolvem competências essenciais à atuação, como atitude profissional, comunicação interpessoal, valorização do contexto dos pacientes, relações éticas e trabalho em equipe, além de manter a atenção voltada para as necessidades de saúde reais da comunidade (FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010).

Campos e Forster (2008), estudando a contribuição do estágio na atenção básica para a formação dos alunos, identificaram que esta prática proporcionou aquisições importantes para o exercício da profissão médica. Os alunos valorizaram práticas que não realizam comumente em nenhum outro estágio e que contribuem para uma compreensão mais abrangente da saúde na comunidade. Além do mais, puderam entender a eficiência do trabalho em equipe, da Medicina integral e da abordagem centrada na família, e concluíram que adquiriram mais segurança, habilidade e paciência para os atendimentos.

A implementação de uma política consistente de formação na saúde, em especial na Educação Médica, concretiza-se com base em múltiplas estratégias que devem atuar alinhada e articuladamente, com a participação ativa das diversas instituições e representações nos níveis, municipal, estadual, federal e dos atores na perspectiva de promover a intersectorialidade da saúde e educação (HADDAD, 2011).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A natureza pública, universal e descentralizada do Sistema Único de Saúde exige políticas específicas que garantam melhorias da qualidade das ações de saúde. Nessa direção, equacionar as questões de recursos humanos é fundamental.

Os desafios a serem superados abrangem a adoção de ações, políticas e programas capazes de promover um projeto pedagógico centrado em um currículo integrado que estimule a autonomia e focalize nas necessidades de saúde da população. Ainda, deve fomentar a interação das instituições de ensino e de serviços de saúde, de modo que os estudantes, em formação, incorporem valores, atitudes e competências do modelo de atenção universal fundamentado na qualidade e equidade.

Nessa realidade, este estudo trouxe a necessidade de se aproximar das unidades de ensino, e, com base nos movimentos de mudanças prescritas pelas DCN, fazer críticas acerca da realidade da interação ensino-serviço e perceber avanços e retrocessos na revisão de programas, métodos e atitudes assumidas pela escola, subsidiando o planejamento de metas institucionais.



Existem muitos aspectos passíveis de aperfeiçoamento. Ainda não há contratualizações efetivas que garantam, na prática, a inserção dos docentes nos serviços, garantindo o controle da formação e a compreensão da rede de assistência e das equipes como parte da formação. Ademais, os alunos ficam sujeitos às potencialidades e às fragilidades dos serviços públicos de saúde. Apesar do potencial de capacitação nas equipes de atenção primária, é perceptível ainda a cultura do hospital com espaço para aprendizagem médica.

Mudanças pedagógicas isoladas são insuficientes para efetivar a mudança do perfil do egresso em virtude da complexa formação do médico, que vai além da formação de conteúdos, abrangendo a formação do *habitus* desta profissão. Durkheim faz uso deste termo para designar um estado geral das pessoas, estado interior e profundo, que orienta suas ações de maneira durável. (LAMPERT, 2014).

Ante tal complexidade é que a Educação Médica vem sendo exaustivamente estudada. Assim, por meio deste trabalho, esperamos contribuir um pouco mais para ampliar as possibilidades de mudança em busca de uma formação capaz de constituir médicos comprometidos com a assistência à saúde individual e coletiva.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, E. **Medicina**: uma viagem ao longo do tempo. 2010. Disponível em: <http://www.liminar.net/direito/pdf/med/Medicina-umaviagemao-longodotempo.pdf>. Acesso em: 16 maio 2015.

AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; PERIM, G. L.; ABDALLA, I. G.; COSTA, N. M. S. C.; LAMPERT, J. B.; STELLA, R. C. R. Abordagens pedagógicas e tendências de mudanças nas escolas médicas. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 53-62, 2009.

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 29, n. 2, p. 136-146, maio/ago. 2005.

AZEVEDO, B. M. S.; FERIGATO, S.; SOUZA, T. P.; *et al.* A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 44, mar. 2013.

BATISTA, C. B. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 97-125, jun. 2013.

BATISTA, K. B. C.; GONCALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, dez. 2011.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, set. 2008.

BRASIL. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior, 2001.

BRASIL. Ministérios da Educação e da Saúde. **Portaria Interministerial nº 610/GM de 26 de março de 2002.** Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – Promed. Brasília. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde:** programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010.** Programa de Educação pelo Trabalho – PET SAÚDE. Brasília: Ministérios da Saúde, 2010. 212p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1124, de 04 de agosto de 2015.** Contratos Organizativos de Ação Pública em Ensino-Saúde – COAPES. Brasília: Ministérios da Saúde, 2015.

CAMPOS, M. A. F.; FORSTER, A. C. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, mar. 2008.

CHAGAS, W. E. C. **O ensino médico no Ceará**: o caso do curso de medicina da UECE. 2016. 133 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

COOKE, M.; IRBY, D. M.; SULLIVAN, W.; LUDMERER, K. M. American Medical Education 100 years after the Flexner Report. **N. engl. J. Med.**, v. 355, p. 1339-1344, 2006.

DA ROS, M. A. **Estilos de pensamento em saúde pública**: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. 2000. 207f. Tese (Doutorado em Ensino de Ciências) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FERREIRA, D. C.; ALMEIDA, L. A.; SOUZA, D. Z. O.; ZANIRATI, J. V. P. L. A experiência da Medicina de Família e Comunidade enquanto disciplina no curso de graduação em medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 304-310, mar. 2014.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 207-215, jun. 2010.

GIRÃO, J. E. **Clínica médica no Ceará**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2008.

GOMES, A. P.; COSTA, J. R. B.; JUNQUEIRA, T. S.; ARCURI, M. B.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 541-549, dez. 2012.

GREEN, L. A.; LANIER, D.; YAWN, B. P. The ecology of medical care revisited. **New England Journal of Medicine**, London, v. 344, n. 26, p. 2021-2025, jun. 2001.

GUSSO, G. D. F.; ALMEIDA, R. C. C. Necessidade de saúde e de ensino. *In*: MARINS, J. J. N.; REGO, S. **Educação médica**: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec, 2011. cap. 3. p. 59-66.

HADDAD, A. E. *et al.* A educação médica no contexto da política nacional de educação na saúde. *In*: MARINS, J. J. N.; REGO, S. **Educação Médica**: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec, 2011. cap. 1. p. 19-41.

HADDAD, A. E. Educação baseada na comunidade e as políticas indutoras junto aos cursos de graduação na saúde. *In*: BOLLELA, V. R. *et al.* **Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde**: aprendendo com a experiência brasileira. Ribeirão Preto: Funpec, 2014. cap. 2. p. 9-36.

LAMPERT, J. B. Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a Avaliação do ensino médico no panorama atual e perspectivas. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, v. 78, supl. 1, p. 31-37, jan. 2008.

LAMPERT, J. B. Educação médica no século XXI: mudanças no perfil do egresso. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 291-292, set. 2014.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. 238 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface** – Comunic., Saúde, Educ., v. 9, n. 16, p. 109-16, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407p.

NUNES, E. D. Cem anos do relatório Flexner. **Cienc. Saude Colet.**, v. 15, supl. 1, p. 956, 2010.

OLIVEIRA, N. A. **Ensino médico no Brasil**: desafios e prioridades, no contexto do SUS - Um estudo a partir de seis Estados brasileiros. 2007. 217 f. Tese (Doutorado em Ensino de Biociências e Saúde) – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, N. A.; MEIRELLES, R. M. S.; CURY, G. C.; ALVES, L. A. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Pro-med. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 333-346, set. 2008.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem ou para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 4, n. 32, p. 492-499, fev. 2008.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; PIRES, A. C. Modelagem tecnoassistencial em saúde no Brasil. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S. **Educação médica**: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec, 2011. cap. 5. p. 83-98.

SILVA, M. G. C. **Curso de Medicina da UECE**: Concepção, criação e implantação (2002-2008). Fortaleza: EdUECE, 2009.

SOUSA, A. T. **Curso de história da medicina**: das origens aos fins do século XVI. 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996. 487 p.

SOUZA, R. G. S. Estratégia de mobilização para as transformações curriculares. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S. **Educação Médica**: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec, 2011. cap. 4. p. 67-82.

STELLA, R. C. R.; ABDALLA, I. G.; LAMPERT, J. B.; PERIM, G. L.; AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; COSTA, N. M. S. C. Cenários de prática e a formação médica na assistência em saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 63-69, 2009.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

VARGAS, R. B. A. **A saúde integral das mulheres e a educação médica: uma ponte por construir**. 2012. 284f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

### O ENSINO DE TEMAS INVISÍVEIS NA FORMAÇÃO MÉDICA

José Ivo dos Santos Pedrosa  
Zaira Arthemisa Mesquita Araújo

#### INTRODUÇÃO

A formação de profissionais de saúde é um tema reiteradamente considerado no campo das ciências da saúde, assim como no campo das ciências da educação nas dimensões teórica, conceitual, política, ideológica, técnica e metodológica.

Uma das mais exploradas vertentes da relação do processo de formar profissionais de saúde é a que contempla a capacidade desses profissionais de responderem às necessidades apresentadas pelas sociedades contemporâneas.

No âmbito da formação de profissionais de saúde é perceptível a tendência à especialização e subespecialização em todas as profissões da área, algumas com maior velocidade, como na Medicina, outras com menor intensidade, porém em ambos os casos existe a intermediação das tecnologias, aqui entendida como artefatos produzidos no âmbito duro da produção material da sociedade, mas íntima e organicamente articulado com os resultados provenientes de pesquisas científicas desenvolvidas, na maioria das vezes, no interior das instituições formadoras.

No campo da saúde, a relação com o mercado e sua concepção como setor produtivo nas sociedades capitalistas é bastante discutida e fortemente evidenciada por meio da relação entre a profunda modificação no perfil epidemiológico com a emergência das doenças crônicas e causas externas.

Ao mesmo tempo, as tecnologias da indústria médico-hospitalar decorrem de estudos, na maioria das vezes, randomizados, que associam fortemente o custo/benefício à utilização da referida tecnologia. Os estudos são desenvolvidos em centros de pesquisa, no interior dos departamentos nas escolas de saúde das universidades, gerando a necessidade de *expertise* na produção, manutenção ou interpretação e, principalmente, validação de determinada tecnologia.

Dessa forma, a relação da produção industrial e mercado de trabalho com a formação é perceptível em virtude dos determinantes acima colocados, de modo que a cada necessidade gerada ou produzida nessa dimensão, existem mudanças na formação que são percebidas quase como “naturalizadas” ou indispensáveis.

Entretanto, quando a necessidade de mudança no processo de formação não decorre diretamente do mercado em sentido amplo, mas em virtude de pressões para a satisfação de necessidades que são subjetivamente ou socialmente produzidas e de políticas públicas orientadas por valores que estão inseridos na concepção republicana de saúde como direito, o processo é outro.

Sob esta perspectiva é que se insere este capítulo, como um convite à reflexão sobre temas que sempre existiram nas sociedades humanas, particularmente na cultura ocidental, mas que foram historicamente abordados como

o “quintal” da casa, o que fica “para depois” ou o menos relevante, nos processos de cuidar e, conseqüentemente, de ensinar a cuidar.

Violência, morte, humanização, estigmatização e loucura são temas seculares no campo da saúde, que somente ganham visibilidade quando são vocalizados por aqueles que vivenciam tais problemas no cotidiano e, ao serem reconhecidos pelos movimentos sociais como necessidades a serem enfrentadas, tornam-se pautas de políticas públicas em sociedades democráticas.

Invisibilizados nos espaços acadêmicos e subjugados a um *modus operandi* técnico-operacional, característico da “Epistemologia do Norte”, que despreza seus determinantes singulares e desconhece as especificidades da compreensão e enfrentamento por parte de outros sujeitos que habitam o mundo da vida.

Em contraposição tomamos como referência os princípios das “Epistemologias do Sul” (SOUZA SANTOS; MENEZES, 2013), nos quais esses temas são discutidos tendo sob o prisma da promoção da equidade e do cuidado integral à saúde, originando a pergunta central do artigo: qual o lugar dado aos temas oriundos das necessidades subjetivas do sujeito (enquanto usuário de um sistema de saúde) no processo de formação de profissionais da saúde?

## **METODOLOGIA**

Para responder tal questão, utilizamos como cenário o Projeto Ensino na Saúde na UFPI, propiciado pelo Edital CAPES 24/2010, que se configurou como: Educação e Saú-



de – bases epistemológicas e metodológicas da formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde na UFPI.

Este projeto produziu estudos e pesquisas sobre a abordagem de temas não percebidos como relevantes ou pouco investidos no ensino da saúde, com base em evidências, demonstrando que tais temáticas geram desconfortos e causam estranheza quando discutidos como integrantes do ambiente de formação.

Neste capítulo tomamos particularmente o ensino da Medicina, aprofundando temáticas, como: a invisibilidade subjetiva do paciente, a esterilidade emocional preconizada pelo “ser médico”, a humanização na formação nos cursos médicos, a “proibição” da morte no terreno da Medicina e a avaliação dos efeitos das Diretrizes Curriculares Nacionais - DNC dos Cursos de Graduação em Medicina.

Apontamos, de maneira geral, o perfil da formação e do ensino em saúde e, de modo mais detalhado, discutimos as questões que emergem quando o profissional ou o acadêmico de Medicina se depara com a demanda que transcende os aspectos objetivos apresentados pelo paciente e detectados por sintomas, sinais ou exames laboratoriais.

Em outras palavras, trabalhamos com os momentos em que a objetividade é insuficiente para identificar, classificar e intervir no problema, ou seja, quando a subjetividade ganha voz no corpo que padece, seja ela psíquica, espiritual, sexual ou agressiva e mutiladora.

Não pretendemos abordar nenhuma pesquisa de *per se*, mas traçar um panorama conformando um mosaico de conhecimento que ajude a dimensionar o significado do ensino na formação de profissionais de saúde.

A configuração em mosaico (GUATTARI, 1985) mostra-se pertinente diante da dinâmica e do referencial teórico que cada curso analisado apresenta. Transformamos em premissa a observação de que cada curso analisado de natureza pública ou privada, organizado em universidade ou isolado, desencadeia movimentos singulares quando diante de sua implementação e implantação (PEDROSA, 2004).

Tais movimentos são desencadeados na perspectiva de seguir as normas e diretrizes regulatórias emanadas pelos Ministérios da Educação e Saúde e seus órgãos de deliberação e controle, como os Conselhos de Educação e os Planos de Desenvolvimento Institucional, seja na estrutura, nos processos didáticos-pedagógicos ou nos sujeitos envolvidos.

Mosaico também em decorrência da pluralidade de referenciais e modelos de construção do problema a ser estudado e da triangulação de técnicas metodológicas de coleta e análise dos dados utilizados nos estudos aqui sinalizados, tais como pesquisa documental, entrevistas diretas, grupos focais e análise de dados indiretos.

O pano de fundo no qual foram sendo colados os resultados das pesquisas, configurando o mosaico com as diferentes abordagens desses temas na formação médica, apresenta a mesma tessitura que permeia todo o projeto, ou seja, a perspectiva que a formação de profissionais que trabalham com emoções e afetos demasiadamente humanos, tais como: viver, morrer, adoecer e sofrer tenha por base o ensino de valores demasiadamente humanos prevalecendo sobre aspectos técnicos e materiais. Todas as pesquisas tinham como problemática geral a esterilidade emocional no ensino da saúde, em especial no ensino da Medicina.

Um elemento fundamental da metodologia foi a construção compartilhada de um referencial teórico para entender e refletir sobre o processo de formação de médicos que permitisse ir além dos estudos voltados para as características do produto ou para a adequação normativa em termos de infraestrutura. Dessa forma, apresentamos a seguir um item contemplando as ideias que orientaram as pesquisas.

## **A formação médica como processo que ocorre entre sujeitos**

Não se pode negar que a noção de produção de saúde dentro dos moldes do modelo biomédico, proposto em meados do século XX, trouxe muitos avanços para o diagnóstico e o tratamento de inúmeras doenças. Contudo, o que se constata na atualidade é uma crítica contundente a esse modelo, sobretudo, porque priorizou a doença e não o doente.

Em *A arte perdida de curar*, Lown (1997, p. 28), analisa a exagerada ênfase que as escolas médicas empregam na formação técnica de profissionais que serão “[...] oficiais maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas [...]”, desconsiderando a genuína arte de cuidar. Para ele, “partiu-se o pacto implícito existente entre o médico e o paciente, consagrado durante milênios. E, a causa dessa situação é a medicina ter perdido o rumo, se não a alma”.

Apesar das DNC dos cursos de saúde, da manifestação popular através do controle social e das políticas públicas fazerem apelos para importância da visão integral da saúde do ser humano e para a visão biopsicossocial do

processo de saúde e doença, permanece uma resistência médica e um crescente descontentamento da população com os seus médicos, uma vez que temos uma Medicina cada vez mais assertiva, porém em contrapartida, cada vez mais impessoal.

O ensino da saúde, no Brasil, segue o mesmo padrão que o progresso tecnológico impôs à sociedade: informação em volume nunca antes visto e compartilhada rapidamente (antes que se torne obsoleta), curtíssimo tempo para elaboração do conhecimento e descartabilidade de teorias e conceitos. Além do uso excessivo de tecnologia sofisticada e cara para diagnósticos que se fariam com semelhante precisão por meio de um bom exame físico e uma história clínica colhida atentamente (FIGUEIREDO; STANO, 2013).

A ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas de formação de médicos a uma visão fortemente reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença que pressupõe uma causalidade de natureza exclusivamente biologicista, reserva-se pouco ou nenhum espaço para as dimensões social, psicológica, sexual, espiritual e até mesmo econômica da saúde.

O currículo da maioria das escolas de Medicina do país privilegia a especialização e o uso intensivo da tecnologia em detrimento da Medicina geral e das estratégias de diagnóstico que envolvem a proximidade física médico-paciente. Esse padrão não é próprio apenas da formação brasileira em Medicina. Em outros países, também se ressentem os doentes do contato mais próximo com os seus médicos no decorrer do diagnóstico e do tratamento.

Existe, ainda, em muitos países, uma cultura na educação médica de que o estudo das humanidades não é tão relevante (RIOS, 2010), o que pode dificultar a motivação dos alunos em participar de oficinas, atividades e outras propostas que visem esse tipo de reflexão, pois são encaradas como “perda de tempo”, ou segundo Kovács (2012), pouco glamouroso.

Porém, destaca-se uma tendência (pelo menos normativa) de uma construção coletiva, política e social dos atuais currículos dos cursos de graduação. Nesse sentido, as reformulações curriculares do ensino da saúde devem revisar seus planejamentos de ensino esbaldados de “mecanicismos”; e ofertar componentes curriculares que favoreçam a criação de espaços em que o paciente possa ser (re)colocado no lugar de sujeito, estimulando a ampliação da discussão sobre a produção real de saúde.

Além de que, os atores envolvidos na determinação das matrizes curriculares dos cursos de saúde devem ter a perspicácia de perceber que esses componentes não devem ser ofertados como optativos, mas sim, como elementos obrigatórios, já que a cultura que envolve, principalmente a Medicina, provavelmente impedirá o despertar de um interesse para o conhecimento que coloque o doente no lugar de gente.

É importante salientar que não adianta apenas exigir que os alunos desenvolvam a escuta e o cuidado quando, algumas vezes, não se sentem escutados e cuidados pelos seus mestres. Paulo Freire (2005) afirma a importância das emoções no processo ensino-aprendizagem. Nesse sentido, é necessário que os estudantes sintam-se afetados pelo

processo educativo e que sejam submersos em suas próprias emoções, para que saibam o que fazer com as emoções que o ofício médico demanda.

A construção conjunta professor-aluno em sala de aula pode nem sempre ser possível e nem sempre de fácil execução, mas é de extrema valia sempre que acontece, porque ensinar não é transferir conhecimento, é criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. Ou o aluno torna-se artífice da construção do próprio saber em conjunto com o professor, ou estaremos diante do conhecimento modelo de “educação bancária”, em que o aprendiz não passa de mero objeto passivo de depósito do saber de quem transmite (FIGUEIREDO; STANO, 2013).

Em *Medical Humanities*, Giordano (2010), salienta que, nos últimos anos, os cursos de Medicina passaram por modificações no currículo básico no intuito de fortalecer a Medicina centrada no paciente e no cuidado, em detrimento daquela centrada na doença e no diagnóstico nosológico. Isso significa que o médico precisa de uma formação que inclua discussões e vivências sobre humanidades no ensino médico por meio das artes, da literatura e da reflexão existencial, com o objetivo de vivenciar e de perceber as singularidades do ser humano. A autora considera, inclusive, a necessidade de fortalecer o ensino transversal das ciências humanas no curso de Medicina.

Se durante o processo de ensino na saúde, o aluno não for preparado para lidar com questões subjetivas com seu paciente, como será capaz de manejar bem uma situação em que o paciente precisa falar sobre seus últimos dias

de vida? Como comunicar que não há mais nada o que fazer sobre reversão de um quadro clínico? Como dignamente contar a uma mãe que sua filha teve morte encefálica? Inúmeras são as histórias que atravessam o dia a dia da prática médica e a preparação para conduzir essas situações deve ser ensinada na graduação, momento em que a identidade profissional está em construção.

Lidar emocionalmente com os pacientes requer treinamento, ensino e qualificação, uma vez que esta ação não se aprende intuitivamente. Características como alta sensibilidade, forte envolvimento ou sofrimento pelo paciente, não indicam que o profissional esteja apresentando um bom manejo. Na melhor das hipóteses, ele pode estar apenas se compadecendo do sofrimento. E não é com piedade que o paciente se alivia, é com condutas clínicas menos excessivas e de conforto, com suporte empático e escuta qualificada.

Ações como essas, embora simples, podem se apresentar como desafiadoras e incômodas ao profissional devido à dessensibilização que a experiência proporciona, aos mecanismos de defesa que a angústia produz e ao veto emocional que o ensino da Medicina cria.

Assim, paciente e médico permanecem em um jogo desconfortável. O paciente por achar que falar sobre sua subjetividade, seus medos e suas angústias é inoportuno e tomará o tempo precioso do “doutor”; e o médico que, por não saber o que fazer com as lágrimas do paciente, comunica-se de forma tão própria e rebuscada, que muito mais desenvolve um monólogo do que um diálogo. Dessa maneira, não se faz Medicina, faz-se reparos na máquina/corpo que se encontra diferente do desempenho esperado do paciente.

Oferecer um espaço de escuta e acolhimento, principalmente diante da morte iminente, somada à assistência clínica qualificada, é o que diferencia o cuidado com o outro do fato de reparar doentes, aqui considerados como os que se apresentam diferentes da norma geral.

A construção de uma imagem distorcida da identidade do médico acaba sendo, por vezes, perpetuada no ensino da Medicina. Docentes impregnados dessa projeção heroica que a sociedade os concebe, repassam aos acadêmicos expectativas semelhantes e, dessa forma, renovam-se ciclos de impressões profissionais incompatíveis com a realidade.

Contudo, não é só de projeções sociais que se sustenta a reprodução dessa imagem. Existe um ganho pessoal subliminar na manutenção da figura altiva, que é a força do homem sobre o homem, isto é, uma parcela da categoria médica alimenta-se desse *status* como forma de obter poder, liderança, controle e prestígio sobre quem necessita de seus serviços, principalmente em se tratando de contextos sociais em que saúde significa o consumo de serviços e tecnologias médico-hospitalares.

Na visão hipocrática, o médico deve ser capaz de acompanhar o percurso da natureza sobre a vida e essa premissa só é possível de ser executada quando nos “despimos” da vaidade em detrimento da ética.

Outro ponto a ser discutido no ensino da graduação em Medicina, é que algumas escolas médicas encaram a sensibilidade e o envolvimento com a vivência dolorosa do paciente e dos familiares como um traço de fraqueza e despreparo, moldando conseqüentes condutas de neutralidade excessiva e distanciamento emocional.



Rocco (1992), em sua obra intitulada "Relação estudante de medicina-paciente", aponta que um dos maiores desafios encarados pelo jovem no início do curso é o de dissecar cadáveres, superando o respeito aos mortos que lhe foi ensinado, tal como a missão de assistir à morte de pacientes e ter que prosseguir seu trabalho sem se deixar abater pelas emoções. O trabalho diário do médico é constituído por um controle absoluto sobre suas emoções, sem espaço para dividir ou expressar suas angústias, tendo até que escondê-las, por receio de ser acusado de ser sensível, "mole" e, portanto, não servir para ser médico.

Essa ideologia, transmitida cotidiana e quase automaticamente, é expressa em máximas como "[...] não se envolva com o paciente", "[...] há que se ter sangue frio", "[...] para aprender é assim mesmo", "[...] se você ficar sofrendo a cada morte de paciente, você não aguenta e larga o curso" (ZAIIDHAFT, 1990, p. 19).

No primeiro contato com cenas mais fortes que envolvem pacientes, nas visitas às instituições de saúde, comuns no início do curso, os alunos que sentem vertigens, ficam nervosos ou sensibilizados com o novo ambiente, são, muitas vezes, estigmatizados pelos colegas ou até mesmo pelo próprio professor, submergidos no velho chavão de que "para ser doutor tem que ver sangue sem desmaiar e não chorar". Ora, que pedagogia é esta que está sendo praticada? A indiferença a fortes estímulos visuais, como sangue, cortes, injeções, suturas, mortos, necrotérios é critério para o ingresso aos cursos de graduação da área da saúde? Evidente que não.

Aspectos como os citados, manifestados no início da graduação, devem ser manejados com sensibilidade e

bom senso, sendo, preferencialmente, aproveitados como um importante momento para reflexão e discussão entre os alunos, partindo do docente a mensagem de que o processo de dessensibilização a estímulos fortes é gradual e que o envolvimento emocional com pacientes e familiares, principalmente em situações de morte, é comum, já que estamos diante de humanos cuidando de humanos.

O médico angustia-se com a angústia do paciente como qualquer outro ser no mundo. O cotidiano de sua prática profissional não o deixa acostumado com o sofrimento, nem o faz manejá-lo mais facilmente. Pelo contrário, o profissional de saúde está mais sujeito a encobrir-se na impessoalidade e na inautenticidade do cotidiano.

Pode-se dizer que ele fica “mais exposto” a essa angústia e, por isso, com mais intensidade, procura afastar-se dela ocupando-se com as rotinas do cotidiano, desatendendo ao que a angústia convoca. Esse encobrimento também acontece na própria graduação, que não se dedica a meditar para um conhecimento “além do sintoma”.

Nesse sentido, alerta-se para a importância da criação de projetos no ensino dos cursos de saúde que contemplem temáticas negligenciadas nas matrizes curriculares, como morte, finitude, sexualidade, violência, perdas, desumanização, e, os ponha como foco de discussões e de reflexões, para que seja possível o compartilhamento da angústia, dos medos e dos sentimentos de dor, como forma de humanizar o ofício do profissional de saúde, o que teria repercussões positivas também no trato com pacientes e familiares.

Isso não arredará a angústia inerente diante do sofrimento subjetivo do paciente, mas, sem dúvida, proporcionará um ambiente psicológico acolhedor para que o

médico possa melhor cuidar de quem está vulnerável subjetivamente, assim como poderá promover melhor autorregulação de suas próprias emoções.

É necessário que se introduza uma formação humanística dentro das escolas de Medicina e dos demais cursos de saúde e que mais instituições de ensino médicoousem construir experiências que exponham precocemente o aluno aos diversos modos de viver e ser das pessoas no intuito de melhor compreender como adoecem, sofrem e morrem.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **A formação médica e a institucionalização de inovações no processo de ensino/aprendizagem**

O cenário do ensino médico aponta questões como: a) os currículos das universidades não dão lugar a um ensino que transcenda o sintoma físico, dando uma mínima ênfase teórico-prática aos aspectos subjetivos do paciente; b) os desvios da orientação da formação médica para as necessidades do sistema de saúde têm gerado médicos despreparados para a assistência e para a melhoria do sistema de saúde; c) as reformulações curriculares do ensino da saúde devem revisar seus planejamentos de ensino esbaldados de “mecanicismos”; e ofertar disciplinas que favoreçam a criação de espaços em que o paciente possa ser (re)colocado no lugar de sujeito, fortalecendo o ensino transversal das ciências humanas no curso.

Questões estas que se transformam em desafios sobre como melhorar a qualidade, equidade, relevância e efetividade da atenção à saúde, sobre como reduzir o distanciamento entre formação e atendimento à demanda real, como redefinir papéis de profissionais de saúde e demonstrar evidências do impacto nas condições reais de saúde da população.

As modificações curriculares e filosóficas no terreno do Ensino da Saúde devem acompanhar o discurso do sujeito, a vocalização da população e o apelo dos movimentos sociais, com olhos focados nos objetivos da formação, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN, para os Cursos de Medicina, que desde o ano de 2014, definem como objetivo formar o médico generalista, crítico, reflexivo, responsável e socialmente comprometido com a cidadania, capaz de exercer a Medicina com postura ética e humanística em relação ao paciente, família e à comunidade, respeitando o princípio de dignidade da pessoa humana, que valoriza o paciente em todos os seus aspectos (biológico, psíquico, social e espiritual) e respeita suas escolhas, tendo como pressupostos a Integralidade do cuidado como reflexo da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão; formação profissional para a cidadania; interdisciplinaridade e articulação ensino e serviço como cenário para a aprendizagem significativa, a construção de competências e habilidades e o desenvolvimento da prática profissional (BRASIL, 2014).

Desse modo, a cultura que envolve o ensino na saúde deve estar atenta à base organizadora da formação, que é o Projeto Pedagógico do Curso - PPC e a coerência de sua

contextualização social. Deve ater-se ainda à forma como os determinantes sociais são incorporados no conteúdo do curso, à existência de um projeto de desenvolvimento docente, à qualidade e à dinâmica do ensino.

Um dos estudos realizados no Projeto Ensino na Saúde comparou dois cursos de Medicina no Estado do Piauí no sentido de detectar o quanto se encontravam próximos ou distantes das recomendações e indicadores apontados no documento de acompanhamento da implantação utilizado pela Comissão de Acompanhamento e Monitoramento das Escolas Médicas CAMEM, concluindo que existem distâncias entre o preconizado e o real em todas as dimensões analisadas.

Este instrumento de acompanhamento e monitoramento apresenta quatro dimensões nas quais os cursos são avaliados e monitorados por meio de indicadores que definem níveis de aproximação a uma determinada imagem objetivo e, dessa forma, possibilita indicar qual o estágio alcançado e o que é necessário fortalecer. As dimensões abordadas são: recursos financeiros e humanos, infraestrutura, projeto pedagógico, relação ensino/serviço.

Nos estudos realizados foi observado que o que mais se aproxima do preconizado são os documentos que tratam do PPC, pois sinalizam para necessidade do aluno nos cenários de prática e a integração ensino-serviço-comunidade, precisando melhorar a operacionalização deste processo, oportunizando ao discente uma prática efetiva no sistema único com intervenção no cenário (MONTEIRO, 2014).

Entretanto, não evidenciam o papel dos cursos em relação ao compromisso social com a comunidade, reproduzindo um ensino fragmentado, departamentalizado, fle-

xneriano, esgarçando cada vez mais a frágil relação entre escola-serviço-comunidade.

Existem órgãos colegiados nas instituições, legalmente formalizados e com as deliberações publicadas em documentos próprios, para normatização e seguimento por toda comunidade universitária. Entretanto, sua existência não garante a participação real e ativa da comunidade acadêmica (docentes, discentes, servidores) nas decisões tomadas e na avaliação das atividades institucionais.

No processo de adaptação dos cursos tradicionais às novas DCN residem os maiores desafios, pois precisam trabalhar na construção de uma nova lógica que articule a pluralidade de diversas disciplinas como antropologia, filosofia, psicologia e história acrescidas às matrizes curriculares como sinônimos de modernização.

Em suma, este estudo permitiu concluir que as IES no Piauí, precisam trabalhar os currículos do curso de Medicina atualmente praticados, investir em educação permanente, no internato voltado à atenção básica, na inversão do foco do docente para o discente e adequar-se, em um prazo exíguo, à Resolução CES nº 3, de 20 de junho de 2014, que instituiu as novas DCNM a serem implantadas até 2018 (MONTEIRO, 2014).

## **A formação médica no contexto de uma cultura humanizada**

Em relação ao ensino de uma cultura humanizada na formação médica, tema de um dos estudos realizados, foi detectado que embora a maioria dos alunos e dos profes-

sores entrevistados reconheça que as disciplinas médicas, de um modo geral, precisam se referenciar nos saberes humanísticos para de fato cuidar do paciente na integralidade, o ensino das humanidades tem sido desconsiderado do escopo central do curso e encontra resistências diversas.

Um dos fatores que pode ser destacado como obstáculo ao desenvolvimento de modelos de ensino-aprendizagem mais humanizados na Universidade, é a insuficiência de formação dos docentes como educadores, prevalecendo o “conteudismo”, as especificidades e a simples transmissão de conhecimentos e de técnicas (SOARES, 2013).

Entretanto, foi possível observar, ao mesmo tempo, uma preocupação e uma tendência, tanto no nível institucional como nos sujeitos envolvidos, à inserção de conteúdos humanísticos na pauta curricular, tendo em vista encontrarem-se em seu programa de ensino alguns pontos de contato com esta formação e em consonância com o proposto pelas DCN para os cursos da área de saúde.

Essa perspectiva aponta a necessidade de reflexão sobre a inclusão formal de conteúdos relacionados à formação humanística na graduação em Medicina do curso estudado, assim como a necessidade de se desenvolver, no cotidiano das práticas de ensino-aprendizagem e nas relações ali estabelecidas, aspectos referentes à formação humanística do aluno como ética, moral e valores humanos, além do diálogo contínuo com conteúdo das Ciências Sociais, Humanas e as Políticas Públicas de Saúde, especialmente a Política Nacional de Humanização e o Sistema Único de Saúde (SOARES, 2013).

No mesmo estudo, as entrevistas evidenciaram que os alunos se mostram, na maioria, adeptos ao paradigma

biomédico, o que denota assimilação/reprodução da cultura dos docentes. Entretanto, também foram identificados professores que envidam estratégias apoiadas pelo paradigma biopsicossocial, o que sinaliza potencialidades para impulsionar transformações atinentes à formação integral, efetivamente generalista, humanística, crítica e sensível às singularidades/necessidades dos usuários.

## **A formação médica e a abordagem do fenômeno da violência social**

O tema da violência o curso de Medicina estudado encontra-se presente como componente curricular nas seguintes disciplinas: bioética, ginecologia, psicologia médica, psiquiatria, medicina legal e deontologia, saúde coletiva II e tópicos em sociologia da saúde. Desse conjunto, a maior parte das disciplinas é componente do ciclo profissionalizante e somente uma encontra-se relacionada ao ciclo de formação básica e outra é complementar optativa (BARBOSA, 2013).

Os relatos de docentes sobre sua prática profissional, obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas atestaram uma tendência ao reducionismo do fenômeno da violência social à sua dimensão biologicista e fragmentada que reflete no modo como é ofertada a atenção às pessoas em situação de suspeita ou vitimização por violência, expondo fragilidades decorrentes da formação, já que os currículos acadêmicos raramente incluem conhecimentos sobre violência.



Os relatos elucidam que a formulação da ideia de violência se associa às vivências profissionais e às pessoais de cada indivíduo. Nesse entendimento, o reducionismo biologicista reflete-se na fragilidade para atuar junto a demandas correlatas. Como efeito, os profissionais tendem a se conduzir por protocolos institucionais que são sequências de ações a serem desenvolvidas, como um poderoso instrumento de orientação técnica que determina a competência do profissional, mas, na ausência dos protocolos, sentem-se inseguros, tímidos, limitados e com impossibilidades de atuar junto aos casos.

A despeito das percepções evidenciadas na pesquisa foi verificado que alguns docentes e discentes consideram a violência como um fenômeno multifacetado, que apresenta uma abrangência para além dos impactos físicos e/ou visivelmente perceptíveis, o que por sua vez exige do profissional perspicácia e sensibilidade para compreender a magnitude das singularidades de cada paciente assistido.

Alunos e professores consideram a emergência da violência como resultado das fragilidades das relações na sociedade atual, o que incide no desenvolvimento e manutenção do sentimento de medo. Sentimento perceptível, principalmente nos alunos, embora considerem que as intervenções junto a pacientes em situação de suspeita ou vitimização por violência são oportunidades para o aprendizado de competências e habilidades profissionais.

Resultado interessante é o que diz respeito à subordinação e à captura da essência do ensino na saúde à ideologia dos professores. No estudo em foco foi observado que professores adeptos ao paradigma biomédico focalizam o assunto da violência de forma específica a

determinado tipo de agressão/lesão sofrida, os sintomas e sequelas relacionados e a conduta clínica pertinente para tratar cada caso.

Os docentes mais próximos do paradigma biopsicossocial enfatizam o valor do desenvolvimento de reflexões que impulsionem os alunos a perceberem a violência em termos das especificidades clínicas e, também, quanto aos impactos subjetivos que provoca na vida do sujeito, exigindo do profissional sensibilidade e convicção dos limites de cada intervenção meramente médica.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As tentativas de mudança no ensino médico continuam acontecendo tanto pela via institucional quanto pelos movimentos da sociedade. Apesar do caráter institucionalizador e regulador, a definição do perfil do profissional trazido pelas DCN dos Cursos de Graduação em Medicina de 2014 representam um grande avanço, pois consideram o ensino neste campo como tempo e espaço para o desenvolvimento cognitivo, de competências e habilidades direcionadas para o cuidado com o outro.

Entretanto, apesar das novas necessidades de saúde que emergem por meio da vocalização dos movimentos sociais que participam na formulação de políticas de saúde, as propostas de mudança no ensino médico historicamente tiveram suas origens dentro do campo médico, no interior da própria corporação. A sociedade civil ainda parece sentir-se despreparada e incapaz de participar da construção dos projetos de formação de médicos.

Nesse sentido, alertamos para a importância da criação de projetos no ensino da saúde, que contemplem as subjetividades dos sujeitos e que ouçam as vocalizações populares sobre as necessidades reais de como “cuidar de gente”, como forma de humanizar o ofício médico, o que acarretaria repercussões positivas no trato com pacientes e familiares, e proporcionaria um ambiente psicológico acolhedor para que o médico possa melhor cuidar, bem como promover uma melhor autorregulação de suas próprias emoções.

É urgente que se publiquem artigos em periódicos, chamando a atenção da comunidade científica para esta necessidade na formação dos médicos, até que se consolide um conhecimento crítico suficiente para que os currículos das escolas de Medicina possam ser modificados

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, V. R. A. **A violência como pauta no ensino médico**: um desafio à agenda da saúde no século 21. 2013. 109f. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) – Centro de Ciências em Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. CNE/CES. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Brasília. Brasil. 2014. Disponível em: [www.portal.mec.gov.br](http://www.portal.mec.gov.br). Acesso em: 25 abr. 2017.

FIGUEIREDO, M. D. G. M. C.; STANO, R. D. C. M. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 298-306, jun. 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GIORDANO, S. Medical humanities: An e-module at the University of Manchester. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, Cambridge, v. 19, n. 04, p. 446-457, abr. 2010.

GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1985.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

LOWN, B. **A arte perdida de curar**. São Paulo: JSN; 1997.

MONTEIRO, E. S. O. H. **Educação médica**: uma análise da relação projeto político do curso, diretrizes curriculares nacionais e o Sistema único de Saúde. 2014, 123 f. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) – Centro de Ciências em Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2014.

PEDROSA, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 617-626, 2004.

RIOS, I. C. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1725-1732, jun. 2010.

ROCCO, R. P. Relação estudante de medicina-paciente. *In*: MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 45-46.

SOARES, A. C. P. **A universidade e a promoção da cultura de humanização em saúde na formação médica**. 2013. 113 f. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) - Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2013.

SOUZA SANTOS, B.; MENESES, M. P. (Org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2013.

ZAIDHAFT, S. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

### A COMPLEXIDADE DA FORMAÇÃO MÉDICA PARA ATENDER À ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UMA PESQUISA AVALIATIVA

Maria do Socorro de Sousa  
Márcia Maria Tavares Machado

#### **INTRODUÇÃO**

A educação médica no Brasil vem mudando, mas a problemática da formação continua exigindo compreensão da importância da Atenção Básica à Saúde com destaque para a indissociabilidade entre formação, gestão e serviço na concretização da integralidade em todos os aspectos. Esta compreensão baseou-se no contexto do mundo vivido, nos pressupostos da Política de Educação Permanente do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde - SUS, ao alertar para o fato de que as mudanças, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica, devem ocorrer em especial nos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia.

Dentre os cursos mencionados, a escolha em pesquisar a formação médica para a Atenção Básica à Saúde, abordada neste estudo, se deu porque além deste curso fazer parte da prática das pesquisadoras, desenvolvida nos espaços de formação, apresentou-se como um proble-

ma ainda hoje evidenciado em pesquisas e publicações. Nelas, é lembrado que a tradicional formação médica no Brasil tem, ainda, o hospital reconhecido como lugar por excelência para a aprendizagem prática do estudante de Medicina. Isso significa enfatizar as tecnologias duras e os procedimentos em detrimento da Atenção Primária à Saúde (LAMPERT, 2009; OLIVEIRA; ALVES, 2011).

As reflexões sobre os paradigmas da educação médica anunciaram, com o advento da proposta da Medicina Preventiva, um paradigma para se contrapor ao modelo hospitalocêntrico. Tal paradigma vem sendo elaborado desde a década de 1960 do século passado, sendo reconhecido, também, que a Declaração de Alma-Ata em 1978, sob o lema *Saúde Para Todos*, foi um marco político de âmbito mundial, que visou a alcançar a realização da atenção primária em saúde até o final do século XX.

No Brasil, podem ser citados como marcos convergentes para esta ideia a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986; a Constituição Federativa Brasileira de 1988; a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde nº 8.080, de 19/09/1990 e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB nº 9.394, de 20/12/1996. Esses marcos exigem mudanças na formação na área da saúde e, embora o cenário venha mudando a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina, publicadas em 2001, a problemática ainda continua, inclusive no ensino médico para a Atenção Básica à Saúde.

No momento presente, mesmo depois de 16 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina publicadas em 2001 e três anos das

Diretrizes publicadas em 2014, que preconizam uma mudança na formação médica, no aspecto do atendimento à Atenção Básica à Saúde, ainda concordamos com a ideia de Gomes *et al.* (2012), de que a mudança deve transpor métodos de ensino, pois se constitui muito mais uma questão social ético-política. Esta mudança pode começar pela elaboração de um projeto político-pedagógico que não se reduza a um currículo, mas favoreça, desde a sua elaboração, rupturas epistemológicas disjuntivas e desfaça os castelos<sup>1</sup>.

Nesse prisma, o presente texto tem como objetivo apresentar uma síntese da pesquisa avaliativa das práticas de formação que têm como finalidade formar médicos para atender à Atenção Básica à Saúde e a articulação dessas práticas com a gestão e os serviços de saúde.

## MÉTODO

O resultado de um estudo em busca de um referencial para as pesquisadoras fez com que o caminho desta pesquisa fosse construído ao caminhar. Tal postura trouxe a compreensão do referencial como o momento de um projeto, quando quem está projetando percebe-se e situa o objeto da sua projeção como integrante de uma realidade mais ampla, tornando-o e se tornando parte de uma proposta sociopolítica no campo da sua ação. Assim sendo, foi neste momento que se buscou um horizonte que era a realidade, mas ao mesmo tempo trazia, também, a possibili-

---

<sup>1</sup> Expressões utilizadas por um dos participantes da pesquisa, ao longo das reflexões sobre o curso de Medicina da UFC.

lidade de vir a ser, que se constituiu um sentido para a ação e isto é o que nos concedeu concepções de mudanças para o nosso caminhar.

Entre o que aprendemos neste estudo, evidenciamos: a origem grega de metodologia, método visto no aspecto poliscópio e reflexão como a aptidão mais rica do pensamento e o conhecimento pertinente. Dessa compreensão emerge a necessidade de reunir, contextualizar, globalizar nossas informações e nossos saberes, buscando um conhecimento complexo, que ligue o que está separado, compartimentado e que, ao mesmo tempo, reconheça o uno, tente discernir as interdependências e considere o objeto estudado na sua relação “auto-eco-organizadora”. Além disso, tomamos posição perante o mundo como pesquisadoras qualitativas e construímos indicações para nortear o percurso desta pesquisa mais do que a escolha de caminho único, mas possibilidades que nos mobilizaram no caminho ao caminhar.

1. O conhecimento, na perspectiva de um conhecimento prudente, pertinente para uma vida decente, defendendo a ideia de que todo o conhecimento científico-natural é científico-social; um conhecimento não dualista, um conhecimento que se funda na superação das distinções tão familiares e óbvias que até há pouco considerávamos insubstituíveis, tais como natureza/cultura, natural/artificial, vivo/inanimado, mente/matéria, observador/observado, subjetivo/objetivo, coletivo/individual,



animal/pessoal. O conhecimento é local e total; o conhecimento é autoconhecimento; o conhecimento científico visa a constituir-se em senso comum, conhecimento como tradução, construção e solução de problema (MORIN 1999; SANTOS, 1999);

2. A visão de Ciência como um processo recursivo “auto-eco-produtor”. A cientificidade construindo-se e reconstruindo-se sem cessar, existindo um movimento ininterrupto (MORIN, 2001b);
3. A pesquisa, como princípio educativo, em consonância com o que ensina Demo (1997) – pesquisa como uma atitude cotidiana, que faz da pergunta primazia e presente nos processos de planejamento;
4. A travessia da curiosidade epistemológica como um processo de aprendizagem com origem na curiosidade ingênua (FREIRE, 1987, 1996, 1997);
5. A descoberta – com a própria prática de pesquisa é que se deve conquistar o poder de ser o sujeito, tanto do ato de conhecer, quanto do trabalho de transformar o conhecimento e o mundo, o qual a transformou em objeto (BRANDÃO, 1993);
6. A opção pela abordagem qualitativa, porque ela estuda a pessoa em seus ambientes naturais e não em ambientes artificiais ou experimentais. Ademais, dá condições de visualizar a questão por diversos ângulos e de estudar dentro do sig-

nificado, descrevendo realidades múltiplas, permitindo estabelecer uma relação próxima com os sujeitos colaboradores, implicando uma partilha com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisas para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes somente perceptíveis a uma atenção sensível (CHIZZOTTI, 2006; DESLANDES; GOMES, 2007; POPE; MAYS, 2006; SOUSA, 2003);

7. A compreensão da abordagem qualitativa como uma orientação que é cada vez mais difundida no campo da atividade científica nos primeiros 20 anos do século XXI e que em poucos espaços da área de saúde passa despercebido o olhar qualitativo (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2007);
8. A aprendizagem de que para optar pela abordagem qualitativa, em se tratando de uma avaliação em serviços de saúde, as seguintes situações facilitam a escolha – quando a pergunta começa com o como e por quê para:
  - avaliar a dinâmica interna do processo;
  - avaliar resultados individuais dos participantes do serviço; e
  - avaliar atividades cujos objetivos estão relacionados às mudanças de comportamento ou são pouco específicos (TANAKA; MELO, 2007);
9. A avaliação participativa, potencializada positivamente, porque ela responde às críticas feitas às avaliações realizadas por agentes externos

aos projetos e programas e ressalta que o fato dos agentes internos participarem, também, constitui experiência educativa que contribui para o desenvolvimento dos participantes na tarefa, que se torna comum, porque todos os momentos são vivenciados coletivamente (AKERNAN; BÓGUS; MENDES, 2006);

10. A pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa-ação participativa, pode ser realizada no local do trabalho e a participação das pessoas envolvidas diretamente no programa a ser avaliado é fundamental, levando em consideração o contexto onde ocorre e os agentes sociais envolvidos para definir parâmetros, critérios e limites da avaliação (GANDIN 1983, 1994; HITO; GASTALDO, 2006; TANAKA; MELO, 2007);
11. Como referência, ao tratar das interações, três categorias básicas devem ser lembradas – complementaridade, simultaneidade e transgressão – situando a natureza do conhecimento no global; e relacional é o vínculo entre o conhecimento e os problemas concretos do mundo, interligados numa rede de significação, usando o paradigma da complexidade e de sistemas defendidos por Morin (1999, 2001a), Capra (2002) e Santos (1999);
12. Análise, conhecendo, compreendendo, aplicando, elaborando síntese, avaliando em um processo espiral “auto-eco-organizar”.

Com base nesses indicadores, realizamos a pesquisa com abordagem qualitativa e a avaliação se deu em uma pesquisa do tipo pesquisa-ação participativa. Inicialmente, participamos de atividades que nos aproximaram do tema e da realidade da pesquisa. As participações nestas atividades foram de grande significado como fase exploratória da pesquisa-ação participativa. Foi quando, segundo nos indica Thiollent (1988), aconteceu a descoberta dos problemas prioritários e os interessados pelo tema. De acordo com Ibiapina (2008), essa fase é também recomendada por Kemmis (1993) como aquela que faz o levantamento inicial de informações, identifica as pessoas interessadas e prevê o tempo dos encontros.

De fato, fomos aos poucos fazendo parte deste contexto e mergulhando tanto no conhecimento teórico como na experiência cotidiana da graduação em formação médica. Isso aclarou o cenário da pesquisa e elucidou os objetivos, tanto no sentido prático, como de conhecimento. Concordamos com Thiollent (1988), ao exprimir que o objetivo essencial neste tipo de pesquisa é tornar mais evidente aos olhos dos interessados a natureza e a complexidade do problema.

A pesquisa se deu na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará - UFC, nos departamentos: Saúde Comunitária, Medicina Clínica, Saúde Materno-Infantil e, especificamente, no Módulo longitudinal de Atenção Básica à Saúde. Em todos os momentos, foram recolhidas as informações, ideias dos sujeitos e, também realizadas, de forma mais direcionada, 50 (cinquenta) entrevistas semiestruturadas, observações-participantes em 33 (trinta e

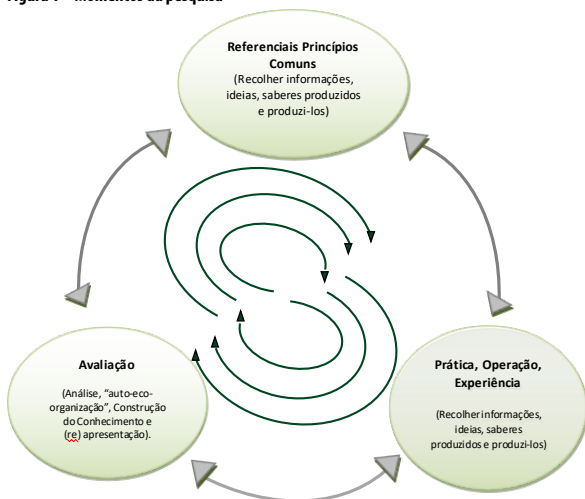
três) aulas do Semestre I do internato do curso de Medicina e em diversos documentos referentes ao curso, à docência e à gestão da Atenção Básica à Saúde municipal e estadual.

A pesquisa-ação participativa desenvolveu-se em três momentos fundamentais, dinâmicos e interligados, baseados na abordagem do planejamento participativo e nas espirais da pesquisa-ação participativa do modelo australiano (GANDIN, 1988; KEMMIS; MCTAGGART, 1988). Esta abordagem integra a avaliação no processo de planejamento e considera: 1) o que queremos alcançar, em que direção nos movemos, ou qual é o conjunto de ideias que nos conduz e conduzirá na prática de formação médica na e para a Atenção Básica à Saúde; 2) a que distância estamos do que queremos alcançar ou melhorar e como está nosso caminhar em relação ao nosso rumo; ou até que ponto estamos constituindo uma prática de formação médica na e para a Atenção Básica à Saúde, que indica nosso conjunto de ideias e; 3) o que introduziremos em nosso fazer e em nosso ser para nos aproximar do que já estabelecemos no item 1.

Dessa forma, foram traçados três momentos para esta pesquisa que se encontra expresso na figura 1, onde é detalhado cada um dos momentos. Embora concordemos com Demo (2004), quando ensina que devemos saber pensar e agir em conjunto, reconhecendo nesta perspectiva ser possível e necessária a pesquisa-ação participativa para repormos a inter-relação dinâmica entre teoria prática, traçamos os momentos didaticamente. Nessa perspectiva, escolhemos usar a denominação momento e não fase ou etapa para expressar a ideia de movimento dinâmico,

organismo vivo. Para Hess (2006), o termo momento é polissêmico e nele podem ser identificadas três principais instâncias: o momento lógico, o momento histórico e o momento como singularização antropológica de um sujeito ou de uma sociedade. Aqui, inicialmente, momento é usado na compreensão singular do sujeito ou grupo que pensa, age e avalia a sua ação de forma dinâmica em todo lugar e instante. Compreendendo-o como efêmero dentro da categoria do momento, não deixa passar; no entanto, ele também deve ser visto como dinâmica da vida, de forma interligada, quando um interpenetra no outro.

**Figura 1 – Momentos da pesquisa**



Fonte: SOUSA (2014).

## Detalhamento dos momentos

1º Momento: elaboração de um **referencial** a partir do saber produzido sobre o tema e acrescentamos o conjunto de ideias que são, para o grupo dos sujeitos da pesquisa, horizonte, rumo, princípios norteadores da ação na Atenção Básica à Saúde;

2º Momento: observação da **prática, do agir**, à luz do referencial expresso no primeiro momento, e recolhimento das informações, ideias, saberes referentes ao conhecimento dos sujeitos da pesquisa da realidade das práticas médicas em Atenção Básica à Saúde e da articulação entre formação, gestão e serviço;

3º Momento: este foi permanente para a proposta da pesquisa, tendo como foco principal **avaliar**, comparar a realidade percebida no segundo momento com o referencial estabelecido e fazer avaliação/ análise, reflexão crítica, e levantar e dialogar sobre possibilidades de mudanças estabelecidas pelos sujeitos da pesquisa. A partir da avaliação, análise e “auto-eco-organização”, a elaboração do conhecimento efetiva-se e acontece a apresentação do resultado do que foi organizado no primeiro e segundo ciclos da espiral.

Assim, a análise na pesquisa-ação participativa se deu de maneira contínua e circular, compreendida como mediação na construção do conhecimento quando se parte do que é conhecido e, aos poucos, pela mediação da análise, este conhecimento anterior vai se ampliando, negando, superando, chegando a um mais complexo e abrangente.

Com efeito, o pensamento complexo aspira ao conhecimento multidimensional e faz da análise um proces-

so espiral, contendo: o conhecimento, a compreensão, a aplicação, a análise, a síntese, a avaliação, em uma relação dialógica; havendo, assim, a adesão do paradigma da distinção/conjunção, que permite distinguir sem disjuntir, de associar sem identificar ou reduzir.

A pesquisa, desse modo, possibilitou no processo de análise, a presença das múltiplas linguagens, o pensamento, a inteligência e a consciência humana em relação interdependente e os dois hemisférios – esquerdo e direito – em uma complementaridade, fazendo o pensamento analítico dialogar com o pensamento intuitivo.

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da UFC, que emitiu o Parecer nº 04350712.4.0000.5054/2013, após aprovação com a opinião consubstanciada do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP de número 186.091 datado de 31/01/2013. Sendo assim, o acesso à Faculdade de Medicina, aos departamentos e às outras instituições foi feito mediante consulta e esclarecimento dos objetivos da pesquisa. Para a participação consciente e voluntária dos sujeitos convidados, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

## **RESULTADO E DISCUSSÃO**

O resultado síntese e discussão da pesquisa serão apresentados neste texto em duas partes, a saber: “Informações iniciais, explorações e descobertas” e “Olhando a prática, o agir, à luz de um quadro referencial integrador: um exercício de reflexividade de um aluno quase egresso”.



## **Informações iniciais, explorações e descobertas**

As atividades de aproximação inicial com o tema e a realidade da pesquisa se deram em um contexto amplo, como conteúdo dos congressos e também restrito no interior da UFC e do Departamento de Saúde Comunitária - DSC. Nesse sentido, destacamos em contexto mais amplo: Associação na Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM, como sócio individual de 2010 até o momento; participação na oficina de planejamento com o Sistema de Educação Escolar Municipal no ano de 2011; visita à Coordenação Estadual e Municipal da Atenção Básica em 2012 e 2013; participação em oficinas de educadores de médicos com o enfoque na ABS – Oficina Construindo um currículo baseado em competências para APS, em 2011, em Belo Horizonte e 2013 em Recife; participação em 16 (dezesseis) Congressos e Seminários, entre eles o XI Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade – em Brasília e em 2013, em Belém –, Seminário sobre Formação Médica para a Atenção Básica – em Brasília, em 2013 –, e os Congressos Brasileiros de Educação Médica, desde 2010.

Em contexto restrito, isto é, no âmbito da UFC, do curso de Medicina e DSC, iniciamos com a apresentação e Diálogo sobre o Projeto de Pesquisa, em 2011, e a partir desse momento a participação nas Reuniões do DSC se intensificaram totalizando 32 (trinta e duas), desde 2010 até 2013; a imersão nas aulas nos Estágio Docente ABS 1, de 2010 até 2013, e Estágio Docente da ABS 3; participação na Oficina de Planejamento da Faculdade de Medicina da UFC, em 2011; participação na Comemoração dos 65 anos em 2013, nas atividades da Revisão Curricular dos cursos da

UFC em 2012 e 2013, entre outras. As participações nestas atividades foram de grande significado como fase exploratória da pesquisa-ação participativa, pois foi através delas que aconteceu a descoberta dos problemas prioritários e os interessados pelo tema, como aponta Thiollent (1988).

Foi esse movimento de descobertas que aconteceu, principalmente, de forma mais intensa em 2011, quando, ao longo do ano, participamos de todas as atividades de avaliação curricular de Atenção Básica à Saúde - ABS marcadas pelo grupo do DSC, que traziam como preocupação a situação-problema da formação médica em Atenção Básica à Saúde, já reconhecida como uma problemática do ensino médico na UFC, mesmo antes de ser proposta como tema de pesquisa de doutorado. Fomos, aos poucos, fazendo parte deste contexto e mergulhando tanto no conhecimento teórico como na experiência cotidiana da graduação em formação médica.

Dessa forma, como pesquisadoras cada vez mais estávamos implicadas pela estrutura social da qual a saúde e, em especial, a Atenção Básica, fazem parte. De acordo com Barbier (2002), compreendíamos, então, que as ciências humanas são, essencialmente, ciências de interações de sujeito e objeto de pesquisa. Assim, tentamos ser, não apenas pesquisadoras, mas, principalmente, participantes engajadas.

A participação nas citadas atividades no DSC aclarou o cenário da pesquisa e elucidou os objetivos, tanto no sentido prático, como de conhecimento. Concordamos com Thiollent (1988), ao exprimir que o objetivo essencial neste tipo de pesquisa é tornar mais evidente aos olhos dos interessados a natureza e a complexidade do problema.

Isto aconteceu em todas as participações e, também, no momento formal de apresentação do projeto de pesquisa ao grupo do DSC em uma das suas reuniões ordinárias. Isso facilitou o planejamento da pesquisa-ação participante, a consolidação do projeto e alguns ajustes necessários, inclusive relativos à ampliação do cenário. Essas atividades proporcionaram articulação permanente interna na UFC e externa com a área da saúde e a formação médica. A participação ativa nas atividades das avaliações curriculares da ABS desenvolvidas no DCS proporcionou que na reunião ordinária do DSC, realizada em 03/12/2010, fosse apresentado, pela coordenadora, um professor da ABS1 e, por nós, um trabalho resultante do Fórum, intitulado: “O diálogo do ensino/aprendizagem das disciplinas – ABS do Curso de Medicina da UFC – uma avaliação permanente”.

Consideramos, portanto, que todos esses momentos fizeram parte da pesquisa e foram vividos em um movimento circular e espiral proposto nesta pesquisa-ação participativa. Ressaltamos que, nesses momentos vividos, sempre foram articulados três pontos: um referencial, elaboração de princípios comuns ao grupo, à luz dos quais se analisava a prática, que constitui o segundo ponto. E nesses dois pontos se partia do recolhimento de informações, saberes e crenças encontradas nos planos de curso e em outros documentos pertinentes; e então se avaliava. No terceiro ponto, era organizado e apresentado o resultado em um corpo único, seguido da tomada de decisão em conjunto, em um momento que posso chamar de seminário de Ensino de Atenção Básica à Saúde. Ao mesmo tempo em que se fechava um círculo do espiral, se abria outro círculo.

Esses momentos, vivenciados em 2010, 2011 e 2012, embora pertencentes à formulação exploratória desta pesquisa, como resultante da imersão profunda no movimento natural do grupo, trouxe uma significativa colaboração. Importa ressaltar que, como até então foi um percurso feito com a participação apenas de professores, no ano de 2013, ao tomarmos certo distanciamento, principalmente do DSC, pudemos tomar a decisão de fazer mais uma volta nessa espiral, mas, desta vez, junto com alunos, professores e gestores da academia, serviço e sistema de saúde, escutando, observando e reanalizando os documentos. É esse percurso que se encontra narrado por um aluno, personagem-narrador, a seguir, e que pretendemos ser um novo começo de outra volta dessa espiral.

### **Olhando a prática, o agir, à luz de um quadro referencial integrador: um exercício de reflexividade de um aluno quase egresso**

No relatório geral e final desta pesquisa assumimos o lugar de aluno e interpretamos o seu papel de quase egresso do curso de Medicina, quando narramos, de forma autorreflexiva, a formação na e para ABS em um movimento retrospectivo, indo e vindo de 2008 a 2013, do processo formativo, na construção de um referencial, na análise da prática e avaliação. Nesse texto, também interpretamos o aluno-personagem para narrar uma síntese deste ciclo da pesquisa-ação participativa.

Então, diz o narrador:

Lembro a chegada, a recepção na Universidade e os primeiros momentos de ensino-aprendizagem, o meu primeiro encontro com o Projeto Pedagógico do Curso em 2008, o ano do meu ingresso. Mas, evidencio como foi significativo o meu reencontro com o Projeto Pedagógico do curso junto aos ingressos em 2013, pois fui instigado a saber cada vez mais ao que concerne ao currículo, pois ele, como o próprio documento contém, foi futurista, quando, em 2001, criou na estrutura curricular o módulo longitudinal da Atenção Básica à Saúde.

Veiga (2004, p. 19) acentua que o “Projeto Pedagógico visto como ruptura com o *status quo* procura a unicidade da relação teoria-prática, é orientado pelo trabalho coletivo, solidário, e busca desenvolver atitudes de cooperação e reciprocidade”. Diz a autora que o projeto pedagógico inovador considera cinco características: intencionalidade, antecipação, previsibilidade, legitimidade e transparência.

Com suporte nesta compreensão e considerando o meu tempo, ainda como aluno na instituição, levantei como aspectos importantes para compreender o módulo longitudinal de Atenção Básica à Saúde, desenvolvido na nossa universidade, desde 2001: como este módulo foi concebido dentro do currículo do curso; seus pressupostos e objetivos; os temas/disciplinas que a ele estão agregados; os planos destas disciplinas; as relações internas e externas.

Com a leitura dos planos e ao fazer o caminho retrospectivo – do internato ao primeiro semestre – este itinerário me fez chegar à primeira aula do módulo de Atenção Básica à Saúde, porta de entrada do módulo longitudinal de Atenção Básica: “Fundamentos da Prática e da Assistência Médica”. Em 2013.1, a disciplina foi iniciada com um

trabalho individual e pequenos grupos norteados pela indagação: que palavras você relaciona quando pensa em prática médica? O resultado dos trabalhos foi apresentado em cartazes. Em diálogo com os professores, fui informado de que este trabalho já é feito desde 2008. Então, lembrei-me de que também respondi esta pergunta na minha primeira aula e as respostas de minha turma foram inclusive organizadas pelos professores com base nos pilares para a educação do século XXI (DELORS, 1999) – o aprender a aprender, aprender a ser, ter, fazer e conviver – conforme apresento a seguir:

- **SER:** humilde, curioso, dedicado, paciente, comunicativo, reflexivo, aberto ao diálogo, flexivo, solidário e sensato;
- **SABER:** respeitar as diversidades, renunciar, diagnosticar, tratar pessoas e não doenças, aplicar os conhecimentos adquiridos, desvincular-se do lucro, não tirar a esperança do paciente;
- **TER:** vocação, boa vontade, respeito à dignidade humana, profissionalismo e ética, conhecimento científico, espírito desafiador, paixão pelo que faz, habilidades médicas, condições de trabalho, entendimento do paciente como todo e não como um ser fragmentado;
- **FAZER:** da sua prática uma entrega, uma forma de melhorar a qualidade de vida das pessoas, uma luta constante pela prevenção, pela vida, uma busca pelo conforto, pelo cuidado, pela cura do paciente, o seu bem-estar nos vários âmbitos, bem-estar físico, psíquico e social;

- **CONVIVER:** tratando bem o paciente, trabalhando em grupo, transmitindo segurança ao paciente, não se sentindo Deus e conviver na e para a humanização.

Ao ver o desenvolvimento dos trabalhos, agora em 2013.1, os alunos, mesmo no auditório da Patologia, estavam em pequenos grupos sentados ao chão, dialogando, desenhando e apresentando os cartazes. Lembrei-me de que no ano em que entrei, usamos somente a palavra escrita e, agora, os professores abriram espaço para outras formas de linguagem.

Essas reflexões fizeram-me levantar outros questionamentos e me avaliar: durante os seis anos o que acrescentei, o que aprofundi destas respostas dadas como conhecimento *a priori* relativas ao ser, fazer, saber e conhecer no exercício da prática médica? Trago, ainda na memória, a noção de que foi com base nesta reflexão da prática médica, expressa pelos alunos que na disciplina “Fundamentos da prática e da Assistência Médica” vem se estudando o poder médico, concepção saúde/doença, o Sistema de Saúde brasileiro, histórico, avanços e desafios e dentre outras temáticas, estudamos, especificamente, a Atenção Básica à Saúde.

Foi o retorno, em 2013, às aulas desta disciplina, que fui me dando conta de que nas disciplinas posteriores não voltamos mais de forma específica a estudar Atenção Básica à Saúde, como um saber em elaboração. Por isso, resolvi instaurar um diálogo coletivo sobre o assunto e escutar os alunos, meus colegas, que estavam entrando em 2013 e alunos que entraram em 2012, 2011, 2010, 2009, 2008, como eu, e também professores e gestores da academia

e do serviço, tentando organizar a nossa compreensão de atenção básica, articulando informações, saberes longitudinais no nosso Curso de Medicina. Então, iniciei a sistematização dessa reflexão a partir da própria disciplina “Fundamentos da prática e da Assistência Médica”, quando se estuda a atenção básica, um dos seus temas específicos. Inicialmente, em um seminário, os professores nos ajudam a situar a ABS em um contexto histórico mais amplo, sendo esta compreensão interpretada com suporte nos questionamentos: em que contexto histórico a Atenção Básica emergiu? O que significa Atenção Básica? Em um processo de autoavaliação, contudo, acrescento a estas outras indagações: o que compreendi e compreendo hoje, por este nível de atenção, que também a chamam de primária? Que sentido faz para a formação médica este conhecimento? Ele é pertinente?

Foi a compreensão histórica apreendida na disciplina “Fundamentos da Prática e da Assistência Médica” que considerei como referência para buscar saber dos meus colegas, dos professores e dos gestores, a compreensão estabelecida e em elaboração por eles neste módulo longitudinal de Atenção Básica, pressupondo ser este conhecimento consciente ou não que, como o conjunto de ideias, nos movimenta e norteia no ensino e no serviço.

A nossa primeira interpretação é que Atenção Básica à Saúde é **FUNDAMENTAL, NECESSÁRIA, ESSENCIAL e IMPORTANTE.**

O nosso segundo ponto de interpretação acerca da Atenção Básica à Saúde foi vê-la como **PRIMEIRO NÍVEL/ CUIDADO/ATENÇÃO.**



O terceiro ponto interpretado por nós sobre Atenção Básica à Saúde foi reconhecê-la como **PORTA DE ENTRADA DO SUS**.

O quarto ponto interpretado por nós sobre Atenção Básica à Saúde foi de: **PRIMEIRO CONTATO COM A POPULAÇÃO**.

O quinto ponto interpretado por nós sobre Atenção Básica à Saúde foi reconhecê-la como **PREVENÇÃO/PROMOÇÃO**.

Percebi que dialogar sempre sobre o significado que nós, alunos, professores e gestores, damos à Atenção Básica à Saúde é importante para que possamos (re)constituir o conjunto de ideias que nos move na gestão e no ensino desta temática, sem restringi-la a um ponto de vista, porque nenhum de nós se bastou no significado que atribuiu à ABS. Esta postura parte do reconhecimento de que o conhecimento não é dado e sim construído e o sujeito, ao formulá-lo, dele se apropria, estabelecendo uma rede de significado. No coletivo, nós, expressando como compreendemos a Atenção Básica à Saúde, nos aproximamos do conhecimento em curso, na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB e em outros documentos e estudos, mas, no individual, necessitamos de significativos complementares, ao nosso ponto de vista. Desse modo, devemos estar abertos e não julgar algo pelo nosso olhar que humanamente já é reduzido por natureza.

Outra reflexão que emergiu deste diálogo foi: por que consideramos **FUNDAMENTAL, NECESSÁRIA, ESSENCIAL, IMPORTANTE a ABS**, mas, raramente, um de nós diz que vai dedicar a sua prática e formação permanente à Atenção Básica à Saúde? Então, este nosso conhecimen-

to fica somente no campo da cognição? E a aplicação que pressupõe a interpretação em outras situações, como fica? Será por isto que nós, alunos, solicitamos tanto a prática? Será que, mesmo sem muita clareza e consciência, percebermos que conhecer pressupõe compreender, mas também aplicar, analisar, fazer síntese e avaliar, para sairmos do julgamento excessivo sem avançar nestas outras operações de forma interligada? Será que, para sair para outra operação e não ficar restrito à cognição, à compreensão meramente objetiva, traz a prática de ABS como necessária?

Os colegas reforçaram a falta de continuidade, quando disseram que repetem os conteúdos, assuntos meio alheios à Atenção Básica, em muitas aulas teóricas e, também, trazem a questão da prática como fonte de aprendizagem, apontando que se não existir a prática, pode haver somente “decoreba”. Ao ser evidenciada a questão das aulas teóricas e, ainda, a falta da prática ou insuficiência para não existir somente memorização de conteúdos, meus colegas trazem à tona questões como: o que é teoria? O que é prática? Ir mais vezes ao posto garante uma aprendizagem além da decoreba? Uma aluna também fez uma autoavaliação quando admitiu falta de maturidade. Assim, considero pertinente refletir sobre o que sejam teoria e prática, a aprendizagem com base na experiência e o profissional reflexivo e autorreflexivo.

A gênese do conceito profissional reflexivo se deu na década de 1980, quando Donald Schon problematizou as questões referentes à relação teoria-prática na aprendizagem profissional ou na aprendizagem cotidiana, introduzindo o conceito de “profissional reflexivo”. Para isso, este profissional deve ter uma visão de unidade, fazendo uso

da vinculação, na união entre teoria e prática, percebendo uma relação simultânea e recíproca de autonomia e dependência de uma relação com a outra. Assim, o profissional reflexivo passa a ser compreendido como aquele que reflete ou reflexiona, que procede com reflexão, que cogita, que se volta sobre si mesmo.

Romper com a prática fragmentada é um exercício difícil, já que essa ruptura pressupõe corresponsabilidade assumida institucionalmente por professores, alunos e gestores. Isso, ainda hoje, é desafiador no cotidiano e nas práticas da Universidade, em termos de formação, pois o que predomina ainda é a fragmentação da estrutura universitária em departamentos, que não se comunicam entre si e nem no seu interior, tornando os conteúdos fragmentados e currículos reduzidos a um aglomerado de disciplinas ligadas burocraticamente em módulos, blocos, núcleos, entre outras formas de organização (SILVA, 2000).

Como aluno, percebi que a Faculdade de Medicina - FAMED, ao assumir desde 1995 o compromisso da elaboração de um novo currículo, desencadeou também um processo (des)construção e de (re)construção. Compreendo a partir desse movimento que desconstruir é operar com conceitos e com concepções de mundo, muitas vezes cristalizados e assumidos como produtos naturais e não como construção histórica. Então, a desconstrução pode ser compreendida como um método de análise mediante o qual se percorre o caminho de volta (ALMEIDA; SOUSA, 2005). Como diz Morin (2001b), o prefixo "re" é um paradigma, pois, além de um prefixo, ele comporta simultaneamente a ideia de recomeço e de renovação de esforço. Desejo, como aluno quase egresso, renovar meu esforço em busca

de superar a não ruptura do conhecimento fragmentado, embora reconheça que lidar com a dispersão departamental não é algo fácil, exige permanente ação articuladora da gestão acadêmica do curso, além dos momentos da concepção e gestação. Acredito que o projeto assumido como de formação e visto, na sua totalidade, como um processo dialógico poderá significar a essência da educação como ensinou Paulo Freire (1987, p.80-81) com suas indagações:

Como posso dialogar, se alieno a ignorância, isto é, se a vejo sempre no outro, nunca em mim?

Como posso dialogar, se me admito como um homem diferente, virtuoso por herança, diante dos outros, meros "isto", em que não reconheço *outros eu*?

Como posso dialogar, se me sinto participante de um "gueto" de homens puros, donos da verdade e do saber, para quem todos os que estão fora são "essa gente", ou são "nativos inferiores"?

Como posso dialogar, se parto de que a pronúncia do mundo é tarefa de homens seletos e que a presença das massas na história é sinal de sua deterioração que devo evitar?

Como posso dialogar, se me fecho à contribuição dos outros, que jamais reconheço, e até me sinto ofendido com ela?

Como posso dialogar, se temo a superação e se, só em pensar nela, sofro e definho?

A autossuficiência é incompatível com o diálogo. Os homens que não tem humildade ou a perdem, não podem aproximar-se do povo. Não podem ser seus companheiros de pronúncia do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos, há homens que, em comunhão, buscam saber mais (FREIRE, 1987, p. 80-81).

Foi nessa perspectiva de saber, que resolvemos fazer o caminho de volta do internato ao primeiro semestre do curso, como um aluno reflexivo, compreendendo que todo conhecimento é, sobretudo, autoconhecimento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Dentro de um complexo, que a ação se apresenta no sentido de prática, os resultados da pesquisa também apontam em uma visão complexa para um entrelaçamento de ideias que, embora considerando a provisoriidade, podem se apresentar como conclusivas. Levamos em conta que a ação a qual esta pesquisa se propôs a investigar é a de formar, não no sentido de forma, mas no sentido artístico, plástico da palavra formar. Ressaltamos, ainda, que esta compreensão fez a ação de formar médicos, aqui avaliada, ser vista em duas dimensões temporais: a) “para a Atenção Básica à Saúde”, no sentido da formação do médico do futuro; e b) “na Atenção Básica à Saúde” também na dimensão do presente.

As dimensões temporais em destaque se pautam na seguinte compreensão: para que no futuro este médico, hoje em formação, tenha se apropriado do saber técnico, humano e político, que este nível de atenção exige, se faz necessário ser “na” Atenção Básica à Saúde, na prática, no presente. Logo, o ensino aprendizagem deve ser neste cenário e não distante dele, pois nem um outro traz em si suas possibilidades de ensino e aprendizagem. Portanto, para se compreender este movimento dinâmico de formar, a pesquisa mostrou, mesmo considerando seus limites, que

a avaliação não deve considerar somente o conhecimento em si, a compreensão objetiva das práticas, mas também a compreensão subjetiva, uma compreensão complexa.

O esforço de alcançar a subjetividade foi tentado quando as histórias de vida dos alunos, professores e gestores foram incluídas na pesquisa. Foi ao escutá-las que ficou evidente que os professores e gestores, na sua formação, não tiveram a Atenção Básica à Saúde como conteúdo incluso nos seus currículos e nem nas suas práticas, porque ele é novo na agenda brasileira, embora em muitos outros países já fizessem parte, muito antes da Declaração de Alma-Ata, em 1977, do seu saber e prática. Então, isso implica uma construção permanente deste saber e desta prática no Brasil, diferente de outros saberes, já consolidados na formação médica há mais de 200 anos. Esses parecem ser aspectos significativos para serem compreendidos nas práticas de formação médica na e para a Atenção Básica.

A pesquisa anunciou, também, que para avaliar as práticas de formação médica para e na Atenção Básica à Saúde, estas devem ser consideradas dentro do paradigma da complexidade. Devem ser consideradas, *a priori*, dentro de dois sistemas: o da saúde e o da educação, ao mesmo tempo, consideradas as especificidades que cada um carrega e que se traduzem através de suas normas, exigências, seus conhecimentos próprios e padrão de organização, sua dependência e interdependência. Daí a necessidade de um diálogo interno e externo, coletivo e permanente. Foi neste ponto de vista, que a pesquisa evidenciou a fragilidade referente às conexões internas existentes no curso, compreendendo-as entre os departamentos, as disciplinas, a teoria e a prática, o serviço e o ensino, entre outras. Além

do que, também foi visto nesta pesquisa como se conectam (ou deveriam se conectar) os documentos existentes na universidade, na compreensão da formação em ABS, quando foi percebida a incongruência entre eles.

Nesta pesquisa foi ensaiada a modalidade de pesquisa-ação participativa como proposição de um caminho que poderá dar conta da avaliação na perspectiva defendida no presente estudo, transformando-se em parte integrante do planejamento, como forma de pensar e agir de um determinado modo para um determinado fim, subsidiado pelo paradigma da complexidade.

## REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C. M. Avaliação participativa em promoção da saúde: reflexões teórico-metodológicas. *In*: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 145-160.

ALMEIDA, C. L. S.; SOUSA, M. S. O itinerário crítico da desconstrução. **Revista de Educação AEC**, Brasília, DF, ano 34, p. 59-73, jan./mar. 2005.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Brasília, DF: Plano, 2002.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ F. Prólogo. *In*: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ F. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 7-17.

BRANDÃO, C. R. **Pesquisa participante**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1983.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação, Câmara da Educação Superior. **Paracer CNE/CES Nº 116/2014 de 03 de abril de 2014**. Aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: Ministério da Educação e Cultura, 2014.

BRASIL. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. **Lei nº 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1990.

CAPRA, F. **As conexões ocultas**: ciência para uma vida sustentável. São Paulo: Cultrix, 2002.

CHIZZOTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.

DELORS, J. (Org.). **Educação**: um tesouro a descobrir. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. Campinas, SP: Autores Associados, 1997.

DEMO, P. **Pesquisa Participante**: saber, pensar e intervir juntos. Brasília, DF: Liber Livro, 2004.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. *In*: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 99-120.

FREIRE, P. **Política e educação**. São Paulo: Cortez, 1997.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987

GANDIN, D. **A prática do planejamento participativo**: na educação e em outras instituições, grupos e movimentos dos campos cultural, social, político, religioso e governamental. Petrópolis: Vozes, 1994.

GANDIN, D. **Planejamento**: como prática educativa. São Paulo: Loyola, 1983.

GOMES, A. P.; COSTA, J.R.B.; JUNQUEIRA, T. da S.; ARCURI, M.B.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 541-549, 2012.

HESS, R. Momento do diário e diário dos momentos. *In*: SOUZA, E. C. de; ABRAHÃO, M. H. M. B. **Tempos, narrativas e ficções**: a invenção de si. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. p. 98-99.



HITO, P. D.; GASTALDO, D. M. Avaliação participativa do atendimento de enfermagem em uma unidade de tratamento intensivo na Espanha: da reflexão à mudança nas práticas do tratamento. *In*: BOSI, M. L. M.; MERCADO F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 281-312.

IBIAPINA, I. M. L. M. **Pesquisa colaborativa**: investigação, formação e produção de conhecimentos. Brasília, DF: Líber Livro, 2008.

KEMMIS, S. **La formación del profesor y la creación y extensión de comunidades críticas de profesores Investigación em la Escuela**, Servilha, n. 19, p. 15-38, 1993.

KEMMIS, S. R. M. **The action research planner**. Austrália: Deakin University Press, 1988.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec; Associação Brasileira de Educação Médica, 2009.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001a.

MORIN, E. **O Método 2**: a vida da vida. Porto alegre: Sulina, 2001b.

MORIN, E. **O Método 3**: o conhecimento do conhecimento. Porto Alegre: Sulina, 1999.

OLIVEIRA, N. A. de; ALVES, L. A. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 26-36, jan./mar. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. *In*: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE OS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. **Anais Alma-Ata**, 1978. Disponível em: [www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)> Acesso em: 20 dez. 2013.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Edições Afrontamento, 1999.

SILVA, A. C. B. **Projeto pedagógico**: instrumento de gestão e mudança; limites e possibilidades. Belém: UNAMA, 2000.

SOUSA, M. S. **Professor**: a subjetividade do ser, do ensinar e do aprender. 2003. 198f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2003.

SOUSA, M. S. **A complexidade da formação médica na e para atenção básica como parte de dois sistemas e um sistema à parte.** 2014. 458 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativas e quantitativas. *In*: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis: Vozes, 2007. p. 121-136.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** São Paulo: Cortez: Autores associados, 1988.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Projeto pedagógico:** currículo do Curso de Medicina. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2001. (Série Acadêmica).

VEIGA, I. P. A. Projeto Político-Pedagógico: continuidade ou transgressão para acertar? *In*: VEIGA, I. P. A. **Educação básica e educação superior:** projeto político-pedagógico. Campinas: Papirus, 2004. p. 13-45.

### FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO COM ÊNFASE NA ATENÇÃO BÁSICA

Maria da Conceição Coelho Brito

Maria Socorro de Araújo Dias

Lielma Carla Chagas da Silva

Diógenes Farias Gomes

Maria de Fátima Antero Sousa Machado

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

#### INTRODUÇÃO

O processo de formação do enfermeiro está sujeito a transformações, estando sua trajetória e o perfil dos egressos sempre atrelados ao modelo político-econômico-social vigente do país. Essa trajetória, contudo, não se deu de forma linear; ela encontrou desafios que foram superados nos limites conjunturais de cada momento histórico da sociedade (SILVA *et al.*, 2010).

Isso implica oferecer aos futuros profissionais uma prática pedagógica com visão de totalidade, com a responsabilidade e preocupação de provocar interações e relações dos alunos consigo mesmos, com seus semelhantes, em uma rede complexa de inter-relações pressupondo a compreensão da existência de conexões, que ajudam a entender o significado do contexto (ESPERIDIÃO; MUNARI, 2005).

Diante disso, a formação dos profissionais de saúde, inserida no contexto da formação dos demais profissionais, deve estar norteada pela definição de áreas de competências que possibilitem a atuação e a interação multiprofissional. As diretrizes gerais para a educação dos profissionais de saúde do século XXI descrevem que o desenvolvimento de competências deve estar dirigido à busca da integralidade da atenção à saúde, contribuindo para a formação de um profissional que agregue aptidões para tomada de decisões, comunicação, liderança, gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001).

Com o objetivo de incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença, surge, em 2005, por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde. Tem como eixo central a integração ensino-serviço, com a conseqüente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é o Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na atenção básica, desde o início de sua formação (BRASIL, 2007).

Entendendo que a reorientação para a atenção básica, como direciona o SUS, não pode depender apenas de uma transformação espontânea das instituições acadêmicas, o papel indutor do Pró-Saúde é o de conferir direcionalidade ao processo de mudança e facilitar a consecução dos objetivos propostos, em busca de uma atenção à saúde de mais equânime e de qualidade (BRASIL, 2007).

Considerando o exposto, tem-se o Projeto Pedagógico - PP como o principal instrumento político e técnico de

balizamento para orientação da formação de um determinado curso, que deve ser elaborado de forma coletiva no âmbito da instituição. O PP é uma ação intencional que deve ser definida coletivamente, como consequente compromisso coletivo. Assim, seu componente político reflete as opções e escolhas de caminhos e prioridades na formação do cidadão, como membro ativo e transformador da sociedade. E pedagógico por expressar as atividades pedagógicas e didáticas que levam a instituição de ensino a alcançar objetivos educacionais (NÓBREGA-TERRIEN *et al.*, 2010).

Os mesmos autores ainda expressam que o Projeto deve expressar uma tentativa de comunicação, de interação dos aspectos subjetivos e objetivos, de reflexividade e de criatividade, cujo desencadeamento depende da iniciativa e envolvimento dos sujeitos implicados nesse processo, como coletividade em ação. Parte-se, assim, de um processo interativo-colaborativo fundamentado na racionalidade e na integração dos saberes pertinentes ao contexto analisado, o que não é tarefa simples.

Este estudo objetiva analisar a formação do enfermeiro para uma atuação direcionada pela Atenção Básica em um Curso de Graduação, considerando seu Projeto Pedagógico, de modo a refletir as consonâncias do curso com as diretrizes propostas pelo Pró-Saúde, como estratégia indutora da reorientação da formação em saúde.

A partir dos resultados identificados no estudo pretende-se contribuir com o processo de formação dos enfermeiros, considerando que as instituições formadoras necessitam apropriar-se das mudanças introduzidas pelo SUS nos cursos de graduação da saúde, incorporando o cotidiano das relações da atenção e da estruturação do cuidado

à saúde (BRASIL, 2004), entendendo que essas mudanças repercutirão na qualidade da atenção à saúde aos usuários do sistema de saúde brasileiro de modo mais efetivo.

## **MÉTODO**

Estudo exploratório-descritivo, do tipo documental, com abordagem quanti-qualitativa, realizado em um Curso de Enfermagem, situado no semiárido do sertão cearense. Para seu desenvolvimento, utilizou-se como unidade de análise PP do Curso, com destaque para a análise da matriz curricular e ementários, e identificação dos módulos que apresentam temáticas para o desenvolvimento de competências para a Atenção Básica.

Com vistas a potencializar a análise do PP, foi incorporado à coleta o Programa Semestral Docente - PSD, documento no qual constavam: as atividades a serem desenvolvidas pelos docentes nos módulos; a discriminação dos conteúdos abordados por cada docente; a carga horária total do módulo e de cada conteúdo ministrado; e o momento de início e término do módulo.

A coleta de informações ocorreu de outubro a dezembro de 2013, e foi orientada por meio de um instrumento construído a partir das evidências indicadas pelos vetores (tipificação) de cada eixo de desenvolvimento do Pró-Saúde. Salienta-se que o instrumento teve por propósito averiguar se a Matriz Curricular está consonante com a reorientação da formação profissional para a Atenção Básica proposta pelo Pró-Saúde. As informações foram apresentadas e analisadas de modo a inter-relacionar dados

quantitativos, orientados pela estatística descritiva, e dados de cunho qualitativo, numa perspectiva compreensiva.

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, sob o Parecer N° 421.861/13, atendendo às diretrizes e às normas regulamentadoras para pesquisas com seres humanos propostas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2012a).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados do estudo apresentam aspectos importantes sobre a formação do enfermeiro em um sistema modular de ensino. Para isso, os achados estruturam-se em dois eixos de análise: *Os movimentos instituintes no Curso*, no qual se tecem reflexões sobre os momentos que antecederam a implantação da matriz modular no Curso, e *Evidências da formação do enfermeiro orientada pela Atenção Básica*, discutindo como o Curso orienta sua formação para o SUS sob o direcionamento da Atenção Básica.

### **Os movimentos instituintes no Curso**

A educação superior vem sendo desafiada a romper paradigmas que a colocam na direção de uma formação com pertinência social e coerência com as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN, ou seja, com as necessidades de transformação do processo de formação profissional. Espera-se que, ao longo de um processo reflexivo, dialógico

e comprometido com as mudanças exigidas pela sociedade, as Instituições de Ensino Superior - IES que oferecem cursos de graduação e, particularmente, de enfermagem, elaborem seus Projetos Pedagógicos, demonstrando a internalização desse processo pelos atores envolvidos na mudança (LOPES NETO *et al.*, 2007).

Assim, as IES têm procurado adotar em suas propostas curriculares, a flexibilidade, a interdisciplinaridade, a contextualização, a unicidade da relação teoria-prática e o respeito aos valores éticos, estéticos e políticos. Esses aspectos são considerados essenciais na formação de profissionais competentes para lidar com os desafios do século XXI (SCHERER; SCHERER, 2012).

No Curso de Enfermagem em análise, diversos momentos sinalizavam a busca por uma proposta de ensino direcionada às reais necessidades sociais da população. Em 1997 começa a discussão de uma nova proposta curricular que pudesse articular de forma dinâmica o ciclo básico e clínico, o ensino, serviço e comunidade, teoria e prática, por meio da integração dos conteúdos.

A dinamicidade dos processos de formação, a partir dos determinantes sociais e das necessidades de saúde faz com que a formação profissional em saúde, em nosso caso específico de Enfermagem, possa ser consonante com a realidade social vivida por nós. (PP do Curso)

Movimentos de mudança foram tencionados ao longo do tempo no Curso de Enfermagem, a exemplo do Projeto de Estágios e Vivências no SUS - VER-SUS. Isso reflete que diversas são as perspectivas de mudanças na formação dos profissionais da saúde, as quais incluem a reflexão



e transformação da interface ensino/trabalho (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Contudo, viram-se movimentos na direção de transformações dos velhos modelos de ensino para formação na saúde, os quais se mostraram incapazes de responder adequadamente às necessidades apresentadas pela população. Tais movimentos oscilaram, ao longo das duas últimas décadas, na intensidade e na concentração nas diferentes áreas profissionais (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). Isso não foi diferente no Curso de Enfermagem, no qual as discussões de reestruturação curricular foram se enfraquecendo, até que uma proposta interministerial entre a Saúde e a Educação propusesse, em 2005, um projeto de reorientação da formação do profissional de saúde para o SUS, o Pró-Saúde. Esse movimento nacional incitou, a partir de 2007, reflexões sobre a formação do enfermeiro nesta Universidade, na qual foi constituída, em 2009, uma Comissão para propor o novo modelo pedagógico.

O Curso de Enfermagem da [...], com o objetivo de estabelecer um modelo de currículo que possibilite a formação do profissional com o perfil desejado, orientado pelo perfil epidemiológico do Estado/Região e tendo como princípios norteadores as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, LDB 9394/96 e SUS, designa em março de 2009, uma Comissão de Sistematização da Reforma Curricular, responsável pela formatação de um novo modelo pedagógico... (PP do Curso).

Consonante com a proposta do Pró-Saúde, o Curso de Enfermagem implanta gradativamente, a partir do semestre de 2009.2, a Matriz Curricular sob os moldes da estrutura modular, e orientada pela educação por competências. A competência pode ser descrita como uma combinação ar-

ticulada e complexa de habilidades e capacidades que são o resultado de uma síntese conceitual e funcional de aspectos teóricos, ligados aos conteúdos disciplinares e a experiência atual. Nesse contexto, a formação do trabalhador torna-se importante aliada para as instituições e serviços, e é dessa forma que estas almejam, cada vez mais, profissionais com conhecimento avançado e qualidades comportamentais, aptos a resolverem problemas (CAMELO; ANGERAMI, 2013).

O esquema modularizado de organização de conteúdos é um aspecto facilitador dos processos de interdisciplinaridade e integralização de conhecimento, e um dos vetores propostos pelo Pró-Saúde na reorientação da formação do profissional de saúde (BRASIL, 2007). O Curso de Enfermagem ao adotar o sistema modular passa a ter o seu currículo organizado a partir de dois tipos de módulos: sequenciais e longitudinais. Nestes, vários conteúdos estão interligados no sentido de atingir os objetivos e as competências propostas, como defende o PP do Curso.

A interdisciplinaridade, na organização curricular atual, permeará o processo de construção do conhecimento, tendo em vista uma perspectiva holística da realidade; promovendo a integração do ensino-serviço como prática concreta no cotidiano do processo ensino-aprendizagem; outro aspecto relevante, é que a construção de cada um dos módulos contemplaram as características sociais, econômicas e políticas de Sobral e da região norte do Estado para que possamos formar profissionais de acordo com o perfil da nossa realidade (PP do Curso).

Essa reorientação proposta pelo Pró-Saúde, e que o Curso de Enfermagem busca incorporar com eficiência e efetividade, emerge de um momento em que a formação pretendida decorre de novas modalidades de organiza-

ção do mundo do trabalho em saúde, e de exigências em relação ao perfil dos novos profissionais, confrontando diferentes culturas e linguagens que permitam ao aluno aprendizagens e práticas para uma formação sólida e integrada (KAISER; SERBIM, 2009).

Há, portanto, que se corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS, em especial no que diz respeito à formação para a atenção básica (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

As iniciativas de mudanças na proposta do PP do curso analisado podem ser um caminho que aponta para essa perspectiva.

## **Evidências da formação do enfermeiro orientada pela Atenção Básica**

O modelo de saúde centrado na doença e no atendimento vigorou durante muito tempo no Brasil. Porém, com a implantação do SUS, há um esforço em reorganizar e incentivar a Atenção Básica como forma de substituição do modelo até então vigente. Essa mudança, orientada pelos princípios da Reforma Sanitária, passou a exigir, também, adequações das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde, integrando ensino-serviço, de modo que os profissionais pudessem estar capacitados para atuação segundo o modelo que estava sendo proposto (MATSUMOTO, 2010).

Este modelo é representado, principalmente, pela Estratégia Saúde da Família - ESF, que busca ampliar a cobertura da população, assegurando um padrão de servi-

ços compatível com a melhoria da qualidade de vida, com maior resolubilidade da atenção e garantia de acesso aos demais níveis do Sistema de Saúde. Contudo, uma série de desafios permeia essa Estratégia: o de constituir-se efetivamente como o primeiro nível de atenção do SUS; o de romper com o modelo hospitalocêntrico e privatista; o de caracterizar-se como principal “porta de entrada” do Sistema, articulada com os demais níveis de atenção por meio da referência e da contrarreferência; a atenção da equipe ao cidadão, por meio do vínculo e a corresponsabilização do processo saúde-doença com a comunidade; e a construção de lugar valorizado socialmente para os profissionais que fizeram opção pela Saúde da Família (BRASIL, 2007).

Assim, as novas configurações para a formação do profissional enfermeiro, indicadas também nas DCN para os Cursos de Graduação em Enfermagem, não se limitam, pois, às questões técnicas, relativas a conteúdos de ensino, procedimentos didáticos e técnicas pedagógicas e pedagogia tecnicista. Elas se pautam na adoção de um referencial teórico-pedagógico que sustenta uma aprendizagem significativa, transformadora às demandas sociais e profissionais que se apresentam. Evidencia-se, assim, nas diretrizes, que na construção do PP dos cursos de graduação, entre muitas interfaces, uma das primeiras fases é identificar que profissional se quer formar, para quê e como vai se formar (DONATI; ALVES; CAMELO, 2010).

Esse aspecto é mencionado no PP do Curso de Enfermagem em análise, uma vez que aborda as mudanças no Curso como resultantes de movimentos incitados a partir da lógica local de necessidades de saúde e de atenção à saúde. Apresenta-se, no Quadro 1, a Matriz Curricular do Curso.

**Quadro 1 – Matriz Curricular do Curso a partir de 2009.2. Sobral-CE, 2018**

<b>SEMESTRE</b>	<b>MÓDULO</b>	<b>CARGA HORÁRIA</b>
<b>Sistemas Orgânicos I (Semestre 1)</b>	Educação e Enfermagem	40
	Biologia Celular e Molecular	140
	Sistema Hematopoético	40
	Sistema Locomotor	80
	Sistema Cardiovascular	80
	Atenção Básica à Saúde I	60
	Desenvolvimento Humano e Profissional I	60
<b>Sistemas Orgânicos II (Semestre 2)</b>	Sistema Nervoso	80
	Sistema Respiratório	80
	Sistema Digestório	80
	Sistema Endócrino	40
	Sistema Reprodutor	40
	Sistema Urinário	40
	Atenção Básica à Saúde II	60
Desenvolvimento Humano e Profissional II	60	
<b>Sistemas Orgânicos III (Semestre 3)</b>	Determinantes Sociais e Biológicos do Processo Saúde-Doença	80
	Mecanismos de Defesa e Enfrentamento no Processo Saúde-Doença	80
	Avaliação do Estado de Saúde do Indivíduo	200
	Atenção Básica à Saúde III	60
	Desenvolvimento Humano e Profissional III	60
<b>Cuidado Integral à Pessoa I (Semestre 4)</b>	Gravidez, Nascimento e Desenvolvimento Infantil	280
	Práticas Interdisciplinares em Ensino, Pesquisa e Extensão I	80
	Atenção Básica à Saúde IV	60
	Desenvolvimento Humano e Profissional IV	60

<b>Cuidado Integral à Pessoa II (Semestre 5)</b>	Puberdade e Adolescência	80
	Vida Adulta	160
	Práticas Interdisciplinares em Ensino, Pesquisa e Extensão II	80
	Atenção Básica à Saúde V	60
	Desenvolvimento Humano e Profissional V	60
	Eletivo	40
<b>Cuidado Integral à Pessoa III (Semestre 6)</b>	Trabalho e Saúde	80
	Envelhecimento	160
	Práticas Interdisciplinares em Ensino, Pesquisa e Extensão III	80
	Atenção Básica à Saúde VI	40
	Desenvolvimento Humano e Profissional VI	60
	Eletivo	60
<b>Cuidado Integral à Pessoa IV (Semestre 7)</b>	A Pessoa com Transtorno Mental	120
	A Pessoa em Estado Crítico	180
	Práticas Interdisciplinares em Ensino, Pesquisa e Extensão IV	20
	Atenção Básica à Saúde VII	60
	Desenvolvimento Humano e Profissional VII	40
	Eletivo	60
<b>Vivências Clínicas e Investigativas I (Semestre 8)</b>	Internato em Enfermagem I – Atenção Básica	560
	TCC I	60
<b>Vivências Clínicas e Investigativas II (Semestre 9)</b>	Internato em Enfermagem II – Atenção Secundária	560
	TCC II	60
<b>Vivências Clínicas e Investigativas III (Semestre 10)</b>	Internato em Enfermagem III – Atenção Terciária	560
	TCC III	60
<b>Carga Horária Total</b>		<b>5240</b>

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem (2013).

Buscando estreitar o olhar sobre o processo de formação do enfermeiro, delineiam-se os módulos que trabalham seus conteúdos para o desenvolvimento de competências requeridas para Atenção Básica, conteúdos estes identificados a partir da análise dos ementários, dos conteúdos programáticos dos módulos e PSD.

Enfatiza-se que a escolha dos módulos foi orientada pelos requisitos necessários ao desenvolvimento de competências para a Atenção Básica, norteados pelas atribuições do enfermeiro descritas na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2012b, p. 46):

- I - realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
- III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em conjunto com os outros membros da equipe;
- V - contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e
- VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Para a análise da carga horária do Curso no desenvolvimento de competências para a Atenção Básica, extraiu-se da carga horária total do Curso aquela destinada aos módulos básicos para quaisquer cenários de atuação, que foram: 1) o módulo Educação e Enfermagem, 40h/aula (Semestre 1); os módulos dos Sistemas Orgânicos (Semestres 1 e 2), que são Biologia Celular e Molecular (140h/aula), Sistema Hematopoiético (40h/aula), Sistema Locomotor (80h/aula), Sistema Cardiovascular (80h/aula), Sistema Nervoso (80h/aula), Sistema Respiratório (80h/aula), Sistema Digestório (80h/aulas), Sistema Endócrino (40h/aula), Sistema Reprodutor (40h/aula), e Sistema Urinário (40h/aula); os módulos de Práticas Interdisciplinares de Ensino Pesquisa e Extensão (Semestres 4 ao 7), que totalizam 260h/aula; e os módulos de Trabalho de Conclusão de Curso – TCC (Semestres 8 ao 10), com 180h/aula no total.

Esses módulos perfazem uma carga horária de 1180h/aula, que corresponde a 22,5% do total do Curso. Extraiu-se essa carga horária do total do Curso (5240h/aula), resultando 4060h/aula, sendo estas utilizadas para a análise da carga horária orientada para a Atenção Básica.

Desse modo, apresenta-se a Tabela 1 que retrata a distribuição da carga horária para a Atenção Básica na Matriz Curricular do Curso de Enfermagem. O percentual desta relação foi calculado sobre a carga horária 4060h (resultado da extração de carga horária mencionada anteriormente).



**Tabela 1 – Distribuição da carga horária específica para Atenção Básica no Curso de Enfermagem. Sobral-CE, 2018**

<b>SEMESTRE</b>	<b>MÓDULOS</b>	<b>CARGA HORÁRIA DO MÓDULO</b>	<b>CARGA HORÁRIA DIRECIONADA PARA A ATENÇÃO BÁSICA</b>	<b>RELAÇÃO COM A CARGA TOTAL EM ANÁLISE (%)</b>
<b>1º período</b>	Atenção Básica à Saúde I	60h/aula	Integral	1,5
<b>2º período</b>	Atenção Básica à Saúde II	60h/aula	Integral	1,5
	Desenvolvimento Humano e Profissional II	60h/aula	24h/aula	0,6
<b>3º período</b>	Atenção Básica à Saúde III	60h/aula	Integral	1,5
	Desenvolvimento Humano e Profissional III	60h/aula	20h/aula	0,5
	Determinantes Sociais e Biológicos do Processo Saúde-Doença	80h/aula	Integral	2,0
	Mecanismos de Defesa e Enfrentamento no Processo Saúde-Doença	80h/aula	Integral	2,0
	Avaliação do estado de saúde do indivíduo	200h/aula	56h/aula	1,4
<b>4º período</b>	Atenção Básica à Saúde IV	60h/aula	Integral	1,5
	Desenvolvimento Humano e Profissional III	60h/aula	28h/aula	0,7
	Gravidez, Nascimento e Desenvolvimento Infantil	280h/aula	72h/aula	1,8
<b>5º período</b>	Atenção Básica à Saúde V	60h/aula	Integral	1,5
	Desenvolvimento Humano e Profissional V	60h/aula	36h/aula	0,9
	Puberdade e Adolescência	80h/aula	68h/aula	1,7
	Eletivo–Administração e Gerência em Enfermagem	40h/aula	28h/aula	0,7
<b>6º período</b>	Atenção Básica à Saúde VI	40h/aula	Integral	1,0
	Desenvolvimento Humano e Profissional VI	60h/aula	24h/aula	0,6
	Trabalho e Saúde	80h/aula	Integral	2,0
	Envelhecimento	160h/aula	40h/aula	1,0

SEMESTRE	MÓDULOS	CARGA HORÁRIA DO MÓDULO	CARGA HORÁRIA DIRECIONADA PARA A ATENÇÃO BÁSICA	RELAÇÃO COM A CARGA TOTAL EM ANÁLISE (%)
<b>7º semestre</b>	Atenção Básica à Saúde VII	60h/aula	Integral	1,5
	Desenvolvimento Humano e Profissional VII	40h/aula	12h/aula	0,3
	A Pessoa com Transtorno Mental	120h/aula	36h/aula	0,9
	Eletivo – Saúde sexual e reprodutiva: abordagem sindrômica	60h/aula	Integral	1,5
<b>8º semestre</b>	Internato em Enfermagem I – Atenção Básica	560h/aula	Integral	13,8
<b>Carga Horária Total</b>			1704h/aula	42,4

Ressalta-se que os módulos eletivos, citados na Tabela 1, variam de acordo com as necessidades de aprendizagem referidas pelos discentes no semestre anterior ao qual vai acontecer o módulo. Portanto, os módulos eletivos mencionados neste estudo foram os que ocorreram no período da coleta de dados.

Resgatando a carga horária de 1180h/aula (22,5% da carga total do Curso), considerada neste estudo base para a formação do enfermeiro, e somando-se com a direcionada para a Atenção Básica, como visualizado na Tabela 1, infere-se que 2884h/aula (55,0%) do Curso de Enfermagem são orientadas para o desenvolvimento de competências para atuação na Atenção Básica.

Verifica-se que as instituições de ensino têm buscado formas de abranger em seus currículos os conteúdos necessários para a formação dos profissionais que irão atuar no sistema de saúde, em condições para atuar e planejar suas ações e de suas equipes. Em geral, as propostas

são fundamentadas nos princípios e diretrizes que regem a organização da saúde no Brasil (MEDEIROS; PERES, 2011).

Assim, há um consistente esforço para reorganizar e incentivar a Atenção Básica, como estratégia privilegiada para a suplantação do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar. Estabelecer uma Atenção Básica resolutiva e de qualidade, significa reafirmar os princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade das ações estabelecidas para o SUS (BRASIL, 2007). Contudo, a concretização do SUS ainda representa um desafio (HADDAD; ZOBOLI, 2010).

Nesse contexto, a Atenção Básica, segundo Coelho (2007), cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS porque estabelece relações contínuas com a população e por se desenvolver por meio de um trabalho em equipe que enfatiza práticas democráticas e participativas.

Salienta-se aqui que a perspectiva do Pró-Saúde é que os processos de reorientação da formação ocorram ao mesmo tempo em diferentes eixos, de modo que haja integração das instituições de ensino superior com o serviço público de saúde, respondendo às necessidades de saúde da população na formação dos profissionais, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, colaborando para o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2007). Verifica-se que o Curso de Enfermagem, a partir da análise mediante PP, guarda alinhamento ao proposto pelo Programa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este estudo foi possível identificar os movimentos indutores da mudança curricular no Curso, além de inferir sobre as transformações na Matriz Curricular que esboçassem a efetivação da reorientação da formação profissional como preconizado pelo Pró-Saúde, por meio de um novo modelo pedagógico estruturado pelo sistema modular, e orientado pela educação por competências, aspecto considerado importante facilitador dos processos de interdisciplinaridade e integralização do conhecimento. O Curso de Enfermagem passou a apresentar 10 semestres letivos, perfazendo uma carga horária total de 5240 hs/aula, a partir do semestre 2009.2, momento no qual passou a integrar um movimento nacional de reorientação da formação profissional em saúde, o Pró-Saúde.

Com vistas a identificar os módulos com temáticas voltadas para a Atenção Básica, verificou-se que o Curso de Enfermagem em análise apresenta 2884hs/aula (55,0%) da carga horária total orientada para o desenvolvimento de competências para atuação na Atenção Básica, aspecto que denota um esforço para reorganizar e incentivar a Atenção Básica como estratégia estruturante do sistema de saúde brasileiro.

Elencam-se as limitações do estudo: 1) subjetividade da pesquisadora para a identificação de conteúdos que se relacionassem ao desenvolvimento de competências para a Atenção Básica, mesmo sendo orientada pela Política Nacional de Atenção Básica; e 2) dificuldade de acesso aos conteúdos programáticos dos módulos do Curso.

O presente estudo possibilitou uma imersão na formação do enfermeiro na instituição, em que se aproximou de momentos históricos importantes para a consolidação do Curso. Mas ainda há muito a avançar! É preciso nos desnudarmos das práticas instituídas, e nos deleitarmos da constante mudança social vivenciada cotidianamente e, com isso, formarmos enfermeiros mais reflexivos na ação de cuidar.

Sugerem-se estudos que busquem potencializar ainda mais a discussão sobre a formação do enfermeiro, guiados por algumas lacunas dos conhecimentos instigados a partir deste estudo: Que estratégias podem ser utilizadas para potencializar esse tipo de currículo para uma formação mais alinhada ao SUS? Qual a percepção dos docentes e discentes sobre a formação do enfermeiro para a Atenção Básica? De que forma os preceptores da atenção básica contribuem para a formação do enfermeiro?

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Resolução CNE/CES nº 03 de 07 de novembro de 2001: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **O SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução 196/16, versão 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. **Texto contexto – enferm.**, v. 22, n. 2, p. 552-560, 2013.

COELHO, I. B. Os impasses do SUS. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 12, n. 1, p. 309-311, 2007.

DONATI, L.; ALVES, M. J.; CAMELO, S. H. H. O perfil dos estudantes ingressantes no curso de graduação em enfermagem de uma faculdade privada. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n. 3, p. 446-450, 2010.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D. B. A formação integral dos profissionais de saúde: possibilidades para a humanização da assistência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 163-170, maio/ago. 2005.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 14, n. 3, p. 784-794, 2009.

HADDAD, J. G. V.; ZOBOLI, E. L. C. P. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. **O mundo da saúde**, v. 34, n. 1, p. 86-91, 2010.

KAISER, D. E.; SERBIM, A. K. Diretrizes curriculares nacionais: percepções de acadêmicos sobre a sua formação em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 4, p. 633-640, 2009.

LOPES NETO, D. Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 6, p. 627-634, 2007.

MATSUMOTO, K. S. **A formação do enfermeiro para atuação na Atenção Básica**: uma análise segundo as diretrizes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). 2010. 99f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MEDEIROS, V. C.; PERES, A. M. Atividades de formação do enfermeiro no âmbito da atenção básica à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. esp., p. 27-35, 2011.

NÓBREGA-THERRIEN, S. M. *et al.* Projeto político pedagógico: concepção, construção e avaliação na enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 679-686, 2010.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A. Identificação dos pilares da educação na disciplina integralidade no cuidado à saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 4, p. 985-993, 2012.

SILVA, M. G. *et al.* Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 176-184, 2010.

# SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: INTERSECÇÕES ENTRE A FORMAÇÃO E O CAMPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Lucia Conde de Oliveira  
Sandra Costa Lima

## INTRODUÇÃO

O processo de democratização da sociedade brasileira, após a aprovação da Constituição de 1988, exigiu um grande movimento para aprovação das leis infraconstitucionais e, desta forma, readequar nosso ordenamento jurídico às novas demandas de uma sociedade democrática. Nesse contexto, tivemos a aprovação das leis orgânicas da saúde e da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, que trouxeram normas para se repensar a política de saúde e a política de educação, respectivamente. Assim, há necessidade de se desenvolver pesquisas avaliativas para compreender as mudanças implementadas nessas políticas.

Dessa maneira, este texto busca refletir sobre a formação em serviço social pela Universidade Estadual do Ceará - UECE relacionando-a com o campo da saúde, especificamente, da atenção primária à saúde. As discussões aqui apresentadas são resultados da pesquisa *Avaliação da formação de profissionais de saúde de nível superior pelas universidades públicas em Fortaleza - CE*, financiada pela



FUNCAP PPSUS-2012, que abrangeu outros cursos, além do serviço social, tais como: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia.

A preocupação com a formação profissional dos trabalhadores da saúde vem sendo objeto de debate desde a construção do movimento brasileiro de reforma sanitária, cujo desdobramento foi a inclusão, no artigo 200 do texto constitucional, da responsabilidade do SUS com esta dimensão: “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988).

Desse modo, em 2007, o Ministério da Saúde, por meio da portaria interministerial nº.3.019, ampliou o Programa Nacional de Reorientação para a Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde para os cursos de graduação das demais áreas da saúde, pois os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia já haviam sido contemplados desde 2005 no referido programa (BRASIL, 2007).

O curso de Serviço Social compõe as profissões de saúde, segundo a Resolução nº 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde. O debate sobre a formação profissional para a saúde, no Serviço Social da UECE, foi iniciado em 2007 a partir da articulação com o projeto Liga da Saúde da Família (BARRETO *et al.*, 2012), a aprovação do Pró-Saúde II, em 2008 e do PET/SAÚDE, em 2009 que contaram com a participação do curso de Serviço Social nas referidas iniciativas.

O Pró-Saúde tem como objetivo a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população. O

processo de reorientação se estrutura a partir de três eixos: orientação teórica; cenários de prática e orientação pedagógica (BRASIL, 2007).

As experiências nesses projetos motivaram o interesse em avaliar a formação para o SUS. Assim, surgiu a referida pesquisa, cujo objetivo geral foi avaliar os cursos de graduação da área da saúde nas universidades públicas de Fortaleza - CE, com ênfase na formação para atuação na atenção primária. Neste artigo, estamos apresentando a avaliação do Curso em Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará.

Nos detivemos, nesse espaço, em relatar os seguintes objetivos específicos: analisar o projeto político pedagógico do curso de Serviço Social da UECE à luz das diretrizes curriculares, propostas pela ABEPSS, correlacionando-as com as diretrizes aprovadas pelo MEC; e analisar os conteúdos da formação em Serviço Social segundo os eixos do Pró-Saúde. Neste capítulo será discutido o eixo orientação teórica, vetor 1 determinantes de saúde e doença em relação ao curso de Serviço Social.

## **METODOLOGIA**

Como já destacamos, as discussões aqui apresentadas são resultados da pesquisa *Avaliação da formação de profissionais de saúde de nível superior pelas universidades públicas em Fortaleza - CE*. A coordenação do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social - LASSOSS participou como integrante da equipe de coordenação desta pesquisa realizada entre os anos de 2012 a 2014.

A natureza qualitativa constituiu a base teórico-metodológica deste estudo, pois enfatiza o modo como a experiência social é criada e adquire significado ao propiciar a interação do pesquisador com os sujeitos do estudo e destes entre si, construindo um espaço de interação favorável a trocas solidárias, respeito à diversidade das vozes, aprendizagem e (re)construção de conhecimentos que favoreçam a (re)construção das práticas, em particular, referentes ao acesso e à integralidade (BOSI, 2012).

Realizamos pesquisas documentais e de campo. A análise documental priorizou o estudo das Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social - DGSS, aprovadas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS em 1996; da proposta da Comissão de Especialistas em Ensino de Serviço Social, nomeada pela Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura - MEC, que subsidiou a formulação do Parecer CNE/CES nº. 492/2001, aprovado pelo Conselho Nacional de Educação, que junto com a Resolução nº. 15/2002 passam a compor as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN do Ministério da Educação para os cursos de Serviço Social.

Também analisamos o Projeto Político Pedagógico - PPP do curso de Serviço Social da UECE, aprovado pelo Conselho Universitário em 2005 e implantado no primeiro semestre de 2006. Em 2012, a Coordenação do curso de Serviço Social da UECE alterou o PPP, incluindo o perfil dos formandos, competências e habilidades gerais, exigidas pela resolução do MEC e não contempladas em 2005. Em 2015, o PPP do Serviço Social passou por nova reformulação, mas não foi objeto de análise no presente capítulo.

Na pesquisa de campo, realizamos e gravamos entrevistas a partir de um roteiro semiestruturado, durante o período de julho a setembro de 2014.

Os sujeitos desta pesquisa foram: 24 discentes (matriculados no oitavo semestre), seis docentes (representantes da coordenação, do Núcleo Docente Estruturante - NDE, professores efetivos e substitutos) e 10 egressos do curso de Serviço Social, com experiência na atenção primária, formados a partir do currículo de 2006. Os resultados apresentados nesse capítulo referem-se à análise documental e às entrevistas com os egressos entrevistados que atuaram nos núcleos de apoio à saúde da família - NASF e/ou nos programas de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade.

O projeto de pesquisa cumpriu todas as normas da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UECE, sob o parecer nº 12535642-0. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

## **FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL: AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS**

Antes de adentrarmos no debate atual da formação em Serviço Social, traremos alguns elementos históricos. O curso de Serviço Social no Ceará foi criado em 1950, funcionando como Escola de Serviço Social de Fortaleza, sob orientação da Igreja Católica, administrado por religiosas

da Congregação da Sociedade do Sagrado Coração de Maria, tendo como instituição mantenedora a Associação de Educação Familiar e Social - ABESF. Em 1956 foi reconhecido como bacharelado (Decreto n°. 39511 em 04/07/1956) e funcionou agregado à Universidade Federal do Ceará - UFC por dezoito anos. Com a criação da Fundação Educacional do Estado do Ceará - FUNECE, em 1975, foi incorporado à UECE (Decreto n°. 11233/1975) (UECE, 2012).

De fato, situar historicamente a inserção do Serviço Social no Ceará requer uma caracterização de como a formação se desenvolveu a partir de marcos doutrinários e científicos, que se entrelaçavam com a constituição de uma formação em Serviço Social e as particularidades sócio-culturais e políticas do Ceará.

Iamamoto e Carvalho (1999) e Neto (1992) identificam que a matriz teórico-doutrinária-operativa do Serviço Social brasileiro, alicerçada na Doutrina Social da Igreja Católica, no Positivismo, na Psicanálise, na Psicologia, no Empiricismo-tecnicista norte-americano, estruturam o método clássico do Serviço Social, o qual se manterá hegemônico até meados da década de 1960, para a orientação formativa desta profissão no Brasil. Durante a ditadura militar, o Serviço Social desenvolveu um referencial mais tecnicista, sem romper com a perspectiva tradicional.

No debate contemporâneo do Serviço Social brasileiro, no final dos anos de 1970, a formação percorreu novos caminhos ao se aproximar da perspectiva da teoria social crítica e dialogar com as produções marxistas, alterando o referencial teórico-metodológico e o direcionamento ético-político, tanto na formação quanto no exer-

cício profissional, ao assumir a defesa dos interesses da classe trabalhadora a partir da compreensão dos projetos societários em disputa e suas articulações com os projetos profissionais.

Novas exigências são postas diante do contexto sócio-histórico e político do Brasil, bem como das reconfigurações no interior da profissão, contribuindo para que os assistentes sociais pudessem desenvolver competências teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas, capazes de articular as dimensões investigativas e interventivas em seu exercício profissional comprometido com os interesses das classes sociais subalternas (GUERRA, 2010).

Em consonância com o movimento de reforma das diretrizes curriculares nacionais, considerando a realidade da profissão inserida na dinâmica das relações sociais, o curso de Serviço Social da UECE buscou realizar uma revisão da sua formação profissional a fim de sintonizá-lo com a linha de formação estabelecida nacionalmente, da qual foi participante ativo, na articulação com as entidades representativas da categoria. Este projeto foi resultado de intensos debates empreendidos pelos docentes, discentes e supervisores de campo de estágio, vinculados a essa unidade de ensino no período de 1997 a 2004 (UECE, 2012).

Como já relatamos, as DCN para os cursos de Serviço Social são definidas pelo Parecer nº 492/2001 do Conselho Nacional de Educação/Câmara Superior de Educação, pela Resolução CNE/CES nº 15, de 13 de março de 2002 e pela Resolução nº 2 de 18 de junho de 2007, a qual estabelece a carga horária mínima dos cursos de graduação bacharelado na modalidade presencial.

Com base nas Diretrizes Curriculares para o curso de Serviço Social elaboradas pelo MEC e pela ABEPSS, realizamos uma análise comparativa entre as duas diretrizes, a proposta da Comissão de Especialista em Serviço Social e o Projeto Político Pedagógico - PPP do curso de Serviço Social da UECE. Por meio dessa análise, identificamos que o PPP incorpora as orientações propostas pelas Diretrizes Gerais da ABEPSS que direcionam a formação dos assistentes sociais para desenvolver capacitação ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa para o enfrentamento da questão social no Brasil contemporâneo.

Constatamos, ainda, que o PPP tem como objetivo assegurar uma formação profissional generalista fundamentada num projeto acadêmico-profissional comprometido com processos sociais e valores ético-políticos voltados ao fortalecimento da democracia e da cidadania no país, respaldando-se numa visão ampla de currículo (UECE, 2012).

Segundo o PPP do curso de Serviço Social da UECE, o currículo deve buscar

[...] imprimir uma direção à formação profissional, pautando-se pela ética como princípio formativo; oferecer rigor teórico, metodológico e histórico no trato da realidade social e do Serviço Social que possibilite o entendimento dos desafios com os quais o profissional se depara no mundo da produção e reprodução da vida social; superar a fragmentação dos conteúdos na organização curricular, de modo a propiciar uma visão de totalidade e de indissociabilidade no ensino, na pesquisa e na extensão [...] (UECE, 2012).

As DCN aprovadas pelo MEC e as da ABEPSS indicam o perfil dos formandos e suas competências e habilidades gerais e específicas. Contudo, destacamos que as do MEC

são reduzidas, em relação ao preconizado pela ABEPSS. O PPP do Curso da UECE incorpora as orientações da ABEPSS, mas seu texto é semelhante ao da Comissão de Especialistas (BRASIL 1999). Então, o PPP explicita o seguinte perfil:

Profissional com formação humanista e ético-política, possuidor de competência teórico-operativa para atuar nas diversas formas de expressão da *questão social*, formulando e implementando propostas de intervenção para seu enfrentamento, na perspectiva do fortalecimento das lutas sociais, contribuindo para a emancipação humana.

Profissional dotado de formação intelectual e cultural generalista, competente em sua área de desempenho, com capacidade de inserção crítica e propositiva; detentor de habilidades como iniciativa, liderança, criatividade, capacidade de relacionamento, negociação, resolução, comunicação e argumentação.

Profissional comprometido com os valores e princípios norteadores do Código de Ética do Assistente Social (UECE, 2012).

As DGSS da ABEPSS estabelecem os princípios da formação profissional, mas não definem competências gerais e específicas com essa terminologia, estabelecendo diretrizes para atuação profissional e remetendo as competências e habilidades para as definições previstas na lei que regulamenta a profissão.

Consoante Koike (2009), as diretrizes curriculares da ABEPSS expressam uma direção intelectual e ideopolítica, constituindo-se a base para os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Serviço Social, norteando-se em princípios que demonstram os fundamentos para uma formação profissional desenvolvida com flexibilidade, rigor



teórico, histórico e metodológico na compreensão da realidade e do Serviço Social.

Com relação às competências e habilidades específicas a Comissão de Especialistas e as DCN do MEC sinalizam para o texto do artigo 4º da Lei nº 8.662/1993, que regulamenta a profissão, que trata, especificamente, das competências do assistente social. Contudo, as DCN focalizam muito mais a dimensão técnico-operativa voltada para a execução das políticas sociais.

Os três documentos referidos apresentam a importância da dimensão investigativa para o profissional de Serviço Social, ressaltando seu aspecto formativo, atribuído a essa característica a condição central da formação profissional que possibilita relacionar a teoria e a realidade, superando a dimensão puramente interventiva.

Tanto as diretrizes da ABEPSS quanto as do MEC propõem a superação da fragmentação do processo de ensino e aprendizagem e estabelecem que os conhecimentos devem se organizar por núcleos de fundamentação, abrangendo o núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social; o de fundamentos da formação sócio-histórica da sociedade brasileira, e o de fundamentos do trabalho profissional. Todavia, o Parecer nº 492/2001 do MEC, reduz os conteúdos que informam os referidos núcleos.

Seguindo as diretrizes da ABEPSS, o PPP do Serviço Social da UECE estabelece que a formação está sedimentada em um conjunto articulado de conhecimentos que se estruturam nos três núcleos de fundamentação citados:

a) Núcleo de Fundamentos Teórico-Metodológicos da Vida Social – que compreende um conjunto de conhecimentos teórico-metodológicos e ético-políticos que per-

meiam o tratamento do ser social como totalidade histórica. O trabalho é assumido como eixo central do processo de reprodução da vida social, sendo tratado como uma práxis, o que implica no desenvolvimento da sociabilidade, da consciência, da universalidade e da capacidade de criar valores, fazer escolhas e, conseqüentemente, desenvolver a liberdade;

b) Núcleo de Fundamentos da Formação Sócio-histórica da Sociedade Brasileira – compreensão da formação econômica, social, política e cultural da sociedade brasileira em suas dimensões urbano-agrária, frente às diversidades regionais e locais. Assim, a análise do caráter contraditório que o Serviço Social assume diante das relações de classe;

c) Núcleo de Fundamentos do Trabalho Profissional – compreensão do Serviço Social como especialização do trabalho coletivo: a trajetória histórico-teórica, metodológica e técnica da profissão; o caráter investigativo que fundamenta sua ação; os componentes ético-políticos, que envolvem o exercício profissional e as exigências de aprendizado através de estágios supervisionados. A análise do Serviço Social, historicamente construída e teoricamente fundada, constitui a base de discussão das estratégias e técnicas de intervenção profissional.

Esses núcleos se materializam nos seguintes componentes curriculares: disciplinas obrigatórias e optativas; oficinas; seminários; estágio supervisionado; produção do Trabalho de Conclusão de Curso e atividades complementares. A carga horária do curso é de 3.060 horas/aulas, acrescidas de 476 horas, referentes ao estágio curricular, atingindo um total geral de 3.536 horas.

O curso conta com, aproximadamente, 900 alunos(as) matriculados(as) por semestre e em cada semestre são ofertadas 80 novas vagas, sendo 40 diurnas e 40 noturnas. A duração prevista para o curso é de oito semestres. Este curso tem se mantido com um reduzido quadro de professores efetivos. No período de realização da pesquisa, havia 25 professores efetivos e cinco substitutos. O que revelava a instabilidade da formação profissional, pois esse quadro vem sofrendo variações, a cada ano.

No que se refere à Pós-graduação, o corpo docente do Serviço Social encontra-se diretamente envolvido nos seguintes programas: Mestrado Acadêmico em Serviço Social (MASS), criado em 2012; Programa de Pós-graduação em Sociologia (mestrado e doutorado); Programa de Pós-graduação em Educação (mestrado e doutorado); Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (mestrado e doutorado).

Além das ações de ensino, esse reduzido corpo docente desenvolve ações de pesquisa e extensão por meio de laboratórios, observatórios e/ou núcleos de estudos, envolvendo estudantes da Graduação e Pós-graduação. Dentre estes, situa-se o Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social (LASSOSS), criado em 2001.

## **CONTEÚDO DA FORMAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Analisando o PPP e os conteúdos curriculares, a formação para a saúde encontrada no curso de Serviço Social da UECE aponta semelhanças com a realidade em nível na-

cional, identificada pela ABEPSS, em 2006, quando realizou uma pesquisa de avaliação da implantação das diretrizes curriculares. Com base neste estudo, Uchôa (2007) analisou os dados referentes à formação dos assistentes sociais para a saúde, identificando os componentes curriculares relacionados à saúde, campos de estágios e os projetos de pesquisa e extensão na área.

A autora destaca que “o interesse teórico e laborativo dos assistentes sociais pelo campo da saúde corresponde à sua presença no mercado de trabalho e ao reconhecimento do significado estratégico que a saúde passou a ter [...]”, relata Uchôa (2007, 196). Ressalta ainda que o mercado de trabalho e os campos de estágio têm forte presença dos assistentes sociais no setor saúde; no entanto, concentram-se nos níveis secundários e terciários de atenção. A referida pesquisa identificou a existência de várias disciplinas na área da saúde na maioria das unidades de ensino pesquisadas; no entanto, constatou que 35% das unidades de ensino não introduziram a temática da saúde. Apesar de existir uma produção significativa de pesquisas sobre a política de saúde na Pós-graduação do Serviço Social, essas referências bibliográficas pouco aparecem nos programas das disciplinas da graduação.

Dessa forma, ao observarmos os componentes curriculares e seus conteúdos relacionados ao campo da saúde, objeto de nossa investigação. Analisamos as ementas das disciplinas, no intuito de identificar aquelas que contribuem para desenvolver as competências e as habilidades necessárias para atuação no setor saúde, especialmente, na APS. Assim como a pesquisa realizada pela ABEPSS, a maioria dos componentes curriculares não trata, especifi-

camente, da saúde. Entretanto, as disciplinas obrigatórias que analisam as políticas sociais – política social e política social setorial – permitem ao estudante adquirir os elementos para compreender a política de saúde. As observações das ementas foram confirmadas nas falas dos egressos, como podemos verificar a seguir:

Mas a contribuição para a APS, especificamente, é mais essa questão das políticas sociais. É um curso que prepara a gente para atuar dentro das políticas sociais. Então, é essa a visualização que eu tenho. Não é, especificamente, a Atenção Primária. Eu tive o quê? Duas disciplinas no máximo que tocaram nesse assunto (Egresso 2).

Ao dialogarem sobre as orientações teóricas do curso de Serviço Social da UECE no seu processo formativo para a atenção primária à saúde, as pessoas egressas recorrem às disciplinas e seus conteúdos para afirmar que a contribuição para APS não é direcionada, não específica, compreendendo-a como parcial e pouco expressiva. Porém, consideram a dimensão generalista da formação profissional como um aspecto que pode contribuir para APS, inclusive superando, no âmbito do Serviço Social, a concepção biomédica da saúde.

Dessa maneira, as disciplinas Desenvolvimento Capitalista e Questão Social; Questão Social no Ceará; Trabalho e Sociabilidade; e, Serviço Social e Processos de Trabalho trazem elementos para análise do processo saúde-doença, como expressão da questão social, mas não fazem as relações específicas com a saúde. Assim, ao analisarmos o vetor do Pró-Saúde, Determinantes de Saúde e Doença, concluímos que a orientação teórica do curso, nesse quesito ofere-

ce instrumental teórico-metodológico para compreensão da determinação social do processo saúde-doença. Essa compreensão foi destacada na fala dos egressos:

Não tem como eu dizer que eu saí totalmente despreparada, claro que aquilo que eu estudei lá sobre questão social não tem como desvincular da minha atuação hoje na Atenção Primária. O que você aprende do que é questão social, do que são vulnerabilidades sociais, é hoje, eu tenho que aplicar e a partir de então identificar essa questão social na APS que é a partir disso que eu vou atuar né. Eu acho muito importantes àquelas disciplinas da questão social no Ceará, a questão da seca que, principalmente, na região lá que eu estou atuando, é uma região que sofre muito com a seca e aí tem a questão da migração para outras cidades, para outros estados, e você começa a ver aquilo que viu na universidade, na prática (Egressa 8).

Quanto aos conteúdos específicos sobre saúde e atenção primária à saúde, as egressas identificaram apenas dois componentes curriculares ofertados pelo curso: Seguridade Social (optativa), 68 horas/aula e Oficina V (obrigatória), 34 horas/aula. Ao analisarmos as ementas destes componentes, percebemos que os principais conteúdos estudados em Seguridade Social, contemplam o tripé da seguridade social no Brasil (Saúde, Assistência e Previdência Social), ou seja trazem conteúdos sobre a política de saúde. Oferecendo, assim, alguns subsídios para a atuação profissional como pode ser identificado na fala a seguir:

Contribuiu parcialmente a disciplina de Seguridade Social [...] é uma disciplina que é optativa, que eu tive a felicidade de me matricular e fazer, mas, existem colegas meus que não fizeram. Juntamente com outra disciplina, optativa também, foi Serviço Social de Família, já que a gente, dentro do

contexto da Atenção Primária vai trabalhar com pessoas e com as famílias dentro do território. [...] Muitos profissionais são formados e não têm essa aproximação dessas disciplinas (Egressa 4).

No caso de oficina V, identificamos como conteúdos: política de saúde e o SUS; conceitos e concepções de Saúde; marcos históricos e normativos da saúde; o projeto de reforma sanitária e a ofensiva neoliberal; o serviço social na área da Saúde; os espaços sócio-ocupacionais do assistente social na área da saúde. As falas das egressas destacaram alguns desses conteúdos:

Havia algumas disciplinas ofertadas, uma que tratava sobre Política Social, são as políticas sociais setoriais, de maneira mais ampla, e outra que era voltada só pra área de saúde que era a Oficina V. E aí, a gente podia aprofundar mais essas leituras na Atenção Primária, Secundária e Terciária. No sistema de saúde, como o todo (Egressa 1).

Além dos componentes curriculares, as egressas destacaram a participação nas atividades de pesquisa e extensão. Consideramos que essas experiências geram um impacto positivo na formação que vão orientar futuras inserções profissionais. Por exemplo, a vivência no PET-Saúde foi destacada como divisor de águas na formação da entrevistada.

E aí teve os grupos de pesquisa, os grupos de estudo, e teve o PET-Saúde, que foi o divisor de águas. Foi onde eu conheci a Instituição Saúde da Família na Atenção Primária (Egresso 6).

Ainda sobre suas vivências durante o seu período de formação na graduação, as dimensões de pesquisa e extensão são compreendidas como elementos diferenciados do processo formativo contribuindo para melhor apreensão da

questão social e suas relações com o campo da saúde. Destacam, ainda, como são reduzidas as atividades de extensão:

Eu participei de um projeto de extensão do PET do curso de Serviço Social sobre meio ambiente, na comunidade Garibaldi, essa que fica em frente a UECE. Essa foi uma vivência muito importante. Eu acho que a gente precisa de mais vivências na parte de extensão, é uma coisa que a Universidade, ela tá muito focada no ensino, na pesquisa agora também, porque conta ponto, né? Mas extensão é um pouco colocada de lado (Egresso 2).

Em relação à capacidade de apreensão da instrumentalidade do Serviço Social, nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa (GUERRA, 2010), os depoimentos analisados enfatizaram a importância das referências que subsidiam a prática, do estudo sobre as políticas sociais, da leitura da conjuntura, ou seja, das respostas profissionais estarem articuladas com a análise dos processos sociais.

Na minha graduação, assim eu não tive nenhuma formação específica em saúde. [...] Então, assim, eu vi, não passou em branco, [...] Mas eu não aprofundi, não, pouco problematizamos, assim pouco me apropriei [...] Talvez eu me sinta um pouco mais envolvida no meu trabalho hoje, eu acho que esse fato se dá à minha formação mesmo do meu curso, [...] Não necessariamente, ligado à questão da saúde, mas, assim, de teorias e de estudos que a gente pode fazer durante a graduação, que eu acho que contribuiram. [...] Tá muito à frente desses espaços políticos, tá fortalecendo esses espaços políticos, de tá vendo a questão do acesso das pessoas aos seus direitos, informando por meio de denúncias, enfim, por ser uma área em que o Serviço Social lida muito com a questão das políticas públicas, [...] De ter no seu código de ética o compromisso



político com a classe trabalhadora, [...] Então, assim, muitas questões favoreceram para hoje eu me sentisse, não tão perdida atuando na saúde. Por estar engajado em movimentos sociais, então eu acho que tudo isso contribuiu. Então, foi mais essa vivência da formação (Egresso 5).

Referente à dimensão ético-política profissional, o assistente social pode tornar sua intervenção mais crítica, porque a sua instrumentalidade é dotada pelo aspecto ético-político, a qual se materializa no cotidiano, no campo contraditório das relações sociais e nos limites institucionais (BARROCO; TERRA, 2012). Os depoimentos apontaram escolhas políticas e o compromisso com os direitos sociais, que revelam a direção social da formação. Mesmo evidenciando as fragilidades da formação profissional, as pessoas egressas afirmam que a criticidade é elemento norteador da formação profissional do assistente social, o que impacta positivamente no exercício profissional na atenção primária.

O curso de Serviço Social é bem crítico, bem político e para a assistente social trabalhar na Atenção Primária ela precisa ter esse olhar bem apurado para essa questão. Então, mesmo que você não entre com esse olhar, você acaba adquirindo no caminhar do curso. Acho que o curso contribuiu exatamente nesse olhar crítico do profissional, nesse olhar sobre os direitos dos usuários, pra gente realmente enxergar essa questão (Egresso 9).

Concernente à dimensão técnico-operativa, os discursos revelaram investimento no atendimento direto aos usuários do SUS, através de ações socioassistenciais e socioeducativas, como forma de garantir o acesso aos direitos sociais. Nessa perspectiva, incluem-se dois elementos importantes: a abordagem familiar e a articulação intersetorial.

Assim é o Serviço Social, lá, na Atenção Primária, trabalha é com o acompanhamento de grupos, atendimento também é às famílias, alguns programas, como a questão de laqueadura, colostomia, com orientações e acompanhamento familiar, a realização de visitas, acompanhamento e encaminhamento pra outros setores da rede, não só da saúde, mas, também, é fazendo essa referência com a Assistência Social, com a questão da Previdência (Egresso 4).

A apreensão da instrumentalidade para o exercício profissional na atenção primária compreende todas as dimensões da formação em contínua construção, com seus referenciais teórico-metodológicos, procedimentos técnico-operacionais e princípios ético-políticos. Implica oferecer subsídios para a investigação/intervenção dotada de uma racionalidade para o entendimento dos complexos fenômenos existentes na sociedade e os determinantes objetivos e subjetivos que se expressam nas particularidades da atuação e nas singularidades do cotidiano.

O desafio da formação perpassa pelo fortalecimento da instrumentalidade como mediação, que possibilite ao assistente social o desenvolvimento de ações críticas e competentes e permita a elaboração de respostas mais qualificadas, capazes de transpor as ações instrumentais, inscrevendo-as em valores ético-políticos que sistematizam a crítica da cotidianidade e possibilitam a elevação dos valores a humano-genéricos, os quais buscam as transformações individuais, direcionando-os às práticas coletivas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da formação em Serviço Social da UECE a partir de seu Projeto Político Pedagógico indicou sua sintonia com as diretrizes nacionais estabelecidas pela ABEPSS, que convergem para as diretrizes estabelecidas pelo MEC. Contudo, adotou uma perspectiva mais ampla do que aquela estabelecida pelas DCN do MEC. Porém, a operacionalização do PPP encontrou muitas limitações, quando identificamos a precarização do ensino superior no Brasil, especialmente em uma universidade estadual, que funciona com um quadro reduzido de professores e com um número significativo de substitutos atuando de forma permanente.

As pessoas egressas entrevistadas expressam um confronto entre a perspectiva generalista da formação em serviço social e a necessidade de se obter conhecimento específico sobre o campo da saúde, em particular, sobre a atenção primária. Em seus depoimentos ora compreendem a formação generalista como frágil, ora como a potente, no sentido de favorecer compreensão das relações sociais em uma perspectiva de totalidade, atribuindo a formação crítica como elemento norteador que colabora para atuação no campo da saúde.

A concepção do processo de formação no ensino superior é compreendida como fragmentado, no qual as ações de pesquisa e extensão são relatadas como dissociadas do ensino. Ao refletirem sobre a dimensão do ensino referem: insuficiência de disciplinas voltadas para a saúde. As disciplinas existentes sendo ofertadas de forma optativa (Seguridade Social) e a obrigatória (Oficina V) com carga horária insuficiente.

Ao falarem sobre as ações de pesquisa e extensão reconhecem a existência do papel do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social (LASSOSS) como espaço de aprendizado, de reflexão, de construção do conhecimento, contribuindo, assim, para uma formação profissional mais qualificada, como também espaço de articulação institucional e comunitária quando realiza ações de educação em saúde juntos aos serviços de saúde ao serem estabelecidas parcerias. Também reconhecem a existência do PET-Saúde como *divisor de águas*, compreendido como espaço diferenciado para qualificar a formação profissional, dimensionando que as vivências e os saberes construídos, na relação com este programa, fortalecem o exercício profissional na atenção primária à saúde.

Compreendem que a articulação entre universidade e os serviços de saúde são frágeis, esporádicas e concentradas na capital, apresentando um distanciamento entre universidade e os serviços de saúde localizados no interior do Estado.

## REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro. 1996. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2017.

BARRETO, I. C. H. C. *et al.* Gestão Participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 80-93, 2012.

BARROCO, M. L. S.; TERRA, S. H. (Orgs.). **Código de Ética do/a Assistente Social Comentado**. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS (Org.). São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.**

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. Coordenação das Comissões de Especialistas de Ensino Superior. Comissão de Especialistas de Ensino em Serviço Social. **Diretrizes curriculares.** Brasília, 1999. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/js/library/pdf-js/web/viewer.html?pdf=/arquivos/legislacao\\_diretrizes.pdf](http://www.cfess.org.br/js/library/pdf-js/web/viewer.html?pdf=/arquivos/legislacao_diretrizes.pdf). Acesso em: 05 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde:** objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade do Serviço Social.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil.** São Paulo: Cortez, 1999.

KOIKE, M. M. **Formação profissional em Serviço Social:** exigências atuais. Serviço Social - Direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CEAD UNB, 2009.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social.** São Paulo: Cortez, 1992.

UCHOA, R. Resultados da pesquisa serviço social interface com a saúde: o ensino da política de saúde na formação profissional dos assistentes sociais no Brasil. **Revista Temporalis**, Brasília, ano 7, n. 14, 2007.

UECE. Universidade Estadual do Ceará. Curso de Serviço Social. **Projeto político-pedagógico do curso de serviço social.** Fortaleza: UECE, 2012. Disponível em: <http://www.uece.br/servicosocial/index.php/projetopedagogico> curso. Acesso em: 05 dez. 2017.

### **FORMAÇÃO EM GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FORTALEZA: O OLHAR AVALIATIVO DOS GESTORES**

Maria Lara de Sousa Rodrigues  
José Maria Ximenes Guimarães  
Maria Claudia de Freitas Lima  
Ana Patrícia Pereira Morais  
Alice Maria Correia Pequeno

#### **INTRODUÇÃO**

O Sistema Único de Saúde - SUS configura-se como uma estrutura complexa, do ponto de vista organizacional, com operacionalidade muito dinâmica, que visa à reorientação do modelo de atenção. Para tanto, faz-se necessário incorporar novos processos de gestão e de produção do cuidado que permitam sua modelagem às transições epidemiológicas, demográficas, econômicas e sociais que caracterizam a população brasileira, na perspectiva de superar o desafio de ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Conforme Paim e Teixeira (2007), o SUS configura-se como uma política de formulação da democracia, que visa à ampliação da esfera pública, à inclusão social e à redução das desigualdades. Assim, assume e consagra os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção

à saúde da população brasileira, o que implica conceber como garantia o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equânime e integral.

Com efeito, a mudança do modelo de atenção requirita a reorientação do modelo da gestão, inclusive no âmbito da APS. Nesses termos, a descentralização via a municipalização ocorrida no país, nas últimas décadas, induziram os municípios a se adequarem às novas atribuições que lhes foram delegadas no momento em que passaram a assumir a responsabilidade plena da gestão dos sistemas municipais de saúde (DUARTE; BARSAGLINI, 2012).

De acordo com Ducan *et al.* (2006), a Atenção Primária à Saúde – APS pode ser definida como o cuidado dispensado por profissionais de saúde, desde o primeiro contato, de forma integral e continuada, a pessoas saudáveis ou doentes, com um sinal ou sintoma não diagnosticado ou com um problema de saúde não limitado pela sua origem, pelo sistema orgânico afetado, idade ou pelo gênero.

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família é implementada como estruturante da APS no Brasil, responsável pela reorientação na política de saúde, permitindo que as ações focalizem adequadamente os problemas, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde e aumentando a cobertura assistencial, em particular, nas áreas de baixa renda, nas quais a oferta é mais escassa.

Portanto, reconhece-se que o SUS enfrenta enormes problemas estruturais, sobretudo no que se refere à sua estrutura organizacional e ao processo de gestão, os quais tem impacto na APS, com destaque para: 1. Fragilidade institucional e ineficiência da gestão de sistemas, serviços

e recursos, decorrentes, em parte, da insuficiente incorporação de tecnologias de gestão adequadas à condução das organizações de saúde, tanto na área de planejamento, avaliação, regulação, sistemas de informação, quanto na área de gestão de serviços, que demandam processos e instrumentos de gestão modernos e adequados às especificidades do setor; 2. Engessamento da gestão de serviços e recursos estratégicos, a exemplo do processo de aquisição de insumos e contratação de força de trabalho, decorrentes da racionalidade da Administração Pública brasileira, que limita os gastos públicos, dificultando a realização de concursos para admissão de pessoal; e, 3. Ausência de profissionalização da gestão, com crônica persistência de amadorismo, determinada tanto pela escassez de pessoal qualificado, quanto pela persistência de clientelismo político na indicação dos ocupantes dos cargos e funções de direção (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

No âmbito da APS, além dos impactos da conjuntura descrita, entende-se que o processo de implantação das redes de atenção à saúde ampliou seu desafio de implementar seus atributos, sobretudo a coordenação do cuidado e a longitudinalidade, que requerem mecanismos e instrumentos de integração de serviços, regulação e gestão do cuidado.

Nesse contexto, defende-se o argumento de que é necessário qualificar a gestão da APS, executar os processos de planejamento, programação, controle, avaliação e gestão do cuidado, com vistas à organização e estabelecimento de fluxos que articulem os distintos pontos de atenção, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente implementada na perspectiva de assegurar respostas adequadas às necessidades de saúde dos usuários.



Com efeito, a gestão de organizações complexas, como é o caso dos serviços de saúde, requer a realização de ações de planejamento, administração, execução, avaliação, monitoramento, tendo como foco o alcance dos resultados, de modo que o processo de tomada de decisões pelos dirigentes ocorra com maior descentralização, autonomia e democracia institucional (GONDIM; GRABOIS; MENDES, 2011).

Evidencia-se, no cotidiano do SUS, experiências de implementação de propostas de reorientação dos modelos de gestão e atenção, particularmente no âmbito da APS. Reconhece-se, entretanto, o fato de que a efetivação de tais propostas torna premente a formação dos dirigentes, com vistas a profissionalizar os processos de gestão. Destarte, tem-se empreendido esforços direcionados à qualificação de gestores para o SUS, sobretudo por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS.

A PNEPS foi instituída, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a; 2004b), com o propósito de transformar a assistência à saúde e a formação dos profissionais, buscando incorporar às práticas de atenção e de ensino a reflexão, a problematização, o trabalho em equipe e a integralidade, como também promover a articulação entre os órgãos da gestão, serviços de saúde, controle social e instituições de ensino. De acordo com Carotta, Kawamura e Salazar (2009), sua proposta metodológica utiliza estratégias que promovem a reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos serviços de saúde, sendo, por si, um proceder educativo aplicado ao trabalho que possibilita mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas.

Em 2013, inicia-se no município de Fortaleza um processo de mudanças na lógica da gestão da APS, que envolveu

a seleção pública de gestores para as Unidades de Atenção Primária à Saúde - UPAS e a formação dos gestores, com vistas ao Fortalecimento da APS, sob orientação de uma consultoria externa, que conduziu os processos formativos e a reorientação dos processos de trabalho e de gestão nas UAPS.

Considerando que o processo formativo dos gestores da APS teve a duração de um ano, desenvolvido por meio de oficinas que se desdobravam em ações a serem implementadas na gestão e modelo de atenção da APS, questiona-se: como os gestores envolvidos no processo avaliam sua formação, do ponto de vista dos conteúdos, da metodologia e das ações implementadas nas UAPS?

Assim, o objetivo do estudo foi avaliar o processo formativo em gestão da APS, na perspectiva dos gestores das UAPS, no município de Fortaleza/Ceará.

## **TRATAMENTO METODOLÓGICO**

Para o desenvolvimento desta investigação, adotou-se o desenho geral de estudo de caso, com abordagem qualitativa, por entendermos que favorece a explorar as experiências dos gestores, bem como os sentidos e significados atribuídos por estes ao processo formativo e às suas atividades gerenciais para reorientação do modelo de gestão e atenção no âmbito das UAPS.

O processo de formação sob análise foi desenvolvido no período de abril de 2013 a abril de 2014, por meio da Coordenadoria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde - COGETS, da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMS/Fortaleza, com a participação 92 gestores de UAPS.

Os participantes do estudo foram selecionados por conveniência, dada a sua implicação nos processos de formação e gestão da APS foram considerados informantes-chave. Desse modo, integraram a amostra qualitativa do estudo 14 gestores de UAPS de Fortaleza. Foram inclusos os oito dirigentes de UAPS laboratório, existentes no momento da pesquisa, consideradas modelo na implementação dos processos de reorientação da gestão; tal como seis gestores de UAPS expansão, uma de cada regional, aquelas em fase inicial de implantação dos novos processos gerenciais.

A apreensão das informações ocorreu em maio de 2015, por meio de entrevista semiestruturada, orientada por um roteiro, e análise documental. Destaca-se que foi selecionado como documentos para análise os modelos que subsidiaram as oficinas e os relatórios das oficinas de organização dos macroprocessos da APS.

O material empírico foi organizado e analisado com base na Análise de Conteúdo, modalidade temática, conforme estabelecido por Minayo (2010), seguindo os passos operacionais: ordenação dos dados, classificação e análise final.

Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidos na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob Parecer nº. 1.040.366.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados dos estudos agregam informações, de caráter avaliativo da formação em gestão da APS empreendida no município de Fortaleza, na perspectiva dos participantes, as quais foram sistematizadas nos seguintes eixos temáticos: 1) *Formação em gestão da APS: dimensões da proposta pedagógica*; 2) *Formação em gestão da APS: potencialidades e desafios na articulação teórico-prática*. Na sequência, são apresentados os principais aspectos que compõem a análise empreendida nesta investigação.

### **Formação em gestão da APS: dimensões da proposta pedagógica**

O processo formativo sob análise integra o Plano Diretor para Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, empreendido pela Secretaria Municipal de Saúde (FORTALEZA, 2014), o qual integrou o rol de ações inerentes à seleção pública de servidores do quadro efetivo do município para ocupar o/a cargo/função de gestor de UAPS.

Dessa forma, em 2013 foi realizado um processo seletivo, para contratação dos gestores da Estratégia Saúde da Família e coordenadorias regionais, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, que previa a realização de prova escrita e análise de currículo. Tal processo seletivo esteve presente nas falas dos gestores, que apontaram como uma nova forma de inserção nos cargos de gestão da APS, com aparente ênfase na dimensão técnica, buscando escapar aos ditames da influência político-partidária.

Nosso processo de formação começou com um processo de seleção pública, uma novidade que nunca tivemos (G4 C3 L).

[...] inicialmente nós passamos por um processo de avaliação, por meio de uma prova que foi prova escrita de conhecimentos gerais sobre o assunto e prova de títulos. Depois desse processo terminado foi que foram selecionados os gestores que iriam assumir os cargos... (G12 C1 L).

Convém assinalar que a seleção pública adotou como requisito para os candidatos a condição de servidor público. Nesse processo, todos os candidatos selecionados participaram de processo de formação em gestão da APS, com vistas ao desenvolvimento de competências gerenciais, considerando a dimensão política e técnica a ser operada no exercício da função.

Denota-se a intencionalidade de estabelecimento de compromissos do gestor com a qualidade dos serviços de saúde, sobretudo por se considerar sua inserção no quadro de servidores efetivos no SUS. Desse modo, evidencia-se ações voltadas à profissionalização da gestão no SUS, o que representa investimento na formação de lideranças, bem como possibilidade de ampliação da capacidade técnica e do compromisso político com a Reforma Sanitária. Por outro lado, ainda não se vislumbra, nesse cenário, a institucionalização da “carreira de gestor”, mediante a criação de planos de cargos, carreiras e salários específicos, o que permitiria a efetiva realização de concursos públicos, levando-se em consideração a qualificação e a experiência desses profissionais (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Porquanto, a inserção dos gestores em Fortaleza, por via de uma seleção, parece demonstrar uma aposta do Sis-

tema Municipal de Saúde na mudança da lógica de inserção nos cargos de direção, o que pode favorecer a superação do clientelismo, da interferência político-partidária entre os outros aspectos que desqualificam a gestão do SUS (GUILMARÃES; SAMPAIO, 2016), como mostram as falas a seguir:

[...] eu acredito que teve uma mudança muito grande, pela própria qualificação dos gestores que entraram. Realmente, agora são pessoas que são mais preparadas, estão mais ligadas à APS e não só por meio de indicações. Eu acredito que a forma de gestão mudou, a própria presença mais assídua dos gestores, dentro da própria unidade, foi uma contribuição bem grande, na qual a gente tinha anteriormente uma evasão muito grande desses gestores, apesar da gente saber que dentro da gestão a gente participa de muita reunião, de muitas oficinas, mas a presença dos gestores dentro da unidade é uma diferença bem grande do que se via anteriormente... (G12 C1 L).

[...] outra coisa também interessante foi que a gente teve momentos, todos os gestores juntos, apesar do grande número de gestores, que eu acho que foi um ponto positivo... (G13 C2 L).

De acordo com as falas, a mudança organizacional proposta para a SMS/Fortaleza ensejam a implementação de novo modelo da gestão, para o qual se requisita um perfil do gestor em saúde, com competências específicas, as quais envolvem capacidade de planejar, capacidade de comunicação, trabalho em equipe, flexibilidade, acesso a mais informações, capacidade de decisão perante a problemas complexos, valorização de traços de personalidade, como responsabilidade, criatividade, iniciativa e espírito crítico (GARAY, 2015).

Para o desenvolvimento de tais competências, a estratégia adotada foi a participação dos gestores em processo formativo, na modalidade de oficinas, no qual se estabeleceu uma contínua articulação entre os conteúdos e a prática gerencial, com vista à reorientação dos processos de gestão. Dessa maneira, as propostas de reorganização e funcionamento da APS, estabelecidas no curso, deveriam ser implementadas nos serviços, com o acompanhamento de tutores no território.

A proposta curricular do curso, expressa no Quadro 1, permite identificar as dimensões teóricas e práticas dos processos de gestão da APS desenvolvidos em cada oficina.

**Quadro 1 – Proposta de oficinas para qualificação dos gestores das Unidades de Atenção Primária à Saúde. Fortaleza, 2018**

<b>OFICINA/CONTEÚDO</b>	<b>METODOLOGIA/ESTRATÉGIA DE ENSINO</b>
Abertura das oficinas de capacitação	Exposição dialogada e discussão em grupos por CORES (I, II, III, IV, V, VI)
Planejamento Estratégico.	Elaboração de plano estratégico com construção da missão, visão, valores e indicadores para as UAPS.
	Elaboração e conclusão do planejamento estratégico com validação da missão, visão, valores e indicadores para as UAPS.
Avaliação da Atenção Primária.	Aplicação de instrumento de avaliação da APS – PCAtool. Foi realizado teste piloto com um profissional de saúde da unidade de origem.
	Aplicação de instrumento de avaliação da AP – PCAtool com cinco profissionais de saúde da UAPS vizinha.

<b>OFICINA/CONTEÚDO</b>	<b>METODOLOGIA/ESTRATÉGIA DE ENSINO</b>
Gerenciamento de processos e territorialização.	Exposição dialogada e discussão em grupo por CORES. Reuniões com UAPS vizinhas para definição de território.
	Realização de nova territorialização. Levantamento de necessidades de equipes e/ou profissionais, bem como novas unidades de saúde. Construção do mapa da unidade.
Cadastro das famílias e diagnóstico local.	Exposição dialogada e discussão em grupo por CORES.
Formulação de Diretrizes Clínicas.	Construção de diretrizes de Saúde da Mulher, Hipertensão, Diabetes e Saúde da Criança (áreas prioritárias da gestão)
Estratificação de risco e classificação das famílias.	Exposição dialogada e discussão em grupo por CORES.
Auditoria em serviços de Atenção Primária.	Exposição dialogada pelos tutores da SER V
	Visita às UAPS aplicando o instrumento do Selo de Qualidade da Auditoria
Acolhimento nos eventos agudos.	Exposição dialogada e discussão em grupo por CORES.
Validação interna das Diretrizes Clínicas (HAS, DM, Saúde da Mulher e Saúde da Criança).	Exposição dialogada com expertises de cada área.
Oficina de Pactuação da Agenda de Compromissos para 2014.	Construção e validação de Mapa Estratégico para o ano de 2014.
Atenção programada para as condições crônicas e as agendas de atendimento.	Exposição dialogada e discussão em grupos por CORES, com construção das agendas parametrizadas.
Painel de Bordo do Mapa Estratégico.	Exposição dialogada apresentando indicadores do Painel de Bordo; discussão em grupos.

Fonte: FORTALEZA (2013-2014).



Foram realizadas 13 oficinas, com temáticas específicas, direcionadas à implementação de processos de gestão no território da Estratégia Saúde da Família - ESF, apoiadas por uma equipe de consultores, cuja metodologia envolveu a articulação de momentos presenciais e de dispersão, está acompanhada por tutores que supervisionaram e apoiaram a implementação das ações nas UAPS.

[...] esse processo iniciou como uma possibilidade de inovação da APS. Tivemos a aula inaugural, e nós tínhamos encontros de três dias a cada mês. Foi contratada uma consultoria pela prefeitura, vinda de Minas Gerais, onde nos passavam as informações teóricas e nos outros dias era do ponto de vista prático para os novos processos da APS (G14 C6 E).

Identifica-se, ainda, o fato de que a proposta curricular foi orientada para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas para os gestores no exercício de sua função, considerando as dimensões técnica, administrativa, política, ética e psicossocial, conforme demonstrado na Figura 1.

**Figura 1 – Estrutura das oficinas para qualificação dos gestores das unidades de Atenção Primária à Saúde, Fortaleza, 2018**

CONHECIMENTO	HABILIDADE	ATITUDE
• O que devo saber?	• O que devo saber fazer?	• O que eu vou fazer?
• Fundamentação teórica necessária	• Instrumentos	• Produtos
• Em sala de aula	• Nas unidades de saúde	• Nas unidades de saúde

OFICINAS
TUTORIA

Fonte: Fortaleza (2013-2014).

Nos momentos presenciais das oficinas, a principal estratégia metodológica adotada foi a constituição de Grupos de Trabalho - GT, com vistas à análise de situação em saúde e à construção coletiva das propostas de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde nas UAPS. Para instrumentalizar os gestores, foi disponibilizado referencial teórico específico para cada temática do conteúdo programático do curso, estruturado em apostilas. O material didático, além do conteúdo temático, orienta a construção de um produto, considerado como ferramenta para o fortalecimento da APS em sua articulação com a rede de saúde.

[...] nós passamos por reuniões, encontros compostos por uma equipe vinda de outro estado, onde essas reuniões foram mensais; o que vivenciamos nessas reuniões e trouxemos para nossa unidade de saúde tentamos colocar em prática (G1 C5 E).

[...] nós passamos por um processo de formação através de oficinas e grupos de trabalho no qual deu uma melhor qualificação para os novos gestores que estavam entrando (G12 C1 L).

Denota-se que os gestores participantes da formação, tinham como atividade a ser executada nos momentos de dispersão, a aplicação prática dos processos gerenciais nas UAPS, em conformidade com a temática e/ou proposta de organização do processo de trabalho e de atenção à saúde, que foram instrumentalizados no momento de concentração nas oficinas.

Assim, após as discussões em GT era estabelecido um prazo pelos técnicos da SMS/FORTALEZA, que, na maioria das vezes, se estendia até o próximo encontro, cerca de 30

a 45 dias, para que os gestores realizem a discussão teórica junto aos profissionais das equipes da ESF, com vistas a estabelecer alinhamento conceitual voltado a facilitar a reorganização dos processos de trabalho na UAPS. Tal processo poderia ser acompanhado por tutores, conforme a disponibilidade e cronograma estabelecidos.

De acordo com as falas dos gestores, as temáticas e conteúdos abordados no processo formativo promoveram uma melhor compreensão do território, bem como em relação às suas responsabilidades sanitárias.

[...] Com esses conteúdos, por exemplo, a territorialização serviu para a gente entender melhor como a nossa unidade está inserida no território, a gente conseguiu identificar as áreas descobertas, conseguimos identificar qual a população onde as gestantes poderiam estar concentradas, onde está a concentração maior de hipertensos e diabéticos, em que área tinha mais idoso, em que área estava tendo população com maior índice de gravidez, então tudo isso serviu para a gente conhecer melhor nossa área, conhecer que programa a gente iria disparar para atender melhor cada área (G3 C4 E).

[...] as oficinas para formação de gestores ocorreram para melhorar a qualidade de atendimento e humanizá-lo e foram abordados vários assuntos no decorrer dos meses (G8 C1 E).

Evidencia-se, portanto, que a formação dos gestores buscou instrumentalizar a ação gerencial para a realização para a análise da situação de saúde da população, elaboração de diagnósticos locais de saúde e elaboração de propostas de intervenção com vistas ao enfrentamento dos problemas de saúde, como atividade meio da gestão,

tendo como imagem objetivo à qualidade e à humanização das práticas de saúde.

Consoante a matriz de conteúdos apresentada, os conteúdos abordados na modalidade de oficinas sinalizam uma abordagem que estabelece uma relação de indissociabilidade entre gestão e atenção à saúde (BRASIL, 2010). Assim, dimensões específicas das atribuições gerenciais, tais como planejamento, avaliação e auditoria, embora ministrados em momentos distintos, convergem para a estruturação de práticas de saúde mais eficazes, que possibilitem a construção da integralidade.

Destaca-se o fato de que as oficinas de formação se constituíram espaço rico de interações, de trocas de experiências entre os gestores, conforme demonstra a fala a seguir.

[...] o que era interessante naqueles momentos eram as trocas de experiências; as fragilidades que a gente encontra com outro colega, então, aquele contato foi muito rico (G14 C6 E).

Desse modo, os momentos presenciais do processo formativo potencializaram o desenvolvimento de processos de aprendizagem, com base na experiência e na construção coletiva do saber-fazer na reorganização do modelo de gestão, considerando a heterogeneidade dos territórios nos quais esses gestores atuam. Dessa forma, considera-se que “[...] permitiram, sim, uma aprendizagem bem significativa” (G12 C1 L).

Denota-se que as atividades coletivas, ao se constituírem espaços de diálogos sobre a experiência prévia, permitiram a problematização dos saberes, das práticas profissionais, dos modos de organização dos processos de

trabalho e dos serviços de APS. Então, as oficinas ultrapassaram a lógica de mera transmissão de conhecimentos, ao potencializarem a reflexão dos gestores sobre a realidade concreta como condição para definir as ações a serem desenvolvidas.

Com efeito, a proposta pedagógica das oficinas foi operacionalizada por meio de estratégias que possibilitaram uma aprendizagem significativa, mediante a valorização da experiência, a reflexão sobre os problemas enfrentados no cotidiano e a construção coletiva de propostas modos de operar os processos de gestão no território. Entende-se, portanto, que a formação como um processo dialógico e compartilhado, problematizador e participativo, promove o desenvolvimento de consciência crítica. Nesse sentido, a formação dos profissionais e a educação permanente devem pautar em estratégias de ensino que favoreçam a aprendizagem significativa como condição para a transformação das práticas e dos serviços de saúde (CHIESA *et al.*, 2007).

Ressalta-se, aqui, a convergência entre as falas dos gestores e a proposta pedagógica de desenvolvimento das oficinas, revelada na execução de um processo formativo em que se articulou a construção de conhecimentos, cujo local privilegiado foi a sala de aula, o desenvolvimento de habilidades e atitudes implementadas nas UAPS, onde se desenvolveram as intervenções, mediante a aplicação de instrumentos gerenciais com vistas ao alcance dos produtos esperados demarcados no processo de formação dos gestores.

## **Formação em gestão da APS: potencialidades e desafios na articulação teórico-prática**

Com base no desenho da proposta pedagógica da formação dos gestores, sobretudo na dimensão da articulação teórico-prática, voltada à reorganização dos processos de trabalho e, conseqüentemente, do modelo de gestão da APS, empreendeu-se uma síntese avaliativa com eixo na identificação de suas potencialidades e dificuldades.

De início, as falas dos gestores referem-se ao conteúdo abordado nas oficinas, cuja qualidade reside no seu caráter autoexplicativo, bem como no fato de que parecem se constituir um manual para a implementação dos processos gerenciais voltados à reorientação da gestão das UAPS.

As oficinas ajudaram muito. Os conteúdos são bastante explicativos, [...] demonstram como a gente deve usar no dia a dia [...]. O conteúdo abordado em cada oficina tem sido válido para nós (G3 C4 E).

[...] o que vivenciamos nessas reuniões (oficinas) e trouxemos para nossa unidade de saúde, tentamos colocar em prática (G1 C5 E).

Desse modo, o direcionamento à aplicabilidade em serviço, constituiu-se uma potencialidade da formação, pois os conteúdos instrumentalizaram a ação gerencial nas UAPS.

De um lado, reconhece-se a necessidade de formação e/ou educação permanente dos gestores, numa perspectiva crítica e reflexiva, com vistas à transformação das práticas de saúde, tal como à consolidação de modelos de gestão e atenção orientados pela integralidade, humanização e resolutividade. De outro lado, percebe-se que a concepção de formação, ou mesmo de educação permanente em saúde,

subjacente ao projeto desenvolvido no município de Fortaleza, objeto dessa análise, ultrapassa o significado pedagógico, uma vez que se caracterizou um projeto de reestruturação da gestão e atenção à saúde, segundo a demanda formatada no cerne do projeto de governo de um grupo político que assume a gestão municipal. Assim, o que seria formação/educação permanente dos gestores adquiriu *status* de gerenciamento permanente, com risco de se deslocar das reais demandas de saúde da população (LEMOS, 2016).

No referente à metodologia adotada, os gestores referem que sua proposta pautada na experiência do território e com compartilhamento de saberes, não foi operacionalizada plenamente, seja por sua dinâmica não permitir ampla troca de experiências, seja pelo tempo reduzido para estudo dos conteúdos e sua implementação nas UAPS.

...o que eu acho que ficou a desejar foi a praticidade da nossa vivência. A gente não teve tanta oportunidade de estar junto com os outros para falar do que a gente estava vivenciando (G13 C2 L).

... eram conteúdos importantes, mas acho que faltou mais tempo. Já que era um processo de formação, então que a gente tivesse mais tempo; se aprofundado nessas coisas, pior que ficava tudo muito corrido, era tarefa para fazer [...], e às vezes o processo anterior ainda não tinha acontecido. Acho que foi atropelando um pouco as oficinas (G7 C4 L).

a metodologia também não era adequada para aquele número de pessoas; o aprendizado veio mesmo foi na prática, quando a gente tentou implementar na unidade (G2 C5 L)

Evidencia-se o fato de que os conteúdos adotados são considerados relevantes na formação, porém a carga

horária estabelecida mostrou-se insuficiente, na avaliação dos gestores participantes. Segundo Mendes *et al.*, (2013), as oficinas se estruturavam com quatro horas/aula, com as seguintes estratégias educacionais: exposição dialogada, trabalho em grupos, atividades em plenária.

Dada a complexidade da mudança em curso no modelo de gestão, entende-se a necessidade de aprofundamento das temáticas, apontadas pelos gestores, pois a qualidade da formação exerce influência direta na atuação profissional, na perspectiva de melhorar as práticas gerenciais no SUS (FABRIZ, 2014).

Convém assinalar que foi adotado modelo avaliativo do processo de formação dos gestores. Este parece ter sido operado com base na autoavaliação. Ademais, identifica-se a realização de monitoramento da implantação dos processos gerenciais direcionados em cada oficina, realizado pelos tutores em cada UAPS.

E eu acho que a autoavaliação é o mais importante, porque esse trabalho nos obriga a fazer uma autoavaliação. E, ainda, tem a avaliação dos tutores com o passo a passo, que eles vão na unidade quase toda semana checando o passo a passo também é uma avaliação (G9 C6 L).

Então, o mecanismo de avaliação acho que é o dia a dia. É ver o uso do FAST MEDIC. É ver o CNES, que quando eu cheguei aqui não tinha ninguém implantado, somente as equipes, e ver como está o CNES hoje. É a avaliação da prática (G9 C6 L).

Segundo a fala dos gestores, a proposta avaliativa da formação não toma como objeto central a aprendizagem, mostrando-se ambígua. Nesse sentido, parece não diferenciar a avaliação dos processos educacionais da proposta de



monitoramento da implantação dos processos constitutivos do novo modelo de gestão da APS.

Denota-se que tal situação decorre do fato de que a formação é estruturada para atender à orientação da gestão municipal, qual seja, implantar um modelo gerencial que permita reorientar o modelo de APS para a centralidade na atenção às doenças crônicas e, ao mesmo tempo, maior abertura de agendas para atendimento à demanda espontânea, com maior controle do trabalhador e dos processos de trabalho, conforme é possível identificar também no Plano Municipal de Saúde (FORTALEZA, 2014).

De modo complementar, alguns gestores apontam que efetivamente não houve avaliação das oficinas, considerando seus conteúdos e estratégias didático-pedagógicas.

Eu nem acho que a gente teve um processo de avaliação das oficinas (G7 C4 L).

As oficinas foram feitas por módulo, então deveria ter sido avaliado módulo por módulo, [...]. Mas isso não aconteceu (G2 C5 L).

Com efeito, o desempenho da tutoria na execução da proposta avaliativa da formação parece ter se distanciado dos pressupostos que orientam a avaliação de aprendizagem, ao voltar-se diretamente para a análise da implantação dos processos de gestão, considerando apenas uma racionalidade instrumental, aparentemente orientada pelos pressupostos do monitoramento das ações e serviços de saúde de modo tradicional, centrado na análise do cumprimento de metas previamente estabelecidas. Soma-se a esse aspecto o descompromisso com o retorno das informações aos sujeitos avaliados.

[...] a gente está constantemente sendo avaliado, cobrados e através dos tutores (G8 C1 E).

Os mecanismos utilizados foram para nós colocarmos em prática tudo que vivenciamos nas oficinas. Mas torno a repetir que não tivemos um feedback de todos os processos. Não sabemos se fizemos correto ou não (grifo nosso) (G1 C5 E).

[...] O mecanismo utilizado foi a avaliação, onde a CORES, as tutoras e os próprios consultores avaliam se aquele processo de trabalho foi viabilizado ou não (G5 C5 L).

De modo divergente, alguns gestores apontam que a avaliação centrada na implantação dos processos gerenciais e de atenção à saúde, permitiu o *feedback* na perspectiva de apontar as mudanças necessárias na reorientação do modelo de gestão em curso na APS de Fortaleza.

[...] foram os tutores de outras regionais que vinham para avaliar tudo que a gente tinha implantado; eles vinham com um instrumento de avaliação para saber como nós estávamos, e aí eles já indicavam o que é que a gente precisava mudar. Então, a gente recebeu duas visitas de tutores de outras regionais, porque não poderia ser da nossa regional, e aí com esse instrumento a gente tinha uma oportunidade de avaliar o que a gente tinha visto na prática, o que tinha sido proposto e como a gente estava implantando (G13 C2 L).

Denota-se a realização de avaliação externa, sob a lógica de auditoria. Nesse caso, foi identificado nos documentos analisados a existência de oficina com conteúdos de auditoria, assim como a existência de instrumentos com critérios de qualidade estruturados, voltados à acreditação dos serviços de APS, os quais foram aplicados em confor-

midade com a determinação da consultoria responsável pela formação dos gestores.

Quando se analisa a aplicabilidade prática das estratégias propostas nas oficinas, os gestores sinalizam a impossibilidade de sua efetiva implementação.

Eu acho que a forma que as oficinas foram implementadas não gerou o efeito esperado pela gestão (G10 C6 L).

Essas construções não foram efetivadas por vários contextos gerenciais e administrativos, por exemplo, nós fizemos uma oficina de territorialização, mas não foram contratados novos ACS, não foram contratados novos profissionais enfermeiros, médicos, dentistas. Nós participamos do processo de territorialização, a gente vivenciou a teoria, trouxemos para nossos profissionais, foram feitas oficinas nas unidades de saúde, onde nós construímos nosso novo processo de territorialização, mas não foi efetivado. Não é só construir as oficinas com os territórios, tem que ter profissionais para compor; nós pontuamos para todas as unidades de saúde e não teve nenhuma resposta nesse sentido, sobre a construção de novas unidades de saúde, principalmente em nosso território que é um território bastante grande para unidade de saúde (G1 C5 E).

[...] mas se tivéssemos condições para pôr tudo em prática seria excelente e realmente fortalecia nossa unidade de saúde, nossas Redes de Atenção, mas por conta de não ter esse bom retorno junto à gestão com recursos materiais, até realmente recursos humanos, realmente não está dando essa qualidade que estamos precisando. (G1 C5 E).

De acordo com as falas, denota-se que a intencionalidade de mudanças circunscritas na proposta pedagógica da formação, com aparente construção de um cenário ideal, mostra-se distante da realidade concreta dos gesto-

res, que enfrentam cotidianamente problemas estruturais do sistema de saúde, como subfinanciamento, escassez de material e equipamentos, carência de profissionais, insuficiente quantidade e qualidade dos serviços de saúde que compõem as redes de atenção, além da dificuldade de estabelecimentos de sistemas de regulação efetivos.

Com efeito, independente da participação ou não em processos de formação, os processos cotidianos de gestão pouco se modificam, pois, a racionalidade técnica não é a única a conferir direcionalidade à organização e qualificação do sistema de saúde, tanto do ponto de vista gerencial quanto tecnoassistencial (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007). Nesses termos, há que ocorrer construção de agenda para enfrentamento dos problemas estruturais do sistema de saúde, os quais os gestores locais não têm governabilidade, a exemplo do financiamento, da ampliação da rede e da oferta de ações e serviços, da gestão da força de trabalho – sobretudo no referente à ampliação do quantitativo de trabalhadores, segundo as normas da Administração Pública (GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016).

Desse modo, a proposta formativa apresentou baixa aplicabilidade prática, em virtude da baixa capacidade de enfrentamento dos problemas do sistema de saúde, que demandam respostas sistêmicas, por parte da gestão municipal. Assim, a formação de gestores da APS mostrou-se insuficiente para reorientar o modelo de gestão/atenção. Considera-se que a gestão de um nível de atenção, embora extremamente importante, constitui-se apenas uma dimensão da estrutura e dinâmica de um sistema de saúde.

Por isso, propostas de reorientação de modelos de gestão/atenção que visem efeitos de largo alcance devem

ser acompanhadas de intervenções articuladas nos demais componentes do sistema de saúde, sobretudo no município de Fortaleza, onde a Reforma Sanitária foi implantada tardiamente, tendo como desdobramentos baixa cobertura de serviços de atenção primária, carência de profissionais e de materiais e equipamentos, decorrentes do histórico baixo investimento nessa área.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A operacionalidade de processos e práticas de gestão, dada sua complexidade, requisita o desenvolvimento e exercício de um conjunto de competências, habilidades e atitudes dos atores individuais e coletivos envolvidos no cotidiano das organizações de saúde.

A gestão local da Atenção Primária à saúde envolve a consecução de atividades gerenciais, entendidas como atividades-meio, voltadas ao alcance de uma imagem-objetivo, demarcado como “satisfatório” nível de saúde e qualidade de vida da população. Isto, por sua vez, implica o desenvolvimento de processos e práticas de promoção da saúde, prevenção, proteção, atenção e cuidado integral à saúde nos âmbitos individual e coletivo.

Dessa forma, a complexidade dos processos da gestão, decorrentes de um sistema de saúde descentralizado e o próprio processo de reorientação do modelo de atenção exigem dos gestores constante desenvolvimento de conhecimentos e de estratégias gerenciais que permitam responder às demandas do território.

Assim, o desenvolvimento de formação de gestores da APS, sob análise nesta pesquisa, demonstrou a intencionalidade de qualificar os sujeitos para promover o fortalecimento da APS no município de Fortaleza. Seu formato, contudo, não teve apenas sentidos e significados pedagógicos, consoante à Política de Educação Permanente em Saúde, porquanto constitui-se como instrumento de gerenciamento, por parte do governo municipal, com vistas à implementação de um modelo de gestão e atenção, em que alguns aspectos se distanciaram dos anseios de gestores e trabalhadores do SUS.

Evidenciou-se um desenho pedagógico pautado na articulação teórico-prática, com intencionalidades de problematizar os processos de trabalho e as necessidades de saúde do território, mas que se configurou como mecanismo para implementar mudanças nos processos de gestão e de cuidado que não resultaram de demanda e/ou construção coletiva dos gestores e/ou trabalhadores, mas de “pacotes” elaborados por uma consultoria externa a serviço do projeto político do grupo que assumiu o governo municipal.

Desse modo, o não enfrentamento dos problemas estruturais do sistema local de saúde, de modo concomitante à qualificação dos gestores, contribuiu para a redução dos efeitos esperados em relação à implementação dos processos gerenciais proposta, uma vez que não foram criadas as condições de possibilidades concretas para a melhoria da atenção à saúde, tais como ampliação da rede e do quantitativo de profissionais.

Do ponto de vista pedagógico, considera-se que a ênfase do processo formativo não foi apenas o desenvol-

vimento de competências, pautada numa aprendizagem numa perspectiva crítico-reflexiva, mas, sobretudo, a instrumentalização para a execução de tarefas voltadas à mudança pretendida no projeto de governo municipal. Assim sendo, a avaliação da aprendizagem se confundiu com a avaliação dos serviços de saúde, pautada na lógica de monitoramento das ações e/ou auditoria externa.

Assim, os gestores das UAPS, ao adotarem uma forma da gestão delineada por novas demandas, trazidas por um grupo de consultores, podem avançar em relação aos modelos da gestão vigentes, incorporando novos conhecimentos, atitudes e habilidades na sua atuação profissional, sem necessariamente alcançar resultados coerentes e satisfatórios em relação às especificidades locais.

Dessa forma, apesar de reconhecer a necessidade de educação permanente dos gestores em saúde como requisito para ampliar a capacidade gerencial e consolidar o SUS, defende-se o argumento de que os processos formativos considerem a possibilidade de construção de um saber-fazer com base na realidade concreta, de modo crítico e reflexivo, que permita a construção de intervenções coerentes com os princípios do sistema de saúde e atenda aos anseios dos trabalhadores e usuários, em que se potencialize efetivamente a indissociabilidade gestão/atenção e a participação social.

## REFERÊNCIAS

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de unidades básicas de saúde: percepção do gestor. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. esp., p. 835-40, dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 22 jul. 2013.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: Caminhos da Educação Permanente em Saúde, Polos de Educação permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde Soc.**, v. 18, supl. 1, p. 48-51, 2009.

CIESA, A. M.; MASCIMENTO, D. D. G.; BRACCIALLI, L. A. D.; OLIVEIRA, M.A.C.; CIAMPONE, M. H. T. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 236-40, abr./jun. 2007.

DUARTE, E.; BARSAGLINI, R. A. **A formação dos gestores municipais de saúde**: uma experiência político-pedagógica compartilhada. Cuiabá: UFMT, 2012. 366p.



FABRIZ, L. A.; EDUARDO, E. A.; POLIQUESE, C. B.; VERAN, M. P.; OLIVEIRA, V. C.; BERNARDINO, E. Skills for managing in professional nursing practice: integrative review. **Journal of Nursing UFPE**, Recife, v. 8, n. 6, p. 1757-63, jun. 2014.

FERNANDES, M. C.; BARROS, A. S.; SILVA, L. M. S.; NÓBREGA, M. F. B.; SILVA, M. R. F.; TORRES, R. A. M. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 11-15, fev. 2010.

GARAY, A. S. B. **Reestruturação produtiva e desafios de qualificação**: algumas considerações críticas. 2010. Disponível em: <http://read.adm.ufrgs.br/read05/artigo/garay.htm>. Acesso em: 8 jul. 2015.

GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2011. 480p.

GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C. **Inovação na gestão em saúde mental**: incorporação de tecnologias e (re)invenção nos centros de atenção psicossocial. Fortaleza: EdUECE, 2016.

LEMOES, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

NETO, G. V.; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 383p.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1819-1829, nov. 2007.

### EDUCAÇÃO PERMANENTE E PRÁTICAS EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA-AÇÃO PARTICIPANTE

Carlos Garcia Filho  
José Jackson Coelho Sampaio

#### **Pesquisa e educação permanente em saúde**

A discussão sobre o papel das relações entre pesquisa e prática, sob perspectiva emancipatória, avançou mais no campo da educação do que no campo da saúde. A concepção de formação em saúde no campo da Saúde Coletiva, a educação permanente é guiada por valores progressistas, contudo não enfatiza a pesquisa, constatação sinalizada em seu quadrilátero – ensino, gestão, atenção e controle social – descrito por Ceccim e Feuerwerker (2004). Embora os autores abordem a produção do conhecimento, ela não ocupa lugar central em sua proposta de formação. Sob perspectivas diferentes, autores do campo da educação, nacionais (FREIRE, 2014; DEMO, 2000) e estrangeiros (FALS-BORDA; RAHMAN, 1991; KEMMIS; MCTAGGART; NIXON, 2014), defendem que a pesquisa é uma atividade que não pode ser restrita ao ambiente universitário e criticam a separação entre prática e pesquisa, apontando a reprodução de uma contradição mais abrangente da sociedade contemporânea entre fazer e pensar, ou entre produzir a riqueza e apropriar-se dela.

Freire (2014) faz uma crítica seminal à concepção “bancária” da educação, em que os educandos recebem “depósitos” de informações do professor e são responsáveis por guardá-los e arquivá-los, e esclarece a contradição na relação entre educador e educando. A existência do educador, detentor de todo o conhecimento, depende da manutenção do educando na posição de detentor de toda a ignorância. Os educandos, por sua vez, reconhecem na sua situação de ignorância a justificativa da existência do educador. Portanto, é estabelecida uma visão distorcida da educação, em que não existe possibilidade para criatividade, transformação ou saber, mas apenas para acumulação, acomodação e ajustamento passivo à realidade parcial transferida aos educandos por meio dos depósitos. Esse é o fundamento da educação opressora, a necessidade de adaptar a mentalidade dos oprimidos à situação de opressão. A educação libertadora busca superar a contradição entre educandos e educadores, tornado ambos, simultaneamente, educadores e educandos, portanto permitindo que se avance na apreensão crítica, criativa e transformadora da realidade, rompendo com a domesticação dos educandos instituída pela educação bancária.

Demo (2000) contribui para a reflexão sobre a pesquisa como fundamento para o desenvolvimento da educação emancipadora. Em sua concepção, o professor é, essencialmente, um orientador do processo de questionamento reconstrutivo no aluno. Nesse sentido, o que mais o caracteriza é a pesquisa. O processo de formação é compreendido como a busca pelo conhecimento inovador, um caminho para a intervenção ética, e o seu motor é

a pesquisa, que envolve teoria e prática, qualidade formal e política, inovação e ética. Desse modo, é possível avançar para uma prática crítica e competente. Para esse autor, a pesquisa deve ser uma atitude cotidiana do professor, embora ele não a cultive em si, principalmente na educação básica, mas como instrumento principal da educação pela pesquisa. Dessa forma, é necessário modificar a definição do professor como perito em aula, pois a aula que apenas ensina a copiar é absoluta imperícia.

Para Fals-Borda e Rahman (1991), a pesquisa-ação participante não é apenas uma contribuição para a metodologia da pesquisa social que atribui à relação entre sujeito e objeto simetria, horizontalidade e padrões não exploratórios nos campos social, econômico e político. Mas, também, um ativismo social comprometido com a promoção da *práxis* dos sujeitos pesquisados. Essa perspectiva aproxima-se muito da proposta de conscientização freireana, como possibilidade de esclarecimento e desvelamento das contradições da realidade por meio de um processo de autoinvestigação coletiva. O conhecimento, portanto, não é algo que possa ser adquirido ou transferido, mas é construído de modo coletivo por meio de reflexão e ação sobre a realidade.

Kemmis, McTaggart e Nixon (2014) justificam a publicação das primeiras edições de seu *The Action Research Planner* como subsídio para os professores realizarem com maior clareza projetos de pesquisa participante em seus contextos de prática. Para esses autores, um dos principais argumentos para a aplicação da pesquisa participante é a possibilidade dos sujeitos envolvidos em uma realidade social poderem pesquisar, a partir de um ponto de vista interno, suas práticas. Esse envolvimento íntimo com a situa-

ção pesquisada permite que os participantes observem a realidade sob perspectivas inacessíveis para indivíduos externos ao processo. A posição dos participantes em relação à situação pesquisada, portanto, não se caracteriza pela neutralidade. A necessidade de se posicionar e de agir para a transformação diante das condições de uma realidade vivida favorece a crítica sobre as consequências indesejáveis das práticas dos sujeitos, considerando suas três naturezas, a irracionalidade, a insustentabilidade e a injustiça.

De maneira esquemática, no campo da pesquisa social, pode-se considerar a pesquisa cartesiana, caracterizada pela dicotomia sujeito e objeto, e o ensino tradicional, caracterizado pela dicotomia professor e aluno, como contradições complementares, cuja articulação é necessária para revestir de coerência o processo de produção e distribuição do conhecimento na sociedade contemporânea. O saldo de conhecimentos transferidos do professor para os alunos, em uma ampliação da metáfora bancária, é produto da expropriação do conhecimento dos sujeitos pelos pesquisadores em suas investigações. Em analogia à mercadoria dinheiro, a mercadoria conhecimento circula de maneira estéril pela cadeia produtiva. A pesquisa-ação participante e a educação problematizadora superam as contradições entre pesquisador e pesquisado e ente professor e aluno, por isso proporcionam um avanço das relações entre ação e conhecimento. Esse é um debate consolidado no campo educação que pode trazer contribuições para a discussão sobre a educação permanente no campo da Saúde Coletiva, especialmente, devido a suas afinidades epistemológicas e éticas.

## **Epidemiologia Crítica e pesquisa-ação participante**

A Epidemiologia Crítica desenvolveu uma reflexão densa sobre as fragilidades teóricas da epidemiologia tradicional e desvelou os compromissos ocultos sob sua neutralidade aparente. A despeito de ressonâncias da Epidemiologia Crítica poderem ser ouvidas no campo, ou movimento, da Saúde Coletiva brasileira, encontram-se poucas pesquisas na literatura nacional que operacionalizem essa perspectiva da epidemiologia. Na literatura internacional, a situação é similar, as publicações são restritas a um pequeno conjunto de autores, com muito pouca difusão no hemisfério norte, segundo Breilh (2008).

Garcia-Filho e Sampaio (2013) realizaram pesquisa sobre a determinação social da violência interpessoal fatal em capital brasileira, seguindo as recomendações de Granda e Breilh (1989), Breilh (1991a), Breilh (1991b) e Sampaio (1998). De modo esquemático, operacionalizaram a abordagem crítica na epidemiologia, estabelecendo para um fenômeno três níveis hierárquicos de análise: processo individual (aspectos biológicos e psicológicos do sujeito em determinado momento histórico), processo mediador (formação social, entendida como sociedade particular; a francesa do final do século XVIII, por exemplo) e processo geral (modo de produção; capitalismo financeiro, por exemplo). Os fenômenos emergem na realidade com dois tipos de características: aparentes (imediatamente percebidas pelo pesquisador, por exemplo, desigualdade social, abuso de álcool e drogas) e essenciais (construídas por meio de processo crítico e reflexivo, por exemplo, modelo de desenvolvimento baseado na acumulação de capital

por minoria, contradição entre capital e trabalho). No cruzamento da matriz dimensões de análise e características é possível definir variáveis quantitativas e qualitativas que funcionem como indicadores do processo de determinação da saúde ou da doença.

A dialética, portanto, é utilizada pela Epidemiologia Crítica para estabelecer as mediações entre os diferentes níveis de determinação e as relações entre a essência e a aparência de um fenômeno. Contudo, a perspectiva crítica não se resume ao esclarecimento, mas deve abranger também a transformação social, essa foi a principal limitação da investigação de Garcia-Filho e Sampaio (2013).

A pesquisa participante pode contribuir para o potencial emancipatório da Epidemiologia Crítica, pois enfatiza, segundo Kemmis, McTaggart e Nixon (2014) a prática transformando a prática. Ressalta-se que esses autores reconhecem a contribuição seminal de Paulo Freire e Orlando Fals-Borda para a reflexão sobre pesquisa participante e educação emancipadora. Embora o compromisso ético e político desses autores seja similar aos da Epidemiologia Crítica, é recente o diálogo entre suas abordagens teóricas e, principalmente, metodológicas.

No campo da saúde, Loewenson *et al.* (2014), em manual editado em parceria com a Organização Mundial da Saúde - OMS, aponta duas correntes principais para a metodologia participativa em pesquisa. A perspectiva pragmática ou utilitarista surgiu na Europa e nos Estados Unidos da América por volta da década de 1950. A perspectiva emancipatória, influenciada pela pedagogia do oprimido freireana, surgiu na América Latina na década de 1970. A concepção de pesquisa-ação participante deste manual,

que tem como coautora Asa Cristina Laurell, importante referência da Epidemiologia Crítica, aproxima-se do pensamento freireano. Considera-se que existe uma tensão dialética entre teoria e ação, logo a pesquisa-ação participante não se constitui como um processo linear, e que um de seus objetivos-chave é transformar as relações de poder, redistribuindo-o. Por outro lado, sua discussão sobre a operacionalização da pesquisa-ação participante enfoca o uso de ferramentas, mas sem fazer uma crítica às possibilidades e às restrições ao diálogo nos cenários de pesquisa.

Uma escolha importante ao desenvolver uma pesquisa participante ou uma pesquisa-ação é como designar esse tipo de pesquisa, pois essa decisão fundamenta-se no posicionamento ideológico do pesquisador diante da realidade. Brandão (2006) resgata as múltiplas palavras que traduzem perspectivas desse método na América Latina desde a década de 1960: levantamento vocabular, pesquisa temática, pesquisa ativa, autodiagnóstico, pesquisa na ação, pesquisa-ação, pesquisa participante, investigação-ação participativa, pesquisa popular, pesquisa militante. E conclui que essa polissemia comporta variações, convergentes e divergentes, em torno de um modelo emergente, a pesquisa participante, embora exista atualmente um distanciamento das referências ao trabalho, ou envolvimento, popular. Por outro lado, Thiollent (2011) considera que pesquisa-ação e pesquisa participante não são expressões sinônimas, pois a pesquisa-ação envolveria algum tipo de ação planejada – social, educacional, técnica, entre outras – que nem sempre está presente na pesquisa participante. No entanto, ambas convergem ao se constituírem como alternativas aos métodos convencionais de pesquisa.



Para evitar controvérsias quanto a rótulos, uma boa opção é utilizar o termo pesquisa-ação participante, tradução de “*participatory action-research*” e de “*investigación acción participativa*”, opções de uso consagrado na literatura dos países de língua inglesa e espanhola. Essa opção segue o recomendado por Fals-Borda e Rahman (1991, p. 10):

After spreading to Europe and English-speaking countries, PAR was the designation adopted there. “Investigación acción participativa (IAP) is used in Latin America; “pesquisa participante” in Brazil; “ricerca partecipativa”, “enquête participation”, “recherche action”, “partizipative akitionsforschung” elsewhere. In our view there are no significant differences between these designations, especially between PAR and PR (“participatory research”), as can be observed by comparing chapters in the present book.

Kemmis, McTaggart e Nixon (2014) fazem uma reflexão sobre as diferentes abordagens da pesquisa-ação participante por meio da leitura de Jürgen Habermas e identificam três possibilidades. A pesquisa-ação técnica move-se pelo interesse de ampliar o controle sobre os desfechos. A pesquisa-prática direciona-se para a formação e educação dos participantes, com objetivo de tornar suas práticas mais esclarecidas. A pesquisa-ação crítica empenha-se em contribuir para a emancipação individual e coletiva, abordando a irracionalidade, insustentabilidade e injustiça de suas práticas. Seguindo essa perspectiva, a pesquisa-ação participante crítica aprofunda o caráter participativo da pesquisa-ação participante, envolvendo os participantes tanto nas decisões quanto nas análises da investigação. O foco de sua transformação são os discursos, que orientam

e justificam as práticas, as ações desempenhadas pelos sujeitos para efetivação de suas práticas e as relações sociais entre indivíduos e grupos envolvidos e afetados pelas práticas. Em síntese, se o objeto de pesquisa são as práticas constituídas socialmente, sua transformação também é um processo social.

### **Práticas em saúde e o agir comunicativo**

Uma definição preliminar de prática pode ser tomada de Kemmis, McTaggart e Nixon (2014) e complementada por Kemmis (2013). A prática é uma atividade humana cooperativa e socialmente estabelecida segundo um padrão de organização e de direcionamento. Em uma prática, concorrem um conjunto característico de ações, um conjunto de ideias expressas em discursos e um conjunto de relações entre pessoas e objetos direcionados para a execução de uma atividade habitual. Existe uma distinção entre a atividade habitual, prática, e a atividade esclarecida e comprometida, *práxis*. Sendo uma das propostas da pesquisa-ação participante crítica transformar a prática em *práxis*. A prática pode ser compreendida de modo objetivo, externo, de modo subjetivo, interno, ou de modo dialético, confrontando os modos objetivo e subjetivo. Simultaneamente, a prática pode ser compreendida sob a perspectiva social, individual ou dialética, nesse caso, enfocando as relações entre social e individual.

Uma singularidade da pesquisa-ação, seguindo as recomendações de Kemmis, McTaggart e Nixon (2014), é a abertura para os participantes falarem sobre seu trabalho

e sua vida sob a perspectiva das esferas públicas e da teoria do agir comunicativo de Jürgen Habermas. De maneira sintética, pode-se resumir o agir comunicativo como o que sucede quando os indivíduos interrompem suas ações e questionam “o que está acontecendo”. Essa pergunta é, geralmente, despertada por dúvidas sobre a validade ou legitimidade de uma situação. Há quatro características da validade de uma elocução: inteligibilidade, exatidão, sinceridade e adequação moral. A legitimidade, por sua vez, depende do consentimento dos atores para que uma situação se desenvolva. Ao favorecer as esferas públicas, a pesquisa-ação crítica abre a perspectiva para os sujeitos deixarem de agir estrategicamente para agirem comunicativamente. Por conseguinte, patrocinando o entendimento mútuo e o consenso livre como coordenadores das ações por meio da linguagem, em detrimento da coordenação mediada por influência não linguística entre os atores.

Lord (2007) delimita as diferenças entre a esfera pública habermasiana e os espaços públicos brasileiros. Retomando a elaboração de Evelina Dagnino e Vera Telles, os espaços públicos são identificados como locais físicos onde ocorrem os encontros para debate e negociação, institucionalizados ou não, entre sociedade civil e Estado. Esses espaços são, portanto, observáveis fisicamente, são exemplos os fóruns, conselhos, comissões. A esfera pública habermasiana não é um espaço físico, mas um fluxo de comunicação que produz um consenso eficaz para influenciar o sistema político. Sua natureza, conseqüentemente, torna menos claro como instrumentalizá-la ou observá-la empiricamente. Jürgen Habermas não se detém sobre es-

ses pontos e indica apenas a importância da interação comunicativa entre os atores.

A proposta de Lord (2007) é aproximar a relação dialógica elaborada por Paulo Freire e a interação comunicativa habermasiana, buscando complementar a lacuna instrumental do pensamento do autor alemão. A perspectiva freireana de emancipação e empoderamento dos atores por meio do diálogo crítico qualificaria as discussões das esferas públicas, produziria consensos melhor elaborados e ampliaria sua efetividade e legitimidade para influenciar o sistema político. Dessa maneira, seria possível realizar uma leitura de esfera pública a partir de categorias do pensamento freireano, ampliando as possibilidades de compreensão de seu funcionamento, especialmente em contextos sociais caracterizados por fortes desigualdades sociais e institucionalização da violência, com consequentes ressonâncias na constituição e desenvolvimento das esferas públicas.

Pereira (2007) discute as similaridades e as diferenças entre os modelos democráticos participativos e deliberativos a partir da distinção entre duas perspectivas teóricas da democracia, a agregativa, centrada no voto, e a deliberativa, centrada no diálogo. A democracia liberal é caracterizada pela exclusividade da perspectiva agregativa, predomina a concepção de que a participação política do cidadão deve ser restrita ao voto eleitoral periódico e de que as ideias e opiniões que fundamentam as escolhas políticas são individuais e dadas no momento da decisão. O contraponto participativo à democracia liberal postula uma complementaridade entre os mecanismos de partici-

pação direta com os representativos instituídos. Entretanto, esse modelo não se afasta da perspectiva agregativa, existe mais participação, mas não há mais discussão, as ideias e opiniões que fundamentam as escolhas continuam sendo consideradas como dadas.

Ainda segundo Pereira (2007), é possível estabelecer também um contraponto deliberativo à democracia liberal que tem seu centro no processo de formação de vontades que engendra as decisões coletivas, a argumentação racional é considerada o fundamento para os indivíduos elaborarem e justificarem suas escolhas, a livre deliberação. O diálogo público é apontado como o elemento necessário para construção de consensos informados e de efetivação de decisões coletivas, ou seja, a constituição de esferas públicas livres de coerção. Salienta-se que a formulação habermasiana de esfera pública não é a única possível. As principais críticas à democracia deliberativa enfocam: 1 - a excessiva valorização da argumentação racional, em detrimento a outros saberes, tornando o processo de discussão elitista e excludente; 2 - a necessidade de um consenso prévio sobre valores como igualdade política, ausência de comportamento estratégico e desejo de alcançar o entendimento; e 3 - a ausência de garantias de que a deliberação possa superar o conflito e atingir o consenso em situações concretas. Possibilidades complementares para a democracia deliberativa buscam uma ampliação da comunicação para além da argumentação racional e a compreensão de que as esferas públicas reais são diferentes das ideais propostas por Jürgen Habermas, sendo assim são permeadas por conflitos, dissensos, falsos consensos e violência, haja

vista que torna-se necessário reconhecer essa reverberação das desigualdades sociais no processo deliberativo e criar mecanismos para que as demandas de grupos e indivíduos marginalizados sejam reconhecidas como legítimas.

A leitura de Jürgen Habermas feita por Antunes (2009) considera fraco o potencial heurístico e emancipador de sua proposta teórica, pois desacopla o mundo da vida – espaço da razão comunicativa, reservado para intersubjetividade e interação – do sistema – espaço da razão instrumental, onde se estruturam as esferas do trabalho, da economia e do poder – e direciona sua utopia da esfera do trabalho para a esfera da ação comunicativa, uma vez que o pensamento habermasiano considera que a utopia baseada no trabalho perdeu seu ponto de referência na complexidade da sociedade atual. Por sua vez, Antunes (2009) retoma Georg Lukács para reconduzir o trabalho à centralidade da utopia emancipatória da compreensão da subjetividade humana.

É também por meio de Georg Lukács que Löwy (2014) critica a proposta habermasiana. Além da impossibilidade de conceber a sociedade como dividida em duas esferas hermeticamente fechadas, ponto em que se aproxima das observações de Antunes (2009), Löwy (2014) desconfia das “ilusões tipicamente liberais sobre as virtudes milagrosas da ‘discussão pública e racional dos interesses’”, portanto da abertura para a eficácia da razão comunicativa. Por outro lado, o autor indica que a proposta de Jürgen Habermas seria legítima para balizar o processo de decisão coletivo em uma utopia futura, uma sociedade emancipada e sem classes, que basearia suas decisões na discussão pública racional.

A esfera pública pode ser considerada um construto teórico que fornece indícios de como aproximar elementos da democracia deliberativa ao modelo agregativo, mas não se deve exigir dela a solução para as aporias do poder na democracia. O esclarecimento das escolhas por meio da argumentação racional, a ausência de coerção no processo decisório e a preocupação com a construção de consensos são valores que balizam a transformação social em direção à justiça e à emancipação. As fragilidades dos espaços públicos, institucionais ou não, no Brasil são evidentes e a efetivação de esferas públicas para condução do processo político é utópica. As alternativas para ação poderiam ser pensadas à direita e à esquerda da proposta habermasiana.

O debate, dentro e fora da academia, sobre os conceitos de direita e esquerda se afasta apaixonadamente de qualquer consenso. Sem pretensão de contribuir para o avanço dessa discussão, é possível tomar uma definição operacional de Bobbio (2011), que compreende a distinção entre esquerda e direita como organizada em torno da polaridade igualdade *versus* desigualdade. *Grosso modo*, o pêndulo da política ao se aproximar da esquerda, atribuiria valor positivo à igualdade entre os indivíduos e grupos, desde a igualdade diante da lei até a igualdade de propriedade privada e renda. A direita teria, como valor positivo a desigualdade, considerando como justa uma distribuição desigual da propriedade e da renda ou diferença de situação jurídica entre cidadãos nativos e imigrantes.

Retomando as propostas alternativas ao fortalecimento das esferas públicas – ou, de modo mais abrangente, da democracia deliberativa – no Brasil, a formulação da direita é a manutenção do modelo agregativo. A participa-

ção popular periódica por meio do voto prossegue como maneira de legitimar esse sistema político e a imposição da ordem do Estado à sociedade. O papel do cidadão na democracia é resumido ao de eleitor, devendo escolher entre partidos e candidatos diferentes, mas com propostas e projetos bastante semelhantes. A política é uma atividade restrita a uma elite de políticos profissionais e autorreferentes, que se mobilizam em defesa de interesses corporativos e privados, embora preocupando-se em realizar ações eventuais que fomentem uma opinião pública favorável. A abertura à participação popular é um mecanismo adicional de legitimação da ordem, pois amplia o caráter agregativo da democracia, mas não qualifica as decisões tomadas pelos indivíduos. Prevalece a disputa para escolha de mudanças superficiais sobre o consenso para transformações radicais. As lutas populares que postulem mudanças sociais que coloquem essa ordem em risco são suprimidas com violência.

Em contrapartida, a proposta à esquerda da democracia deliberativa no Brasil é a revolução socialista, assim, aponta para uma ruptura radical com o capitalismo e a instituição de uma nova maneira de organizar a produção e a distribuição da riqueza. As experiências concretas do socialismo demonstram uma persistência contraditória do conflito entre Estado e sociedade, agora mediado, pela proposição de um sistema democrático de partido único. Embora a socialização dos meios de produção tenha potencial para redução das desigualdades, a apropriação dos excedentes pela classe dirigente, no momento representada pelos membros da elite do partido, não é suprimida. Por isso, a desigualdade de renda e, principalmente, de poder, persistem e são cristalizadas em um Estado autoritário e violento.



A diferença entre democracia deliberativa e suas alternativas, à esquerda ou à direita, concentra-se na natureza das relações entre Estado e sociedade. A polarização dessa relação tende para o consenso no modelo deliberativo e o risco de soluções coercivas parece ser menor do que o enfrentado por sociedades capitalistas ou socialistas, ao menos, em teoria. A contribuição do pensamento habermasiano sobre novas maneiras de agir politicamente apresentam como fortaleza ética a incapacidade de utilizar a coerção – e, conseqüentemente, a violência – como mediadoras das relações políticas. Destarte, a despeito de seu caráter utópico, ela funciona como um alerta e uma alternativa para as distopias autoritárias de esquerda e de direita.

### **Pesquisa-ação participante, trabalho e subjetividade**

O trabalho humano é imprescindível à reprodução da vida material e social. É uma atividade essencialmente humana, construtora de identidade e sociabilidade, individual e coletiva, e não deve ser transformada em motivo de sofrimento, devido ao deslocamento de prioridades. O trabalho humano apresenta posição central na construção da subjetividade, mas centralidade é diferente de exclusividade. A atividade política, a comunicação, o lazer, o cuidado do outro e de si são também produtores de subjetividade.

Buscando uma alternativa entre os impasses gerados pelo “Agir segundo Regras” e o “Agir Estratégico” na gestão e no trabalho em saúde, Campos (2003) propõe o “Agir Paidéia”, que resgata o conceito grego clássico de formação

integral do homem e tenta avançar em relação ao “Agir Comunicativo”. O “Agir Paidéia”, contribui para compreensão de como ocorre a construção da subjetividade por meio da autoanálise, da análise do contexto e da intervenção sobre si e mesmo e sobre o contexto. Aproxima-se, portanto, segundo o autor do “velho conceito grego de *práxis*”, que utiliza Marilena Chaui para defini-la como “atuar segundo finalidades, construindo o sentido e o significado para a ação, agir sobre o mundo de modo reflexivo, alterando o agente junto com a reconstrução do contexto” (CAMPOS, 2003, p. 41).

O “Agir Paidéia” permite uma compreensão ampliada sobre as potencialidades do trabalho em saúde como construtor de subjetividade por meio da *práxis* e foi operacionalizado em vários serviços de saúde brasileiros com sucesso, possibilitando a instituição de arranjos organizacionais mais efetivos e democráticos. Porém, Campos (2003) utiliza um conceito de *práxis* anacrônico, que organiza a construção da subjetividade em torno do trabalho. Segundo Chaui (2002) e Petrovic (1988), na filosofia grega antiga, Aristóteles classificava as atividades básicas do homem em três categorias – *theoría*, *práxis* e *poíesis* – que correspondiam a três tipos básicos de conhecimentos – teóricos, práticos e produtivos – e a três tipos de finalidades ou objetivos – a verdade, a própria ação e a produção de algo. A *práxis* era entendida uma ação livre, pois tinha em si mesma a sua finalidade, diferente da *poíesis*, cuja finalidade era a produção de algo exterior a si mesma; portanto Aristóteles considerava a *práxis* superior a *poíesis*. E, dentro da *práxis*, a política era considerada superior à ética, pois é

a ela que se recorria para decidir sobre os assuntos da *pólis*, ou seja, a política tinha como objeto as ações humanas que visam o bem humano. A definição de *práxis* que fundamenta o “Agir Paidéia” localiza-se entre a *práxis* e a *poiesis* e se aproxima do pensamento marxista, que considera a *práxis* como o fundamento de uma nova filosofia, capaz de transcender a compreensão do mundo para empreender sua transformação revolucionária.

Para além do anacronismo conceitual, a proposta do “Agir Paidéia” pode ser combinada com a perspectiva da pesquisa-ação participante para conceber novas perspectivas de ação e transformação das práticas de saúde por meio de uma visão ampliada de educação permanente, agregando a pesquisa – ou, mais especificamente, a pesquisa-ação participante – a seus pressupostos. Não sob a perspectiva de pesquisa tradicional, alimentadora do conhecimento bancário, mas de uma pesquisa que enseje no cotidiano dos serviços, o desenvolvimento de uma visão crítica da realidade e com potência para transformá-la, mediando saberes e interesses de usuários, trabalhadores e gestores por meio do diálogo, reiterando-se, portanto, a centralidade da comunicação livre de coerção e a identificação entre sujeitos pesquisadores e sujeitos pesquisados como seres humanos em uma relação social. Essa possibilidade de agir em saúde seria capaz de contribuir de modo efetivo não apenas para a melhoria dos serviços de saúde oferecidos, mas também para a construção da subjetividade dos atores envolvidos.

## REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009.
- BOBBIO, N. **Direita e esquerda**: razões e significados de uma distinção política. Trad. Marco Aurélio Nogueira. 3. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2011.
- BRANDÃO, C. R. A pesquisa participante e a participação da pesquisa: um olhar entre tempos e espaços a partir da América Latina. In: BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. (Org.). **Pesquisa participante**: o saber da partilha. 2. ed. Aparecida: Ideias e Letras, 2006. p. 21-54.
- BREILH, J. Componente de metodologia: La Construcción del Pensamiento en Medicina Social. In: FRANCO, S. *et al.* Debates en medicina social. Quito: Organización Panamericana de La Salud, 1991a. p. 138-248. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/Spanish/DRH/11859.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2011.
- BREILH, J. **Epidemiologia**: Economia, Política e Saúde. São Paulo: Hucitec, 1991b.
- BREILH, J. Latin American critical ('Social') epidemiology: new settings for an old dream. **Int. J. Epidemiol.**, London, v. 37, n. 4, ago. 2008. Disponível em: <http://ije.oxfordjournals.org/content/37/4/745.full>. Acesso em: 12 jul. 2015.
- CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=i-so](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=i-so). Acesso em: 14 jan. 2016.
- CHAUI, M. **Introdução à história da Filosofia**: dos Pré-Socráticos a Aristóteles. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. 4. ed. Campinas: Editora Autores Associados, 2000. 120 p. (Coleção educação contemporânea).
- FALS-BORDA, O.; RAHMAN, M. A. (Ed.). **Action and knowledge**: breaking the monopoly with participatory action-research. Nova York: Apex Press, 1991.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 57. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.
- GARCIA FILHO, C.; SAMPAIO, J. J. C. **Determinantes sociais da violência interpersonal fatal em Fortaleza**: um estudo ecológico. Fortaleza: EdUECE, 2013.

GRANDA, E.; BREILH, J. **Saúde na sociedade**: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

KEMMIS, S. Critical Theory and Participatory Action Research. *In*: REASON, P.; BRADBURY, H. (Ed.). **The sage handbook of action research**: participative inquiry and practice. 2. ed. Londres: Sage, 2013. p. 121-139.

KEMMIS, S.; MCTAGGART, R.; NIXON, R. **The action research planner**: doing critical participatory action research. Singapura: Springer, 2014. 200 p.

LOEWENSON, R. *et al.* **Participatory action research in health systems**: a methods reader. Harare-Zimbábue: EQUINET, TARSC, AHPSP, WHO e IDRC, 2014. 125 p. Disponível em: <<http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/PAR Methods Reader2014 for web.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

LORD, L. Distinções entre a esfera pública habermasiana e os espaços públicos brasileiros. *In*: DAGNINO, E.; TATAGIBA, L. (Org.). **Democracia, sociedade civil e participação**. Chapecó: Argos, 2007. p. 453-474.

LÖWY, M. **A jaula de aço**: Max Weber e o marxismo weberiano. Trad. Maria Echalar. São Paulo: Boitempo, 2014.

PEREIRA, M. A. G. Modelos democráticos e participativos: similitudes, diferenças e desafios. *In*: DAGNINO, E.; TATAGIBA, L. (Org.). **Democracia, sociedade civil e participação**. Chapecó: Argos, 2007. p. 421-452.

PETROVIC, G. *Práxis*. *In*: BOTTOMORE, T. *et al.* (Ed.). **Dicionário do pensamento marxista**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988. p. 292-296.

SAMPAIO, J. J. C. **Epidemiologia da Imprecisão**: o processo saúde/doença mental como objeto da Epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

# CONSTRUÇÃO COLETIVA DE DISPOSITIVOS DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO

Lana Carina Viana de Lavor  
Carlos Garcia Filho

## INTRODUÇÃO

A Policlínica Regional abordada nessa pesquisa foi inaugurada em 2013. A gestão desta unidade é realizada por um consórcio público municipal de saúde. A Policlínica caracteriza-se por ser uma unidade de atenção secundária especializada de referência regional e atende a nove municípios da região com uma população de, aproximadamente, 300 mil habitantes.

O tema desta pesquisa é a gestão da educação permanente em saúde no SUS. A vinculação da educação permanente nos serviços de saúde é vista como uma estratégia de gestão para enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. O objetivo desta pesquisa é analisar a gestão da educação permanente em saúde em uma Policlínica Regional por meio da identificação das necessidades de formação dos profissionais da Policlínica e de integração entre ensino e serviço dos alunos de instituições formadoras com convênio com a Policlínica.

## MÉTODO

Essa investigação com abordagem qualitativa utilizou como instrumentos para investigação a aplicação de entrevistas estruturadas para gestores de instituições de ensino com cursos no campo da saúde, gestores da Policlínica e trabalhadores dessa instituição. A interpretação dos resultados foi realizada por meio da análise de discurso.

A pesquisa tem proposta de operacionalização alinhada aos pressupostos de participação social da educação permanente em saúde discutidos por Ceccim e Feuerwerker (2004). Portanto, integrantes dos quatro grupos elencados no quadrilátero serão engajados na discussão e elaboração dos dispositivos de gestão da educação permanente e de uma política de educação permanente por meio de duas técnicas de coleta de informações: entrevistas e rodas de conversa. Foram realizadas 6 entrevistas, sendo: 1 com gestor da Policlínica (N=15), 3 com trabalhadores da Policlínica (N=73), 1 com gestor de instituições formadoras (N=5) e 1 com controle social da Policlínica (N=1)

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa, de acordo com cada categoria foram: 1- gestores - ser gestor ou ter exercido esta função no período entre 2015-2017; 2- trabalhadores - fazer parte do corpo de funcionários da Policlínica há, pelo menos, um ano; 3- representantes das instituições formadoras - ser gestor ou professor de instituição formadora em saúde com convênio de colaboração técnica com o Consórcio; e 4- controle social da Policlínica - ser trabalhador de saúde da Policlínica, lotado no setor de ouvidoria, pois segundo o Decreto Nº 8.243, de

23 de maio de 2014, as ouvidorias são consideradas instâncias de controle e participação social. O critério de exclusão para participação na investigação foi: afastamento das atividades laborais ou de gestão devido a férias ou licença.

A escolha dos representantes de cada grupo foi realizada de maneira intencional pelos pesquisadores, buscando aqueles que apresentassem interesse, disponibilidade ou histórico de envolvimento em atividades de educação em saúde na instituição.

A aplicação de entrevista estruturada teve como objetivo identificar as demandas e as expectativas de cada um desses grupos sobre o tema. A síntese do resultado das entrevistas foi utilizada, também, como disparador da discussão nas rodas de conversa.

Para Britten (2009), as entrevistas estruturadas apresentam uma estrutura flexível, composta por questões abertas que apontam a área a ser explorada. É importante destacar que as respostas às perguntas não correspondem necessariamente aos comportamentos observados dos sujeitos entrevistados.

Para interpretação dos discursos dos sujeitos, foram realizados os procedimentos de análise do discurso como propostos por Orlandi (1999). Essa abordagem integra a Psicanálise, a Linguística e a História para estudar o discurso de maneira crítica. Esse é entendido como mediador por meio da linguagem entre o homem e a realidade social e natural para produção de significado.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da UECE, por meio do Parecer nº. 634.119, de 07 de maio de 2014.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na avaliação geral das necessidades de formação, os entrevistados da Policlínica apontam como ponto convergente uma lacuna quanto ao caráter sistemático das atividades de educação permanente. Na sua perspectiva, seu desenvolvimento atual depende de ações pontuais e existe a necessidade de instituir treinamentos, aperfeiçoamentos, capacitações, oficinas e cursos de modo contínuo. O discurso de dois entrevistados exemplifica esse ponto de vista:

Eu vejo atividades isoladas, quando ocorrem algumas mudanças nos processos assistenciais, por exemplo, acontece alguma mudança, vamos começar a usar um determinado equipamento, aí acontece uma capacitação naquela área, ou então quando algum setor, como o de enfermagem ou outro setor como o administrativo toma a iniciativa de fazer algum evento na área, em uma área específica, basicamente os que eu vejo são esses, e as das instituições parceiras que realizam continuamente, e o serviço social que faz também, mas não é nem educação permanente, é mais com o público, mas isso, não vejo outras atividades não (Trabalhador Nível Superior 1).

[...] o que a gente percebe quando se vai para prática, é que a questão do estudo fica um pouco esquecida, e eu acho assim necessário que cada profissional se qualifique na sua área, isso é feito, alguns fazem, mas particularmente. A gente não percebe um investimento da instituição maior, claro que existem congressos que o pessoal participa, alguns cursos que a policlínica proporciona para os profissionais, mas acho que deveria ser mais acentuado, uma coisa mais sistemática, uma educação continuada, nós temos ações pontuais (Trabalhador Nível Superior 2).

Além da repetição da crítica à fragmentação das ações de educação permanente, percebe-se no discurso dos entrevistados que a educação é concebida como empreendimento individual e que o investimento da instituição empregadora é pequeno. Observa-se que o direcionamento das atividades de educação permanente não parte de demandas dos trabalhadores, mas de necessidades administrativas, como aquisição de novos equipamentos.

Essa crítica não esteve presente de modo tão explícito nas demais entrevistas, contudo, o gestor também reconheceu a fragilidade e a desorganização do Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS, e a necessidade de desenvolvimento concreto e sistemático das ações educativas ordenadas por uma instância que não seja apenas cartorial, mas que tenha também uma perspectiva estratégica:

De necessidades eu vejo que há a necessidade do núcleo de educação permanente, aí já diz tudo. Não, não sei como realmente você poderia criar um núcleo aqui, mas eu acho que precisa de uma coisa mais organizada, porque o que que acontece, é palestras, fóruns, mas assim nada que eu acho como deveria ser, uma coisa mais organizada, assim: é como se fosse, é ações soltas, tá entendendo, exemplo: os outubros rosas, novembro azul (Gestor).

Essa abertura para a mudança, explícita pelo gestor, é que possibilitou o desenvolvimento da intervenção proposta por essa pesquisa na Policlínica. Os resultados das entrevistas são coerentes com a lacuna estratégica identificada pela pesquisadora na análise dos documentos do NEPS.

É possível fazer uma aproximação entre a prática e a práxis em saúde e a educação permanente sob perspectiva participativa e problematizadora, pois esta constitui-se

como um dispositivo de reflexão e ação sobre o trabalho e a vida, nesse sentido torna-se potente para transformar a prática cotidiana em práxis emancipatória. Destaca-se que o processo de trabalho em saúde envolve, além de um saber específico, um conjunto de técnicas e ferramentas particulares. Mendes-Gonçalves (1994) enfatiza que os profissionais de saúde operam não apenas com saberes intelectuais ou especulativos, mas que existem aspectos materiais e não materiais das técnicas, portanto a materialização do processo de trabalho deve ser compreendida em seu contexto.

Os entrevistados de níveis médio e superior sinalizam importância de ações capazes de fortalecer o conhecimento científico, atualizar técnicas e reconstruir as práticas profissionais, incluindo sua dimensão relacional:

Principalmente no que tange a recursos humanos né, ao tratamento com o público, também vejo a necessidade dos profissionais de nível técnico, principalmente né, porque hoje o nível superior, muitas vezes, já cada um já tem sua conduta, mas nos profissionais de nível técnico, um trabalho de educação constante de acordo aí com as novidades do conhecimento científico, de atualizações das mudanças que vêm ocorrendo (Trabalhador de Nível Superior 1).

Falta de uma educação continuada, treinamentos com os profissionais que aqui trabalham, para melhorar o atendimento dos pacientes. (Como você acha que deveria ser esses treinamentos?) Ter mais cursos de aperfeiçoamento na técnica que a gente usa aqui, conhecimento mais dos equipamentos que nem todos têm sobre (Trabalhador de Nível Médio).

Na entrevista com o representante da instituição formadora percebe-se sua dedicação para formação do aluno, integrando ensino-pesquisa e desenvolvendo as práticas em estágio satisfatórias, porém não se define de

modo claro qual seria o papel da Policlínica para atingir esse objetivo:

São necessidades muito primárias, no sentido do curso, pelas diretrizes curriculares nacionais o curso de Enfermagem, ele tem que ter tanto a carga horária teórica como a carga horária prática, de formação, de estágio, de outras atividades que venham a somar, incluindo ensino, pesquisa e extensão, e agora a gente já trabalha na perspectiva da inovação, então o nosso curso de enfermagem ele vem sendo muito bem avaliado nacionalmente e, por conta disso, e também motivado por isso a gente se esmera para que a formação dos nossos estudantes seja de qualidade (Representante de Instituição Formadora).

Embora fique evidente a vontade de contribuir para uma formação profissional de qualidade, a atenção ambulatorial especializada não parece encaixar-se na matriz curricular do curso de Enfermagem. Esse ponto fica evidente no silêncio quanto à definição sobre como operacionalizar a inserção dos acadêmicos de enfermagem na Policlínica.

Sobre as lacunas no processo de formação, percebe-se nas entrevistas a necessidade da operacionalização de atividades de educação permanente em saúde, considerando necessidades de formação, problematização das práticas de saúde e articulação multiprofissional, intersectorial e institucional:

[...] a policlínica poderia também disponibilizar talvez uma vez por semestre algum tipo de oficina ou curso voltado para gestão de ouvidoria, porque a cada ano que passa surgem novas leis que amparam o cidadão, então isso deve, tem que ser atualizado constantemente para as ouvidorias para que se possa fazer um atendimento mais qualificado ao cidadão (Representante do Controle Social).

Deveria ter um cronograma e ouvir os profissionais, quais as demandas, quais as necessidades daquele profissional, quais as dificuldades no seu campo, na sua área, para que possa ser feito um planejamento em cima disso. Formar um calendário e ver as possibilidades que existem no próprio Estado, que nós temos instituições de ensino no próprio estado que podem nos fornecer subsídios em relação a essas capacitações e essa formação profissional (Trabalhador de Nível Superior 2).

O discurso do representante do controle social é paradigmático, pois elenca as necessidades de formação mais próximas do servidor que emergem a partir da problematização de sua prática, no caso específico, a atualização constante dos marcos legais da ouvidoria, e aponta como sugestão a realização de atividades de formação periódica. A posição do entrevistado 6 é mais abrangente que a dos demais servidores, pois não apenas identifica as lacunas na educação permanente mais próximas de sua prática profissional, que poderiam ser preenchidas pela Policlínica, mas também traça estratégias para preencher essas lacunas, inclusive de modo participativo e interinstitucional.

As estratégias podem ser definidas como caminhos para se atingir os objetivos, constituindo-se, no caso da produção do cuidado, como o somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias, de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades singulares dos usuários e dos serviços (MERHY, 2002). A abertura dos profissionais para trabalhar em equipe, identificando e combinando recursos estruturais, técnicos, científicos, políticos e relacionais, de forma planejada e pactuada depende não

apenas de disponibilidade de insumos ou de equipamentos, mas também de uma cultura organizacional que seja capaz de motivar o profissional a assumir protagonismo na produção do conhecimento e do cuidado.

Nesse processo, ocorre a aquisição de novos saberes e modos de agir em saúde, tendo em vista a adequação dos trabalhadores às necessidades dos usuários, dos serviços e de sua articulação em rede. Essa mudança de perspectiva é fortalecida a partir da implantação de dispositivos de educação permanente, cuja condução deve ser realizada por meio de estratégias que envolvam a negociação e a avaliação não apenas dos atores envolvidos, mas de todo o processo de produção do cuidado e do conhecimento, tendo em vista a necessidade de emitir julgamentos sobre a capacidade das estratégias adotadas para atingir os objetivos definidos pelos atores de modo participativo.

O representante da instituição formadora reitera sua posição quanto à possibilidade de a Policlínica ser um campo de estágio valioso, inclusive pela densidade tecnológica e pelo perfil de serviços oferecidos, que diferem dos demais equipamentos da região:

A Policlínica daqui de [...] ela é um equipamento de saúde inovador para nossa região, na perspectiva do número de ofertas de serviço, nós temos locais de aprendizado como a atenção primária, a atenção secundária, nós temos algumas outras instituições parceiras, porém a gente entende que a Policlínica, ela vem a somar, porque existem serviços na Policlínica que são diferenciados tanto dela sua, pela proposta inovadora do serviço como também pela qualidade que se é reconhecida na policlínica, então a gente entende enquanto instituição que o espaço de formação neste equipamento de saúde,

ele é muito valioso e toda vida que o curso de enfermagem sente a necessidade, entra em contato com a Policlínica que acolhe a nossa demanda acadêmica (Representante de Instituição Formadora).

Por outro lado, persiste a dificuldade em estabelecer como poderia ser feita a inclusão dos serviços especializados no currículo do curso de Enfermagem, essa fragilidade é sinalizada pela ausência de referências na fala da entrevistada sobre como poderia se dar essa inclusão de modo objetivo.

Sobre a organização das atividades de educação permanente, as entrevistas identificam a necessidade de fortalecimento. Contudo, cada estrato concebe a categoria organização de modo diferente. Para o gestor:

Eu acho que são bem organizadas, há um planejamento quando a gente vai organizar essas ações aqui. [Como é esse planejamento, fala um pouco?] Planejamento é a questão de material, de programar direitinho a data, questão financeira, para ficar tudo conforme a gente realmente deseja né? (Gestor)

O foco do gestor é a provisão de material e insumos para desenvolvimento das atividades, portanto dos aspectos operacionais. Entre os entrevistados de nível superior repete-se a crítica à fragmentação das atividades, mas também emerge a possibilidade de fortalecer as parcerias com outras instituições:

É, essas atividades elas acontecem, do meu ponto de vista, de acordo com a necessidade do serviço, alguns períodos do ano, tem algumas datas comemorativas, como por exemplo: o outubro rosa o novembro azul então essas atividades elas são muito feitas voltadas para cada período do ano, de acordo com o que é preconizado, inclusive pelo ministério (Representante do Controle Social).

Eu acho que a gente precisa melhorar, primeiro o que a gente vem fazendo são ações pontuais, a uma proposta maior, principalmente com relação à sala de espera, nós sabemos que a gente tem como trabalhar melhor na policlínica, é um espaço que poderia ser de debates, poderia ser aberto às comunidades, poderia ser aberto aos municípios, eu acho que a gente tem potencial para fazer uma sala de espera bem mais ampla, bem mais além do que a gente já consegue trabalhar, então é uma iniciativa pioneira né, na policlínica e que tende a melhorar né, a crescer, nós temos potencial, temos profissionais que contribuem dentro da própria policlínica e temos a rede, as parcerias que nós já trouxemos várias pessoas que são nossos parceiros, para fazer um debate aqui na policlínica para a população (Trabalhador de Nível Superior 2).

Os entrevistados de nível superior identificam, portanto, lacunas na organização das atividades de educação permanente e reconhecem a necessidade de melhoria do processo por meio de articulação com a rede de atenção à saúde da região e com outras instituições. Os servidores de nível médio foram lacônicos em suas falas sobre a organização das atividades, restringindo-se a defini-la como insuficiente.

O entrevistado da instituição formadora demonstra o desejo de fazer a política da boa vizinhança com a Policlínica:

Essas atividades eu acho interessante porque elas são, existe, me parece que existe um cronograma, um planejamento mensal, não sei se é bem isso, mas periodicamente a gente é tomado de conhecimento que a Policlínica realiza algumas atividades, dia das mães, atividades de mulher, prevenção de câncer de colo, algumas atividades em detrimento à saúde do homem, é, e outros temas que são importantes para saúde coletiva, então é, eu acredito que a organização dessas atividades são bem pen-



sadas, são bem planejadas e executadas, porque também a gente acaba acompanhando enquanto instituição parceira e também divulgado nas mídias sociais (Representante da Instituição Formadora).

Percebe-se que o representante da instituição formadora não demonstra conhecer de modo aprofundado as ações e, embora identifique seu caráter fragmentado, evita fazer qualquer crítica.

Quanto ao processo decisório na Policlínica, os entrevistados convergem para definir a “direção” como principal responsável por pautar as diretrizes e as atividades de educação permanente a serem desenvolvidas no serviço. Observa-se essa posição tanto do gestor quanto dos profissionais de níveis médio e superior abordados na pesquisa:

As decisões, geralmente, são tomadas pela direção, claro, os outros funcionários abaixo da direção às vezes têm as ideias, programam, planejam, mas assim, as decisões são tomadas pela direção e pela secretaria, no consórcio. Os funcionários, por exemplo, da assistência que querem fazer alguma atividade com relação a alguma campanha, os profissionais são esses, das coordenações, que querem oferecer alguma atividade para o pessoal do nível médio, por exemplo (Gestor).

Geralmente, é a gestão junto com os coordenadores de setores, vê a possibilidade dessas reuniões, os períodos a serem realizados, de acordo com cada comissão (Trabalhador de Nível Superior 1).

É, geralmente eles, é, a direção, sempre contrata palestras para gente, mas poderia melhorar mais com cursos (Trabalhador de Nível Médio).

O gestor e os entrevistados de nível superior reconhecem a presença da opinião dos funcionários no pro-

cesso decisório, de modo mais específico, como identificadores de necessidades e demandas para as atividades. Por outro lado, o funcionário de nível médio não observa a possibilidade de participação nas decisões, pontuando que esse poder é exclusivo da “direção”. O entrevistado que representa as instituições formadoras não é capaz de descrever como são tomadas as decisões no serviço, definindo sua participação apenas como executora de uma demanda solicitada pela Policlínica.

Explorando a ocorrência de reuniões sobre atividades de educação permanente, percebe-se, na descrição dos entrevistados, o predomínio da informalidade nesses momentos, relatados como um planejamento meramente operacional, sem periodicidade definida, sem consulta sobre as reais necessidades formativas e sem preocupação com a metodologia de ensino-aprendizagem das atividades:

Já, sobre atividades de educação só para planejamento mesmo, nunca discutindo sobre o assunto, só planejamento dos eventos, das palestras, dos fóruns, das capacitações, mas assim reunião sobre as atividades como anda essa questão de atividades educativas aqui na Policlínica, não (Gestor).

Não, infelizmente não. A gente participa enquanto parceiro executor, mas não de planejamento (Representante da Instituição formadora).

Não, para sistematizar realmente o trabalho não, geralmente a gente conversa, são conversas informais onde a gente decide realmente o que vai fazer, mas de forma sistematizada, uma reunião onde se pontue né, tudo que devemos fazer, que se faça cronogramas, que tenha agenda e que seja de forma sequenciada, ainda não (Trabalhador de Nível Superior 1).

Os entrevistados são coerentes com a discussão anterior sobre a burocratização do NEPS e a ausência de perspectiva estratégica da educação permanente na Policlínica. Embora a representante da instituição formadora não tivesse participado de momentos de planejamento na Policlínica, ela reconhece a potência da instituição:

[...] sinto falta, porque como a universidade está presente na Policlínica, em algumas oportunidades é também uma necessidade da universidade em saber se os nossos estudantes puderam contribuir nas atividades que são desenvolvidas de educação permanente, então seria importante um momento como esse de avaliação para a gente saber, enquanto instituição formadora, onde é que a gente está acertando e o que é que a gente precisa melhorar, para que possamos continuar a participar, em outros momentos, em outras oportunidades com uma qualidade maior (Representante da Instituição formadora).

Os entrevistados apontam que não existe avaliação sistemática das atividades de educação na Policlínica:

Não, de avaliação não, até mesmo porque a proposta de educação continuada ela está tendo um pontapé inicial agora, é que querendo ou não é um setor novo para as comissões, que eu acredito que agora, nesse momento é que vá ser executada as ações planejadas (Representante do Controle Social).

Não, de forma sistematizada não, só escuto, só conversas informais e eu escuto sugestões, às vezes alguns profissionais me procuram e dão alguma sugestão ou algum elogio né, alguma crítica construtiva, que se fizesse de outra forma seria melhor, mais sistematizada como eu gostaria que fosse, que toda a policlínica participasse tivesse envolvimento e que a gente tivesse uma sequência, seria muito mais proveitoso (Trabalhador de Nível Superior 2).

Sobre a existência de fluxos que regulem a educação permanente na Policlínica, o produto tecnológico esperado dessa dissertação, os entrevistados são unânimes quanto à sua ausência e à necessidade de implantação:

Se existem esses fluxos eu desconheço, normalmente quando a gente participa de alguma atividade de educação permanente é por convite, mas eu desconheço essa regulação para educação na Policlínica (Representante Instituição Formadora).

Não de forma sistematizada como eu te falei, mas a gente costuma conversar, primeiro porque nós temos muito abertura com relação a isso né, com relação à exposição de ideias, com relação a conversas, com relação à avaliação informal, mas temos né, então isso acontece devido à dinâmica de trabalho da policlínica, que é um espaço onde nós temos oportunidade de falar, oportunidade de propor é, não de forma sistematizada onde a gente possa pontuar tudo direitinho, escrever, é, deixar tudo realmente documentado na policlínica, isso a gente não tem ainda, mas que a gente tem espaço para conversas e para discussões, nós temos (Trabalhador de Nível Superior 2).

Reitera-se na fala do trabalhador de nível superior o desejo dos funcionários de aproveitarem a abertura oferecida pela instituição para sua participação no processo de decisão estratégica da educação permanente da Policlínica.

Carvalho e Ceccim (2012) enfatizam que o processo de aprendizagem no cotidiano dos serviços e da gestão do cuidado ocorre de maneira dinâmica e imprevisível, levando o profissional de saúde a atuar como protagonista do processo, possibilitando o conhecimento científico, tecnológico e humanístico. A harmonia desse processo permite qualificação aos trabalhadores para desenvolver projetos

terapêuticos, formular e avaliar políticas, coordenar e conduzir sistemas e serviços de saúde, destacando a importância da atuação permanente em equipes multiprofissionais e interdisciplinares, na perspectiva de análise crítica à medicalização e à mercantilização da saúde.

Ainda segundo Carvalho e Ceccim (2012), persistem lacunas relevantes no atual modelo de formação para saúde. Diferentes olhares sobre o SUS mostram as inadequações das atuais práticas educativas, são eles: 1- na percepção dos gestores, a formação acadêmica despendida de modo inapropriado para atuação no SUS, devido ao deficiente comprometimento das universidades com o sistema; 2- para os docentes, a dificuldade encontrada nas unidades de saúde, pois apresentam desarticulação nos processos gerenciais, padecem com a escassez de insumos e oferecem atuação dissociada das equipes multiprofissionais; e 3- na visão dos estudantes, existe tentativa das universidades para praticarem a integralidade, porém não avançam devido às limitações para instituir mudanças na organização dos serviços, como também para agregar os trabalhadores. Nessa conjuntura, o desafio é fomentar práticas educativas que contemplem os significados, sentimentos, valores e necessidades dos atores envolvidos, conduzindo construções democráticas e efetivas, capazes de produzir ações e serviços para a saúde.

Na dimensão do planejamento e gestão em saúde, é essencial reconhecer o caráter ascendente da educação permanente e a centralidade dos municípios, que devem demandar, propor e desenvolver ações de educação permanente combinando necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma políti-

ca proposta para todos os serviços de saúde. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas com o momento e o contexto dos serviços, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

De modo análogo, é importante a articulação e o apoio dos governos estadual e federal aos municípios, buscando responder às suas necessidades e fortalecer suas iniciativas. A referência é mais de apoio, cooperação, qualificação e oferta de diversas iniciativas para diferentes contextos do que a tentativa de regular, formatar e simplificar a diversidade de iniciativas.

A educação permanente em saúde permite a transformação de instituições em que os processos de trabalho, gestão e ensino e aprendizagem são fragmentados em instituições em que todos os atores estão permanentemente aprendendo, pensando, criticando e inovando seu trabalho. Desse modo, consolidando a política de educação permanente e avançando na superação das dificuldades enfrentadas pelo SUS para seu funcionamento efetivo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização deste estudo evidenciou a fragmentação nas ações educativas, a inadequação nas abordagens dos temas propostos, como também a inexistência de fluxogramas operacionais para desenvolvimento de estágios e pesquisas. Na busca de soluções para superação da lógica cartorial do NEPS, foram construídos dispositivos de gestão da educação permanente.

As principais necessidades encontradas para avanço da efetividade da educação permanente em saúde na Policlínica foram: 1- aproximação entre os segmentos do quadrilátero da educação permanente; 2- regulamentação de campos de estágios e pesquisa; e 3- modificação da perspectiva da formação em saúde da lógica pontual para a integral. Reforçando, portanto, a importância da caracterização e fortalecimento de experiências educativas, por meio de consenso e negociação de contrapartidas, reguladas por fluxos operacionais efetivos.

Acredita-se que essa articulação entre diferentes saberes, instituições e atores implica vários desafios operacionais e estratégicos para favorecer a preparação de estudantes e profissionais para uma nova concepção de trabalho em saúde, que ultrapasse a lógica trefista e reconheça os profissionais como sujeitos capazes de participar e contribuir com a proposta de transformação de suas práticas e reorganização do modelo de atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas. *In*: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CARVALHO, Y. M. de; CECCIM, R. B. (Org.). Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. *In*: CAMPOS, G. W. de S. *et al* (Org.). **Tra-tado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 137-170.

CECCIM R. B.; FEUERWERKER L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a **Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

KEMMIS, S.; MCTAGGART, R.; NIXON, Rhonda. **The action research planner: doing critical participatory action research**. Singapura: Springer, 2014. 200 p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes, 2013.



## o ORGANIZADORES

### **José Maria Ximenes Guimarães**

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Mestrado de Mestrado Profissional Ensino na Saúde, da Universidade Estadual do Ceará (UECE), no período 2012-2019. Docente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF, nucleadora UECE. Pesquisador do Grupo de Pesquisa Cuidado Clínico, Saúde Mental e Saúde da Família (GPECCS), da UECE.

### **Carlos Garcia Filho**

Médico. Doutor em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, docente permanente do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - MEPGES da UECE.

### **Erasmus Miessa Ruiz**

Psicólogo. Doutor em Educação. Professor Associado do Colegiado de Medicina da UECE. Docente permanente do Curso de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde - CMEPES da UECE. Pesquisador do Grupo Vida e Trabalho da UECE.

### **Alice Maria Correia Pequeno**

Geóloga. Doutora em Saúde Pública. Docente do Mestrado Profissional Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Professora permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora UECE. Supervisora do Núcleo de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Ceará.

### **Allan Vinícius Martins de Barros**

Graduando em Odontologia pela Universidade de Pernambuco, campus Arcoverde. Bolsista e participante do Grupo de Pesquisa Saúde no Sertão do Moxotó. Arcoverde, Pernambuco.

### **Álvaro Magalhães Cavalcante Pereira**

Nutricionista. Mestre em Nutrição e Saúde. Docente do Curso de Nutrição da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Fortaleza, Ceará.

### **Ana Patrícia Pereira Moraes**

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Docente do Mestrado Profissional Ensino na Saúde - CMEPES e Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família – Rede Nordeste de Saúde da Família - RENASF, ambos na UECE. Fortaleza, Ceará.

### **Ana Ruth Macedo Monteiro**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da UECE. Docente do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE. Fortaleza, Ceará.

### **Ana Suelen Pedroza Cavalcante**

Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará - UFC, campus Sobral. Coordenadora de programas educacionais na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Sobral, Ceará.

### **Antônio Fernandes Filho**

Farmacêutico. Doutor em Farmácia. Professor Adjunto da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, campus Cajazeiras. Cajazeiras, Paraíba.

### **Aretha Feitosa de Araújo**

Enfermeira. Mestra em Ensino na Saúde. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE. Professora da Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN. Juazeiro do Norte, Ceará.

### **Bárbara Cássia de Santana Farias-Santos**

Cirurgiã-dentista. Mestra em Saúde Coletiva. Orientadora Técnica do Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte.

### **Carlos Garcia Filho**

Médico. Doutor em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, docente permanente do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - MEPGES da UECE.

### **Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo**

Enfermeiro. Técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral, Ceará.

**Caroline Moreira Arruda**

Nutricionista. Mestra em Nutrição e Saúde. Docente do Curso de Nutrição da UNIFOR. Fortaleza, Ceará.

**Claudia Maria Fernandes**

Enfermeira. Mestra em Ensino na Saúde. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, campus Cajazeiras, Paraíba.

**David Gomes Araújo Júnior**

Enfermeiro. Docente na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Sobral, Ceará

**Diógenes Farias Gomes**

Enfermeiro. Mestrando em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará - UFC, campus Sobral, Ceará.

**Erasmus Miessa Ruiz**

Psicólogo. Doutor em Educação. Professor Associado do Colegiado de Medicina da UECE. Docente permanente do Curso de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde - CMEPES da UECE. Pesquisador do Grupo Vida e Trabalho da UECE.

**Glaucia Posso Lima**

Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta da UECE. Docente do Mestrado Profissional Ensino na Saúde - CMEPES, UECE. Fortaleza, Ceará.

**Graça Aparecida Cicillini**

Bióloga e Pedagoga. Doutora em Educação. Professora Associada da Faculdade de Educação e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Uberlândia - UFU/MG. Uberlândia, Minas Gerais.

### **Jane Denise Cavalcante Chagas**

Farmacêutica. Mestre em Ensino na Saúde. Farmacêutica do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Maracanaú, Ceará.

### **José Ivo dos Santos Pedrosa**

Médico. Doutor em Saúde Coletiva. Professor Titular de Saúde Pública da Universidade Federal do Piauí - UFPI. Parnaíba, Piauí.

### **José Maria Ximenes Guimarães**

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Mestrado de Mestrado Profissional Ensino na Saúde, da Universidade Estadual do Ceará (UECE), no período 2012-2019. Docente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF, nucleadora UECE. Pesquisador do Grupo de Pesquisa Cuidado Clínico, Saúde Mental e Saúde da Família (GPECCS), da UECE.

### **José Jackson Coelho Sampaio**

Psiquiatra. Doutor em Medicina Preventiva. Professor titular de Saúde Pública da UECE. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE. Fortaleza, Ceará.

### **Lana Carina Viana de Lavor**

Enfermeira. Mestre em Gestão em Saúde. Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Quixelô, Ceará.

### **Lielma Carla Chagas da Silva**

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Docente na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS. Sobral, Ceará.

### **Lucia Conde de Oliveira**

Assistente Social. Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE. Coordenadora do Laboratório de Segurança Social e Serviço Social da UECE – LASSOSS. Fortaleza, Ceará.

### **Márcia Maria Tavares Machado**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Comunitária. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFC. Fortaleza, Ceará.

### **Marcos Aguiar Ribeiro**

Enfermeiro. Especialista em Gestão e Auditoria em Saúde. Mes-trando em Saúde da Família pela UFC, campus Sobral. Coordena-dor Adjunto de Estágios na Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Sobral, Ceará.

### **Maria da Conceição Coelho Brito**

Enfermeira. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Cui-dados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará - UECE. Fortaleza, Ceará.

### **Maria de Fátima Antero Sousa Machado**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Mestrado Pro-fissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF, nucleadora Fundação Oswaldo Cruz, Ceará. Eusébio, Ceará.

### **Maria do Socorro de Sousa**

Pedagoga. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Mes-trado Profissional Ensino na Saúde da UECE. Fortaleza, Ceará.

### **Maria Iara de Sousa Rodrigues**

Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. Docente do Centro Universitário Christus – Unichristus. Fortaleza, Ceará.

### **Maria Idalice Silva Barbosa**

Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva. Assessora do Núcleo de Educação Permanente da Prefeitura Municipal de Caucaia, Ceará.

### **Maria Marlene Marques Ávila**

Nutricionista. Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Professora Associada do Curso de Nutrição da UECE. Docente do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE. Fortaleza, Ceará.

### **Maria Socorro de Araújo Dias**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela RE-NASF, nucleadora UVA, Sobral, Ceará.

### **Maristela Inês Osawa Vasconcelos**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela RE-NASF, nucleadora UVA, Sobral, Ceará.

### **Moacir Cymrot**

Médico. Doutor em Cirurgia Plástica. Professor Associado do Curso de Medicina da UECE. Fortaleza, Ceará.

### **Pedro Henrique Sette-de-Souza**

Cirurgião-dentista. Mestre em Odontologia. Professor Assistente da Universidade de Pernambuco, campus Arcoverde. Pesquisador do Grupo de Pesquisa Saúde no Sertão do Moxotó. Arcoverde, Pernambuco.

### **Salustiana Alves Barbosa Neta**

Enfermeira. Mestra em Ensino na Saúde. Professora do Curso Técnico de Enfermagem Integrado ao Ensino Médio da Secretaria de Educação do Estado do Ceará - SEDUC. Fortaleza, Ceará.

### **Sandra Costa Lima**

Assistente Social. Mestra em Políticas Públicas e Sociedade. Doutoranda em Saúde Coletiva/UECE. Pesquisadora do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social da UECE. Fortaleza, Ceará.

### **Silvana Rodrigues da Silva**

Enfermeira. Doutora em Educação. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP. Macapá, Amapá.

### **Suênia Évelyn Simplício Teixeira**

Enfermeira. Bolsista de Iniciação Científica e Tecnológica da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP (2016-2017) pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Sobral, Ceará.

### **Wilson Eduardo Cavalcante Chagas**

Psiquiatra. Mestre em Ensino na Saúde. Professor Assistente da UFCG. Cajazeiras, Paraíba.

### **Zaira Arthemisa Mesquita Araújo**

Psicóloga. Mestra em Ciências e Saúde. Docente da Universidade Estadual do Piauí. Teresina, Piauí.