



**Universidade Federal de Juiz de Fora**  
*Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*  
*Mestrado Acadêmico*

GABRIELA GUERRA GONZE

A INTEGRALIDADE NA FORMAÇÃO DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE: tecendo saberes e práticas

JUIZ DE FORA  
2009

GABRIELA GUERRA GONZE

**A INTEGRALIDADE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: tecendo  
saberes e práticas**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de  
Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do  
título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Girlene Alves da Silva

JUIZ DE FORA  
2009

Gonze, Gabriela Guerra

A integralidade na formação dos profissionais de saúde:  
tecendo saberes e práticas / Gabriela Guerra Gonze. -- 2009.  
158 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade  
Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

1. Assistência à saúde. 2. Capacitação de recursos  
humanos em saúde. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). I.  
Titulo

CDU 616-082

GABRIELA GUERRA GONZE

**A INTEGRALIDADE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: tecendo  
saberes e práticas**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de  
Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do  
título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 10/03/2009

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Girlene Alves da Silva - Orientadora  
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Túlio Batista Franco - 1<sup>o</sup> examinador  
Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Denise Barbosa de Castro Friedrich - 2<sup>a</sup> examinadora  
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Marcos de Souza Freitas – Suplente  
Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade  
Federal de Juiz de Fora

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elisabete Pimenta Araújo Paz – Suplente  
Departamento de Enfermagem e Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem  
Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dedico esse trabalho ao pequeno grande Lucas; uma presença que me impulsiona a não desistir de meus sonhos.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à UFJF, exemplo de ensino público de qualidade, que desde a graduação despertou em mim o desejo de aprender a aprender. Mais uma vez agradeço pela qualidade de minha formação acadêmica. Até a próxima...

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.

Aos professores do Mestrado de Saúde Coletiva, com afeto e gratidão, em especial às professoras Maria Teresa Bustamante Teixeira e Isabel Cristina Gonçalves Leite pela oportunidade.

Aos colegas de Mestrado, TURMA 2007, pela feliz convivência.

A todos os funcionários e colaboradores do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES) pelo apoio.

Aos acadêmicos do Projeto Assistência Integrada da Pediatria do Hospital Universitário da UFJF pela inspiração.

A todos os sujeitos da pesquisa que concordaram em contribuir para a realização do estudo e me deram a oportunidade de entender que sala de aula é mais do que quatro paredes; é lição de vida.

Às psicólogas Maria Stella T. Filgueiras, pelo constante incentivo, Ivalda D. F. Ribeiro, presença fiel desde os tempos de graduação e Lúcia C. Britto, pela incansável generosidade. De aluna/estagiária/residente passo a colega de trabalho com muito orgulho. Obrigada pelo carinho e confiança!

À Vânia Pinheiro Sousa e Regina Meirelles pela leitura criteriosa.

Aos professores Túlio Batista Franco, Denise Barbosa de Castro Friedrich, Marcos de Souza Freitas e Elisabete Pimenta Araújo Paz por aceitarem prontamente a tarefa de avaliar o presente trabalho.

À professora Girlene Alves da Silva, exemplo de paixão pela vida acadêmica, que apostou na relevância do estudo e aceitou a parceria com tamanha competência e talento para cultivar desejos e potencialidades.

Aos meus pais pelo apoio indispensável.

## RESUMO

A integralidade da assistência, um dos princípios doutrinários do sistema de saúde brasileiro, constitui-se como uma das principais formas de se alcançar uma assistência de qualidade e humanizada. É dever do Sistema Único de Saúde ordenar a formação de recursos humanos na saúde e, por isso, a integração entre os campos da Saúde e Educação se faz necessária para conquistar a formação de profissionais verdadeiramente comprometidos com as demandas das comunidades. O presente trabalho tem por objetivo analisar a percepção dos professores dos cursos de graduação que formam profissionais de saúde na Universidade Federal de Juiz de Fora sobre a formação orientada pela integralidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual foi utilizada a técnica da entrevista semi-estruturada com docentes dos referidos cursos. Como estratégia de análise dos dados propomos a modalidade de análise temática. As categorias analisadas no estudo foram: as orientações dos Ministérios da Educação e da Saúde como norteadoras da formação em saúde; os currículos: diálogos entre passado e presente; os princípios do Sistema Único de Saúde orientando a formação. Os resultados do estudo apontam que os docentes expressam um envolvimento com as propostas da reforma curricular, no sentido da incorporação dos valores da Reforma Sanitária Brasileira, no contexto das mudanças necessárias na formação em saúde.

**Palavras-chave:** Assistência à Saúde. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

The integral healthcare, one of the doctrinal principles of the Brazilian health care system, establishes one of the main ways to reach high-quality and humanized care. The Single Health System must command the training of human resources in the health area. Therefore, the integration between Health and Education fields become necessary in order to attain the training of professionals really committed to the communities' needs. The present work aims to make an analysis of the perception of teachers who are involved in undergraduate courses that train health professionals at Universidade Federal de Juiz de Fora, when it comes to integrity-oriented training. It's a qualitative research, in which the semi-structured interview technique with teachers from the related courses was used. The thematic analysis is suggested as the data analysis method. These are the categories which have been analyzed in the study: the recommendations set by the Ministries of Education and Health as guidelines for health training; the curriculum - dialogues between the past and the present; the principles of the Single Health System guiding the training. The study results indicate that the teachers express an involvement with the proposals of the curricular reform, in the sense of the incorporation of the Brazilian Health Reform values, in the context of the health training necessary changes.

Key-Words: Delivery of Health Care. Health Human Resource Training. Single Health System.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2</b>	<b>O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: O SUS e seus antecedentes históricos.....</b>	<b>16</b>
2.1	O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO AO LONGO DE SUA EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....	16
2.2	O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA.....	19
2.3	A CRIAÇÃO DO SUS.....	25
<b>3</b>	<b>INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....</b>	<b>32</b>
3.1	OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE.....	32
3.2	INTEGRALIDADE NO USO DAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE.....	39
<b>4</b>	<b>SAÚDE E EDUCAÇÃO.....</b>	<b>52</b>
4.1	HISTÓRICO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL.....	52
4.2	DOCUMENTOS NORTEADORES DA REFORMA CURRICULAR NOS CURSOS DA SAÚDE.....	56
4.3	INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE: INTEGRANDO SABERES.....	65
4.4	NOVAS EXIGÊNCIAS NA FORMAÇÃO: APROXIMANDO UNIVERSIDADE E SUS.....	70
<b>5</b>	<b>CAMINHO METÓDICO DO ESTUDO.....</b>	<b>81</b>
5.1	TIPO DE PESQUISA.....	81
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	82
5.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	83
5.4	ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS.....	85
5.5	ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DOS DADOS.....	88
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>91</b>
6.1	AS ORIENTAÇÕES DOS MINISTÉRIOS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE COMO NORTEADORAS PARA FORMAÇÃO NA SAÚDE: APROXIMANDO CONCEITOS E PERCEPÇÕES.....	93
6.1.1	<b>Documentos norteadores para formação em saúde: as políticas dos Ministérios da Educação e da Saúde.....</b>	<b>93</b>
6.1.2	<b>Os objetivos das Diretrizes Curriculares a partir dos discursos docentes: uma reflexão sobre formar para a sociedade.....</b>	<b>97</b>
6.2	OS CURRÍCULOS: DIÁLOGOS ENTRE PASSADO E PRESENTE.....	110
6.2.1	<b>Currículo desorganizado.....</b>	<b>110</b>
6.2.2	<b>Currículo organizado – ensino, pesquisa e extensão.....</b>	<b>112</b>
6.2.3	<b>Possibilidades e desafios diante do currículo em curso.....</b>	<b>116</b>
6.3	OS PRINCÍPIOS DO SUS ORIENTANDO A FORMAÇÃO.....	130
6.3.1	<b>Universalidade e equidade nos discursos docentes.....</b>	<b>130</b>
6.3.2	<b>Integralidade nos discursos docentes.....</b>	<b>132</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>137</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>143</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>153</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>158</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A integralidade é um dos princípios doutrinários do sistema de saúde brasileiro e sua prática é discutida por diversos autores da área da saúde, dentre os quais destacamos Ceccim e Feuerwerker (2004a), Cecílio (2001) e Mattos (2001), como uma estratégia para a concretização de uma assistência voltada para as reais necessidades da população.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 delinea o Sistema Único de Saúde (SUS) e propõe o atendimento integral como uma de suas diretrizes (BRASIL, 1988). Legalmente, a integralidade é definida como: conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990a).

Porém, a integralidade se tornou mais do que uma diretriz do SUS; ela está relacionada a características desejáveis do sistema de saúde brasileiro, aos objetivos dos profissionais reformadores, enfim, a um conjunto de valores (MATTOS, 2001). Abordar o tema integralidade envolve outros conceitos, tais como universalidade e equidade que traduzem os ideais da Reforma Sanitária Brasileira (CECÍLIO, 2001).

Sabemos que a formação atual ainda tem um predomínio do modelo biomédico. Trata-se de uma concepção de saúde atrelada ao cuidado do órgão doente em detrimento de uma abordagem do sujeito em sua singularidade. Disso decorre uma assistência tecnicista e fragmentada, o que é alvo de críticas oriundas do campo da Saúde Coletiva.

Destacam-se, no início do século XX, as propostas de Abraham Flexner de reformulação das escolas médicas americanas, que tiveram repercussões internacionais e influenciam o ensino médico até hoje. Trata-se de um modelo que pressupõe uma especialização excessiva, busca por avanço tecnológico e conseqüente desumanização do ensino e prática profissional (RONZANI; RIBEIRO, 2003).

A partir de meados do século XX, trabalhadores e autoridades do mundo inteiro expressam a necessidade de reformas estruturais no campo da saúde. Nesse contexto, esta passa a ser compreendida de forma ampla, ou seja, relacionada ao bem-estar e qualidade de vida e não à mera ausência de doenças. As ações em saúde visam não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida (BUSS, 2000).

A nosso ver, com a tentativa de concretização das propostas da assistência ampliada à saúde, observa-se a crescente participação de profissões antes não existentes no âmbito do setor saúde. No passado, a atuação de médicos e enfermeiros supria a demanda dos

atendimentos. Hoje, observamos a atuação de assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, dentre outras categorias concebidas como profissionais de saúde.

Cabe destacar que o Conselho Nacional de Saúde, através das resoluções nº 218/97 e nº 287/98, reconheceu as 14<sup>1</sup> profissões da saúde, a saber: Assistentes Sociais, Biólogos, Biomédicos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais. Tais documentos representaram um avanço para os profissionais da saúde, já que incluem oficialmente a participação de profissões não tradicionalmente atuantes no setor, além de reconhecer a importância da interdisciplinaridade no trabalho em saúde. Assim, o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção (BRASIL, 1997,1998).

Como vimos, embora a resolução apresente perspectivas de mudanças, é preciso compreender que não basta o reconhecimento dessas profissões; é necessário que haja uma formação voltada para as demandas da saúde e para o trabalho interdisciplinar. Para tanto, os conteúdos curriculares também devem ser revistos a fim de que teoria e prática não se distanciem, ou seja, a universidade deve estar preparada para capacitar seus alunos no sentido de atender às necessidades de saúde da população. É o que afirmam vários autores que convergem suas discussões para a defesa de uma formação também ampliada para atender o campo da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; MATTOS, 2001; RONZANI; RIBEIRO, 2003; SOUZA, 1999).

Assim, a formação do profissional de saúde deve levar em conta a interação entre todas as profissões a fim de contemplar as novas concepções da política de saúde brasileira, sobretudo no que tange ao princípio da integralidade. Como sustenta Souza (1999, p.13):

A resolução que reconhece as 14 profissões da área da saúde, implicitamente, indicou a necessidade de pesquisa na compreensão da Interdisciplinaridade, fundamentando conceitos que possam solidificar o trabalho, que, apesar de realizado num mesmo espaço institucional, continua fragmentado, com ações que reproduzem a dicotomia diferindo da proposta de integralidade, base da atual concepção de saúde. O texto Constitucional e o da Resolução 218/CNS se complementam e trazem uma direção a ser tomada, no sentido de checar a formação necessária dos atuais profissionais de saúde para corresponder às novas concepções contidas na política de saúde.

---

<sup>1</sup> A resolução nº 287/98 inclui os profissionais biomédicos às 13 demais profissões já afirmadas na resolução anterior, totalizando 14 profissões de saúde.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, Lei n.8.080/90, afirmam que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde e, segundo o Ministério da Saúde, a integração entre ensino e serviço constitui-se como o eixo estruturante da política de formação de recursos humanos na saúde (BRASIL, 1988, 1990a).

Portanto, se a integralidade da atenção deve ser um princípio norteador das políticas de saúde e a formação para a área uma responsabilidade do SUS, cabe relacionarmos ambas as questões, partindo da premissa de que uma maneira de formar profissionais voltados para a realidade do SUS, bem como para seu ideário, é voltar a formação para o princípio da integralidade.

No campo da Educação, podemos relacionar algumas reformas que visam formar o aluno da graduação para a realidade do mercado de trabalho, com capacidade reflexiva e participativa. Em 1996, o Ministério da Educação lança as Leis de Diretrizes e Bases da Educação, a LDB, demonstrando preocupação com a formação voltada para a realidade da sociedade brasileira (BRASIL, 1996). Já em 2001, destacam-se as Orientações para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação, onde se enfatiza uma formação que articule teoria e prática (BRASIL, 2001a). A partir deste ano, são lançadas as Diretrizes para os Cursos da Saúde, com descrição do perfil desejado do formando, bem como suas competências e habilidades para atuação na realidade do mercado de trabalho, no âmbito do ideário da Reforma Sanitária Brasileira.

A partir da ampliação da assistência à saúde, há a necessidade de incorporação de novas disciplinas na formação desses profissionais. Se a saúde é concebida de forma ampliada, ampliar-se-iam também as possibilidades de abordagem do sujeito doente e do sujeito saudável. Para tanto, além da inserção de novas categorias profissionais, faz-se necessária a inclusão de profissionais abertos às novas propostas assistenciais.

E para que os profissionais sejam formados para atender aos diversos tipos de demandas da população, ou seja, para a busca da integralidade da assistência, é preciso que todas as tecnologias sejam valorizadas pelas universidades. Para tanto, faz-se necessário a união de esforços, tanto das universidades quanto do sistema de saúde que é o espaço onde as necessidades da população emergem, para o investimento na qualidade da formação dos profissionais de saúde.

Merhy (1999, 2005, 2006), ao longo de sua produção, realiza uma discussão sobre as tecnologias empregadas na saúde, propondo a valorização daquelas que não estão diretamente relacionadas às máquinas e equipamentos, o que é supervalorizado pelo modelo

biomédico. Trata-se de uma reflexão importante sobre as mudanças no campo da assistência à saúde, bem como sobre a necessidade de formação do profissional que considere a tecnologia das relações, assunto detalhado mais adiante.

Partindo da premissa de que um saber não exclui o outro, a formação do profissional de saúde deve incluir desenvolvimento de certas habilidades e competências que o preparem para as relações pessoais, a formação de vínculos e a convivência humanizada com os pacientes e com a equipe de saúde, lembrando que o vínculo pode ser peça-chave no restabelecimento da saúde, pois envolve aposta no tratamento, fortalecimento da auto-estima e participação ativa do paciente. Enfim, trata-se de desenvolver as tecnologias relacionadas aos vínculos, intrínsecas a cada estudante.

O aluno é preparado, ao longo de seu percurso universitário, para a prática profissional; recebe informações teórico-práticas acumulativas, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento das capacidades necessárias para lidar com situações de saúde. Mas, quando ele conclui sua formação e entra no mercado, depara-se com seu paciente que lhe pede ajuda para solucionar um problema de saúde. A sós, profissional e paciente, sem a presença de qualquer professor, há uma tarefa a cumprir: desvendar um diagnóstico, dispendo de recursos como a memória sobre o conhecimento técnico-científico adquirido e as decisões que só cabem a ele naquele momento. Podemos imaginar que o profissional entra numa sala de atendimento sozinho com seu conhecimento. Não há livros, aulas, apostilas à mão; o profissional conta com ele mesmo. Por isso, o momento da formação é fundamental para a aprendizagem das habilidades que serão exigidas ao futuro profissional, o que inclui a capacitação para o uso de todo tipo de tecnologia que a saúde exige.

O ensino de graduação na saúde tem uma tradição centrada em conteúdos e numa pedagogia da transmissão, de desconexão entre temas, desvinculação entre ensino, pesquisa e extensão, predominando um formato enciclopédico e uma orientação pela doença e reabilitação (CARVALHO; CECCIM, 2007). Os autores ainda afirmam que tal modelo não está voltado para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade, onde se inclui o enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde.

Na universidade moderna, o saber foi organizado em disciplinas e departamentos, dando origem às especialidades que dificultam as práticas interdisciplinares. Assim, a fragmentação funciona como um modo de organizar teoria e prática. Os autores destacam, ainda, alguns aspectos fundamentais para profissionais “pensantes”: criatividade, flexibilidade e integração dos conhecimentos. Tudo isso deveria ser o objetivo da universidade (op. cit.).

O modelo pedagógico hegemônico de ensino na saúde é centrado em conteúdos, organizado de forma compartimentada e isolada, fragmentando o indivíduo em especialidades da clínica, com aprendizagem centrada no hospital universitário. Na abordagem clássica da formação em saúde, o ensino é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos e equipamentos auxiliares do diagnóstico, desconhecendo os modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Pierantoni (2001) ressalta o distanciamento do setor educacional das discussões das reformas no setor saúde, o que acarreta uma inviabilidade para os modelos propostos, ou seja, a inadequada formação de profissionais tem sido um obstáculo para as mudanças no modelo assistencial, já que os cursos de graduação e pós-graduação não formam o aluno para as necessidades do SUS. A autora afirma que as instituições formadoras ainda se baseiam no conhecimento da tecnologia de alta complexidade e nas especialidades, perpetuando modelos tradicionais de seleção de conteúdos.

A singularidade do processo de ensino-aprendizagem na escola médica reveste-se de uma característica que expressa, de imediato, a conexão da docência/prática clínica com o trabalho. Nesse momento, além da interação professor-aluno, há o paciente, ou seja, além da questão do conhecimento puramente teórico, estamos diante da presença de uma prática que contém muitas dimensões: técnicas, políticas e ideológicas, que se definem socialmente (PIERANTONI, 2001).

Sobre o distanciamento entre graduação/ensino e realidade do sistema de saúde, Guizardi e outros (2006, p.155) afirmam:

Essa discussão, segundo nossa perspectiva, concerne à necessidade de que as instituições tenham como elemento fundamental dessa aproximação o exercício da crítica de seus próprios territórios institucionais, como condição para a produção coletiva de novos espaços e práticas de cuidado e gestão e de formação em saúde orientados para a integralidade.

A interação ensino-trabalho pode ser produtiva e transformadora. Quando o cotidiano dos serviços não é levado à universidade, ocorre a restrição do olhar sobre o sistema de saúde como espaço também legítimo de produção de saberes e práticas inovadoras na construção da integralidade. “Colocamos, então, o convite para que o encontro entre ensino e trabalho seja olhado no que pode surgir como criação a partir dele, sem que isso implique desconsiderar as especificidades desses territórios institucionais” (op. cit., p.176).

Assim, a universidade pode continuar representando sua excelente vocação para produção de conhecimento, mesmo que ele seja também construído no espaço maior para sua aplicação, o serviço. Em outras palavras, se o conhecimento existe para beneficiar o paciente (o alvo do conhecimento), deve ser produzido com a contribuição desse paciente e a cultura que o envolve. Portanto, faz-se necessário o diálogo entre universidade e os serviços de saúde. Um saber não exclui o outro. À medida que ao setor da educação cabe o desenvolvimento dos educandos, à saúde cabe contribuir para que a educação se vincule ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde. Se é dever do Estado ordenar a formação para a área da saúde, então essa formação deve ter coerência com as diretrizes constitucionais.

Cabe à Saúde Coletiva propor outros modos de pensar a formação e a educação em saúde em/com uma visão ampliada de seu campo para potencializarmos a mudança no quadro atual, que não se restringe a conhecimento técnico; relaciona-se a questões de projeto de vida, liberdade, felicidade, etc... (CARVALHO; CECCIM, 2007).

A universidade possui um papel fundamental na discussão sobre a melhoria das condições de saúde da população, já que a mesma participa da produção do conhecimento que será empregado na promoção, cura e reabilitação. Sabemos que a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), instituição reconhecida nacionalmente, tem uma crescente preocupação com a qualidade da formação de seus alunos e está atenta para a necessária reforma curricular. Além disso, demonstra interesse em aliar ensino, pesquisa e extensão, na busca do conhecimento inserido na realidade das comunidades.

No contexto da discussão sobre a formação dos profissionais de saúde, Faria (2000) salienta a preocupação da UFJF sobre a modernização do currículo e adequação do ensino ao modelo de saúde relacionado ao bem-estar e articulação entre diversas áreas de conhecimento. Segundo o autor, a UFJF deseja que a discussão sobre a formação de recursos humanos para a saúde estimule definições que envolvam o questionamento acerca de que modelo de saúde atenderia às necessidades da população brasileira.

As perspectivas de mudanças no campo da formação da área da saúde nos impulsionam a fazer alguns questionamentos, tais como: de que forma se dá o ensino de um novo modelo de atenção à saúde? Nos dias atuais, já é possível detectar mudanças na proposta desse novo paradigma na formação dos profissionais de saúde? O SUS tem influenciado a maneira de formar?

Pesquisar como está a reorganização curricular dos cursos que formam futuros profissionais de saúde<sup>2</sup> pode ser uma forma de investigação de uma situação que refletirá no futuro das novas gerações de profissionais. Sabemos que, por um lado, os profissionais que vivenciaram uma formação tradicional não tiveram oportunidades de serem apresentados a essa visão ampliada de saúde. Por outro lado, os novos e futuros profissionais estariam sendo influenciados pela visão ampliada. É o que pretendemos investigar no âmbito da Universidade Federal de Juiz de Fora.

A fim de pesquisarmos uma experiência de formação de profissionais de saúde, cabe investigarmos as iniciativas da UFJF em relação aos cursos de graduação que formarão esses profissionais. Portanto, as inquietações presentes no cotidiano das ações em saúde, no que tange à formação dos profissionais, motivam-nos a propor o estudo que tem como objeto a integralidade da assistência nos currículos dos cursos de graduação que formam profissionais da saúde na UFJF. O objetivo do estudo é analisar a percepção dos professores dos cursos de graduação que formam profissionais da saúde na UFJF sobre a formação orientada pela integralidade.

Acreditamos que esse estudo possa contribuir para o campo da Saúde Coletiva, pois se trata da possibilidade de investigarmos as mudanças de paradigma na formação para a área da saúde, tomando como eixo a análise das ações realizadas na estrutura curricular que incorporam a integralidade como a real possibilidade de cuidado em saúde.

Para organizar a apresentação da dissertação, optamos pela seguinte estruturação: A presente sessão (primeira) se refere à introdução do trabalho. Na segunda sessão, realizamos uma revisão da literatura sobre o SUS.

Na terceira sessão, abordaremos o princípio da integralidade no contexto das novas exigências assistenciais oriundas do conceito ampliado de saúde. A quarta sessão refere-se aos documentos que tratam do princípio da integralidade no contexto do ensino da saúde. Nesse momento, buscamos aproximações entre os campos da Saúde e da Educação.

A metodologia utilizada no estudo é objeto da quinta sessão. A sexta sessão será destinada à apresentação e discussão dos resultados e, na sétima sessão, apresentaremos nossas considerações finais.

---

<sup>2</sup> No presente estudo, serão considerados os profissionais da saúde conforme resolução 287/98 do Conselho Nacional de Saúde já exposta. Assim, não se trata de Cursos da Saúde e sim Cursos que formam profissionais da área da Saúde.

## **2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: O SUS e seus antecedentes históricos**

O SUS é um sistema de saúde construído a partir da luta por melhores condições de assistência à população e seu ideário envolve a ampliação da concepção de saúde e a crítica ao modelo médico-curativo hegemônico vigente até os dias atuais. A criação do SUS encontra-se no âmbito de movimentos internacionais que propuseram mudanças profundas no modo de abordar a saúde humana, questão que passa a ser investigada de forma mais complexa e ampliada a partir de então.

Abordar os avanços e desafios da Reforma Sanitária Brasileira envolve a discussão sobre os entraves históricos do SUS e a formação dos recursos humanos para o mercado da saúde. Trata-se do contexto da influência do paradigma biomédico ao longo da luta por mudanças na assistência à saúde, bem como o papel da universidade no modo de abordar o processo saúde-doença. Defendemos a idéia de melhora nos dispositivos assistenciais a partir da participação da universidade nas mudanças necessárias no sistema de saúde. Para tanto, é preciso que haja uma aproximação do meio acadêmico, o setor educacional, à realidade das populações brasileiras.

A garantia do direito à saúde, a partir da Constituição brasileira vigente traz ao cidadão brasileiro uma proteção inédita por parte do Estado. Tal garantia foi instituída somente a partir de 1988 e a história do país registrava uma realidade bem diferente desta que ora presenciamos. Nesse sentido, cabe retomarmos os acontecimentos que antecederam o SUS, a fim de esclarecermos os avanços trazidos por sua criação.

### **2.1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO AO LONGO DE SUA EVOLUÇÃO HISTÓRICA**

No início do século XX, fase do começo da era republicana, a sociedade brasileira passa pela constituição do estado burguês, baseada nas dominações exercidas pelas oligarquias estaduais e pelo predomínio da exportação cafeeira. No campo da saúde pública, destaca-se a atuação de Osvaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e Emílio Ribas, em São Paulo. Tais sanitaristas foram influenciados pela teoria bacteriológica de Pasteur, considerada como a mais adequada para organizar o conjunto das ações no campo da saúde. “O conjunto de suas

ações resumia-se às intervenções de saneamento do meio, vacinações em massa, isolamento dos doentes com a ação da polícia sanitária e, no plano curativo, ações emergenciais com soros ou equivalentes” (MERHY, 2006, p.203). Os principais meios de efetivação das medidas de saúde pública eram as campanhas e a polícia sanitária.

A década de 1920 caracteriza-se por uma conjuntura política agitada; observa-se a constituição de agrupamentos urbanos a partir do complexo agro exportador nas principais regiões do país. É um período de crescimento econômico do complexo cafeeiro e do processo de industrialização. Na política de saúde da época, surge a crítica à ineficácia do modelo anterior diante dos novos problemas da população como a saúde das crianças e dos trabalhadores. Nesse contexto, só a Higiene e a Educação Sanitária poderiam responder cientificamente aos problemas da época (MERHY, 2006).

Em 1923, destaca-se a legislação previdenciária quando são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões. A partir de 1930, elas se transformam em Institutos não mais organizados por empresas, mas por segmentos dos assalariados segundo o setor econômico em que estavam inseridos. Em ambos os casos, os benefícios a que os trabalhadores tinham direito correspondiam a: aposentadoria e pensão e assistência médica. O acesso a esses benefícios era vinculado, até 1930, somente à contribuição compulsória do empregado e do empregador, complementada pelo Estado. A partir de 1930, acrescenta-se o vínculo com a legislação trabalhista, que significava a inserção do trabalhador no mercado formal de trabalho (COHN, 2007).

Portanto, a assistência médica era previdenciária para os segmentos assalariados urbanos da população brasileira, cabendo ao Estado, na área da saúde, ações da clássica Saúde Pública. Os pobres eram atendidos pelos hospitais filantrópicos, as Santas Casas e as classes dominantes tinham acesso aos melhores médicos e tratamentos no exterior (op. cit.).

Conh (2007) enumera implicações dessas características: um sistema de saúde dual, um para os assalariados do mercado formal e outro para os não assalariados, além do liberal para aqueles com acesso à assistência médica; tradição de política de saúde centralizada e verticalizada; direito à saúde entendido como direito do trabalhador formal e não de cidadania; setor privado como prestador de serviços, que teve suas origens em torno de 1920; os Institutos de Aposentadoria e Pensões não tinham infra-estrutura suficiente tendo que comprar serviços privados; distribuição desigual de equipamentos de saúde concentrados nas áreas geográficas mais ricas; modelo hospitalocêntrico; divisão e dualidade sobre a implementação de políticas de saúde no país; herança de um setor privado de assistência médica.

De acordo com Merhy (2006, p.207): “Durante a fase de transição de 1930 a 1937, a saúde pública praticamente se reduziu à atuação campanhista pelo conjunto do país, como se perseguisse a tomada de posse do espaço geográfico nacional”. Trata-se de um período no qual houve a expansão das questões sociais no que tange à previdência social, viabilizando a construção de serviços médicos previdenciários. Destaca-se a reforma federal de 1937 e a criação dos Departamentos Nacionais de combate aos problemas específicos como malária, febre amarela e crianças desnutridas.

Na década de 1940, em plena guerra, o governo brasileiro, em convênio com o americano, estrutura o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que, segundo Merhy (2006), é um dos marcadores do desenvolvimento das instituições de saúde pública no país. Nesse contexto, as bases científicas para atuação no setor saúde eram o campo da higiene do meio e do indivíduo e o processo educacional de produção das consciências.

Assim, a Medicina, cujo objetivo era curar, era uma questão secundária sendo entendida como campo distinto da saúde pública, cujo objetivo era prevenir e promover. “O modelo tecno-assistencial centrou-se na construção de serviços permanentes de saúde pública: os centros de saúde e os postos, de modo regionalizado, de caráter público e comandados por especialistas - os sanitaristas em *full time*” (MERHY, 2006, p.207).

O SESP, cuja atuação baseou-se na criação de postos de saúde permanentes em várias regiões do país, tinha em vista uma organização regionalizada e hierarquizada que formasse uma rede básica de serviços de saúde pública. As atuações se davam a partir de atividades programadas que associavam controle de doenças contagiosas, diagnóstico precoce e prevenção, educação sanitária e atividade de higiene e organização científica. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde e, em 1956, o Departamento de Endemias Rurais, frutos das experiências do SESP e das ações do Serviço Nacional de Combate à Malária (MERHY, 2006).

As décadas de 1950 e 1960 foram marcadas por duas grandes linhas: uma que pregava a necessidade de investir, cada vez mais, em serviços de saúde para melhorar a saúde do povo e outra que via a necessidade de investir em melhoria das condições gerais de vida que determinariam uma melhora do perfil dos vários grupos sociais como consequência (op. cit.).

A década de 1960 é marcada pelo fechamento do ciclo econômico iniciado com Getúlio Vargas. O aumento da miséria e a piora das condições de saúde da população sinalizam a ineficiência da dicotomia das ações preventivas e curativas. No governo militar,

houve uma intensificação da separação entre o campo da assistência médica e o da saúde pública e um sucateamento do setor público associado às ações sanitárias (op. cit.).

Na década de 1970, o perfil da população transformou-se em essencialmente industrial e urbano, com desigualdades sociais marcantes. A crise do milagre brasileiro e o início do governo Geisel marcam as políticas sociais da época. Em 1974, o Governo Federal reorganizou a estrutura institucional do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), dando maior centralização de comando. No final da década já se viam projetos que buscavam uma ação mais integradora entre o MPAS e os outros serviços públicos, com mais controle sobre o setor privado e um maior investimento na rede pública (MERHY, 2006).

## 2.2 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA

A partir de meados do século XX, surge uma preocupação mundial em produzir transformações no modelo de saúde curativo. Tal fato repercutiu em diversas conferências internacionais sobre saúde, envolvendo educação, justiça social, entre outros temas incorporados à discussão sobre reformas no campo da saúde entendidas como fundamentais para a ampliação da concepção saúde-adoecimento. Trata-se de um movimento conhecido como Reforma Sanitária que envolveu profissionais de saúde, autoridades, intelectuais e a população. No Brasil, tal movimento originou a criação do SUS.

A chamada Medicina Preventiva constitui-se como um embrião das mudanças desejadas pela Reforma Sanitária. Trata-se de um movimento que contestou a prática médica voltada apenas para a cura das doenças. A Medicina Preventiva seria uma evolução da Higiene, relacionada a tratar da saúde para evitar a doença (AROUCA, 2003).

No Brasil, os primeiros Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) foram criados na década de 1950, na Faculdade Paulista de Medicina e na de Ribeirão Preto. Segundo Escorel, Nascimento e Edler (2005), os DMP constituíram a base institucional que produziu conhecimentos sobre a saúde da população e as práticas sanitárias. Esse novo campo de especialidade médica teria influenciado o movimento sanitário que buscava conciliar produção do conhecimento e prática política, além do envolvimento com organizações da sociedade civil e a democratização do país.

O Movimento Preventivista contesta a prática médica em vários níveis, conforme destaca Arouca (2003). Contesta a ineficiência da prática médica centralizada na intervenção

terapêutica, descuidando-se da prevenção; a crescente especialização da Medicina, o que teria prejudicado o humanismo médico; o enfoque predominantemente biológico; o individualismo curativo, gerando o esquecimento dos reais problemas de saúde da população; educação médica voltada para a ideologia curativa.

A Medicina Preventiva, entendida como uma nova atitude, penetra em uma nova dimensão: a da educação médica. E é no estudante que se devem incorporar essas atitudes para que elas se reflitam na prática. Desconhecendo as barreiras das especialidades, a Medicina Preventiva preparou o solo para o desenvolvimento da educação médica: questionou características dos formandos, atribuiu a ausência da conduta preventivista ao funcionamento e organização do próprio ensino, estabeleceu como estratégia a integração departamental, definiu a inadequação do ensino médico (AROUCA, 2003).

Destacam-se, também, os programas de medicina comunitária que propõem a desmedicalização da sociedade, com programas alternativos de autocuidado da saúde, com atenção primária realizada por pessoal não-profissional e a valorização da medicina tradicional. No Brasil, os programas que aplicaram as teses da medicina comunitária (desmedicalização, autocuidado de saúde, atenção primária realizada por não-profissionais, revitalização da medicina tradicional e emprego de tecnologia apropriada), vincularam-se aos DMP. Numa primeira fase, os projetos de medicina comunitária pretendiam propiciar ao estudante uma visão extramuros, extra-hospitalar, mais integral (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Esse ambiente de questionamentos em torno da prática médica caracterizou-se pela revisão crítica da teoria preventivista. Delimitou-se teoricamente o campo da saúde coletiva que colocou como foco de estudo o processo saúde doença no contexto da coletividade. A realidade sanitária passa a ser relacionada à intervenção política (op. cit.).

Portanto, o movimento sanitário entendido como ideológico e atrelado a uma prática política constituiu-se a partir dos DMP. No contexto da política de saúde adotada pelos governos militares caracterizada pela medicina de cunho individual e assistencialista em detrimento de ações de saúde coletiva, esse modelo de movimento sanitário atuou como força política construída a partir de propostas contestatórias ao regime. Escorel, Nascimento e Edler (2005, p.68) sustentam que:

Constituído principalmente por médicos e intelectuais de formação comunista, socialista e liberal, e originado nos DMP das faculdades de medicina, o movimento sanitário influenciou o mundo acadêmico e atuou como liderança do processo de reformulação do setor saúde.

A discussão contra a elitização da prática médica, bem como a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais, teve seu ponto culminante na Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde. Trata-se da Conferência de Alma-Ata, ocorrida na Antiga União Soviética, em 1978, que reafirmou a saúde como direito fundamental sob a responsabilidade política dos governos e determinação intersetorial. A partir da Conferência de Alma-Ata, a saúde foi, pela primeira vez, reconhecida como um direito a ser alcançado através do acesso aos serviços de saúde e à cooperação de outros setores da sociedade, sendo a Atenção Primária à Saúde uma estratégia básica (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Na citada conferência, expressou-se a necessidade de ação de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento para alcançar tal objetivo. Enfatizou-se a preocupação com a desigualdade social e a importância da participação dos cidadãos no planejamento e execução da assistência à saúde. Nesse contexto, os cuidados primários de saúde constituem a chave para a realização da meta 'saúde para todos', que deve ser conquistada com a contribuição de outros setores (OPAS, 1978).

A conferência de Alma-Ata destacou a importância dos cuidados primários como um contraponto ao modelo hospitalocêntrico extremamente investido de tecnologia complexa. Tratava-se, então, da proposta de fortalecimento da atenção primária à saúde a partir da prevenção de doenças e da promoção da saúde através de ações que envolveriam educação, mudança de hábitos, equipe multidisciplinar, dentre outros fatores.

A Promoção da Saúde foi assim denominada pela primeira vez, no início do século XX pelo sanitarista Henry Sigerist, que concebeu as quatro funções da Medicina: Promoção da Saúde, Prevenção das Doenças, Tratamentos dos Doentes e Reabilitação. A promoção da saúde significava tanto ações de educação em saúde quanto ações do Estado para melhorar as condições de vida. Porém, já no final do século XIX, Thomas Mckeown considerou amplas condições de vida que influenciariam a saúde da população inglesa da época (WESTPHAL, 2007).

Em meados do século XX, destacaram-se os trabalhos dos sanitaristas Leavell e Clark (1965 apud WESTPHAL, 2007), que criaram o modelo explicativo da história natural da doença que contemplaria uma tríade ecológica formada por agente etiológico, hospedeiro e ambiente, na explicação da causalidade do adoecimento. A partir desse referencial, os autores propuseram medidas de intervenção nos diferentes estágios da doença. A prevenção seria dividida em três níveis: prevenção primária, que consiste na promoção da saúde e proteção

específica, período pré-patogênese; prevenção secundária, relacionada ao momento do diagnóstico e tratamento precoce, além da limitação da invalidez; prevenção terciária, que seria a reabilitação (WESTPHAL, 2007).

A promoção da saúde é uma ação de prevenção primária e corresponde a medidas educativas que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar dos indivíduos. A prevenção secundária e a terciária, a partir de Leavell e Clark, objetivam a redução dos fatores de risco relacionados aos agentes patogênicos e ao ambiente propondo, entre outras coisas, medidas educativas e fiscalização para a adoção ou reforço de comportamentos adequados à saúde e de enfrentamento da doença (WESTHPAL, 2007).

O modelo de Leavell e Clark representou um avanço em relação à superação das ações de saúde exclusivas do campo da biologia humana, já que propuseram medidas preventivas, incluindo intervenções sobre ambiente, estilos de vida, comunidade, educação, além das medidas já existentes no campo da clínica e terapêutica (op. cit.).

A Medicina Social e a Saúde Coletiva criticaram esse modelo explicativo que não considerava os efeitos positivos e negativos das condições de vida e trabalho e da inserção social dos indivíduos nos níveis de saúde das populações. A oposição ao modelo de Leavell e Clark era relacionada à história social do processo saúde doença (WESTHPAL, 2007).

Na evolução do conceito de Promoção da Saúde diferenciado à Prevenção das Doenças e desenvolvido em conferências internacionais, destacou-se a publicação do Informe Lalonde (1974), documento elaborado pelo Ministro Canadense Lalonde que, a partir de investigações sobre a causalidade do processo saúde-doença no país verificou que os estilos de vida e ambiente eram responsáveis pelas causas das doenças. Tal documento sugeriu incluir na preocupação das políticas de saúde o ambiente, a biologia humana e os estilos de vida. Foram consideradas as intervenções nos estilos de vida como Promoção da Saúde (WESTHPAL, 2007).

Segundo Westphal (2007), a função Prevenção das Doenças estaria mais vinculada a uma visão biologicista e comportamentalista do processo saúde doença e a Promoção da Saúde estaria mais vinculada a uma visão holística e sócio-ambiental do mesmo processo, colocando-se como uma prática emancipatória e um imperativo ético.

Na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em 1996 em Ottawa, ela foi definida como “processo de capacitação dos indivíduos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população” (WESTHPAL, 2007, p. 648).

Cabe destacar que o início do movimento sanitário brasileiro, década de 70, ocorreu no contexto da Ditadura Militar. Segundo Escorel, Nascimento e Edler (2005), a política de saúde adotada até então pelos governos militares enfatizava uma medicina individual, curativa e assistencialista, em detrimento de ações preventivas e de Saúde Coletiva. Além disso, a política de saúde acabou propiciando um processo de corrupção por parte dos setores privados que superfaturavam os serviços prestados.

Assim, o movimento sanitário caracterizou-se como uma força política que contestava o regime em vigor. Foram criados alguns espaços para a efetivação das propostas do movimento formados por médicos ligados às faculdades de Saúde Pública e aos Departamentos de Medicina Preventiva. Destacaram-se o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979 (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

A década de 1970, no Brasil, caracterizou-se por problemas sociais e pela ineficiência das medidas relacionadas à saúde da população. Surgem denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, aumentando as reivindicações de solução imediata para os problemas criados pelo modelo de saúde existente. Nesse sentido, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo (op. cit.).

Com o fim da ditadura militar em 1985, o país passa a viver a fase da redemocratização chamada de Nova República. A partir daí, lideranças do movimento sanitário assumem efetivamente posições importantes em instituições responsáveis pela política de saúde no país. Destaca-se a convocação, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde cujo presidente foi Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Nessa Conferência foram lançados os princípios da Reforma Sanitária, onde se evidenciou que as modificações no setor da saúde transcendiam às reformas administrativas e financeiras. Assim, foi na 8ª Conferência que foi aprovada a criação de um sistema único de saúde, separando-a da previdência (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

As recomendações da 8ª conferência foram acolhidas pela Assembléia Nacional Constituinte e, em 1988, a chamada Constituição Cidadã é promulgada. Trata-se de um marco na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. A partir daí, a saúde passa a ser considerada um direito de todos e dever do Estado (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

A reforma sanitária representou uma exigência de mudança estrutural<sup>3</sup> determinada pelo conjunto da sociedade civil, mais do que uma simples reivindicação de vanguardas políticas. A 8ª Conferência Nacional de Saúde reuniu, em Brasília, cerca de 4 mil pessoas para discutir a reforma sanitária e a instalação da Assembléia Nacional Constituinte, um ano depois, que deveria incluir os princípios da reforma na nova constituição brasileira, sancionada em 1988 (LUZ, 1991).

Cabe citar que nos anos 70 nascia no Brasil a Saúde Coletiva, campo de conhecimento que se construía a partir da crítica à Saúde Pública tradicional, à Medicina Preventiva, partindo das contribuições da Medicina Social. Uma das premissas básicas da Saúde Coletiva era a de considerar as práticas em saúde como práticas sociais e, como tal, analisá-las. A Saúde Coletiva foi reconfigurando o eixo de interpretação típico da medicina integral: os comportamentos dos médicos não deveriam ser atribuídos exclusivamente às escolas médicas. O peso atribuído a essas escolas, na produção da fragmentação do adoecimento foi relativamente minimizado, incluindo outros fatores como mudanças nas relações de trabalho e crescimento do complexo médico-industrial. Conseqüentemente, a transformação da escola médica deixou de ser uma estratégia privilegiada de transformação do movimento sanitário (MATTOS, 2001).

Campos (2000) questiona o que surgiu de novo a partir do nascimento da Saúde Coletiva, relacionando tal fato à crítica ao positivismo e tecnicismo impregnados na Saúde Pública. O autor aponta alguns valores incorporados à nova tendência do estudo e prática da saúde que seriam a contribuição de novos saberes (caráter interdisciplinar e multiprofissional), orientação que privilegia a análise do fator social. O autor ainda afirma que é preciso admitir que se produzem conhecimentos e valores a partir de outros campos, reconhecendo possíveis contribuições da psicanálise, da pedagogia, da análise institucional e da clínica. Enfim, há uma clara defesa do uso diversificado de distintos saberes na Saúde Coletiva.

A Medicina Preventiva, a Saúde Coletiva e o Movimento da Reforma Sanitária influenciaram as transformações assistenciais na saúde. Em relação às políticas de saúde, podemos apontar efeitos especificamente do Movimento da Reforma Sanitária que impulsionou a configuração do SUS.

### 2.3 A CRIAÇÃO DO SUS

<sup>3</sup> Luz (1991) refere-se a reformas estruturais e Viana e Dal Poz (1998) e Viana (2000) referem-se a mudanças expressivas e mudanças substantivas. Tais expressões estão relacionadas às grandes mudanças em toda a estrutura do sistema de saúde a partir do modelo universal e descentralizado do SUS.

O SUS foi criado após mudanças na política de saúde iniciadas na década de 70 e aceleradas na década de 80. Esta foi marcada pela crise econômica e pelo processo de democratização, fatores que impulsionaram a crítica e o questionamento ao antigo padrão de intervenção do Estado na área da saúde (VIANA, 2000).

O modelo de saúde hegemônico na década de 70 caracterizou-se por alta centralização de recursos e de decisão no âmbito federal, a partir do Ministério da Saúde (MS) que realizava ações preventivas e da Previdência Social (MPAS) que realizava ações curativas de diagnóstico, tratamento e reabilitação. A política de saúde apoiava-se na parceria entre Estado e os segmentos privados pelo credenciamento de médicos e a contratação de serviços hospitalares e laboratoriais realizada através do Inamps. A oferta de serviços curativos era garantida por contratos com instituições privadas (VIANA, 2000).

Cabiam às secretarias estaduais de saúde ações de saúde pública de tipo higienista e atendimento primário desenvolvido juntamente com órgãos municipais. Percebia-se a falta de definição de porta de entrada do sistema, hierarquia e regionalização, além da desintegração entre os diferentes tipos de serviços. As políticas existentes referiam-se ao Programa de Pronta Ação (PPA) e ao Sistema Nacional de Saúde (SNS). O primeiro estava relacionado aos serviços de urgência privados, contratados ao Inamps e o segundo dividia-se em Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social (op. cit.).

A crise econômica e a crise da previdência social brasileira, no início dos anos 80, colocaram entraves sérios para a continuidade do modelo anterior, já que limitaram a parceria com a rede privada. Críticos do modelo dos anos 70 passam a ocupar cargos públicos nas burocracias federais e estaduais e, mais à vontade pelo clima de democratização, promovem debates sobre saúde pública, o que deu origem ao movimento sanitário formado por intelectuais, trabalhadores da saúde e políticos opositores (op. cit.).

Como resultado dos debates, construiu-se uma agenda alternativa ao modelo vigente e, por meio do Movimento Sanitário, difundiram-se as palavras de ordem dessa nova agenda: construção de um sistema integrado de assistência à saúde, de corte descentralizante e cobertura universal (VIANA, 2000).

Destaca-se a constituição de novas políticas de saúde, entre as quais as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982 e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. Trata-se de um avanço na descentralização, ainda que restrita à estadualização da política de saúde (VIANA, 2000).

Com o SUDS, ocorreu a limitação dos contratos com o setor privado e privilegiaram-se convênios com o setor filantrópico. Além disso, as instâncias sub-nacionais passaram a desempenhar papel mais ativo na prestação, planejamento e controle das ações. Tal modelo encontra forte apoio nos governadores, no Movimento Sanitário, nos parlamentares opositores, nas entidades filantrópicas e federações estaduais. Nesse contexto, perdem peso o setor privado lucrativo, a burocracia Inamps e os segmentos político-partidários sustentados pelo antigo modelo (VIANA, 2000).

Como vimos, o SUDS inicia o processo de descentralização dos serviços de saúde, num contexto de efervescência do movimento sanitário, no final da década de 80. Vale ressaltar que se trata de um momento onde os efeitos da 8ª Conferência Nacional de Saúde recaem sobre a elaboração da Constituição Federal de 1988 que afirmou a saúde como direito universal e mudou o rumo da política de saúde do país.

Conforme a Constituição Brasileira de 1988, todo brasileiro, independentemente de raça, gênero, situação sócio-econômica, tem igual direito a acesso aos serviços de saúde, sendo o Estado responsável pela provisão desses serviços. Conforme Cohn (2007, p.229), isso significa duas coisas basilares:

1) que ao Estado cabe a responsabilidade por providenciar as condições e os recursos necessários que garantam a todo cidadão brasileiro o acesso à satisfação de suas necessidades de saúde; 2) que como o direito à saúde é de todos, todos os indivíduos são reconhecidos e legitimados pela sociedade na sua qualidade de cidadãos, isto é, como portadores de direitos e deveres iguais, independentemente das diferenças e desigualdades sociais que os distingam.

A saúde como direito implica em que ela seja concebida e implementada pelo Estado mediante políticas específicas e/ou afins, tendo como público-alvo toda a população, independentemente de qualquer condição social específica dos diferentes segmentos que a compõe, conforme ressalta Cohn (2007). A partir da afirmação constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, foram definidas as diretrizes do SUS que sustentaram sua efetivação legal em 1990.

O SUS se consolidou por meio das leis orgânicas da saúde, Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90, ambas sancionadas no ano de 1990. A primeira aborda os princípios e diretrizes do sistema de saúde, reafirmando os preceitos da constituição de 1988. A segunda destaca a importância da participação da comunidade no SUS através das conferências e conselhos de saúde realizados periodicamente nos níveis municipal, estadual e federal (BRASIL, 1990a, 1990b).

O artigo 198 da Constituição Federal de 1988 afirma a organização do sistema de saúde segundo três diretrizes: descentralização, atendimento integral (com prioridade para as atividades preventivas) e participação da comunidade (BRASIL, 1988). A Lei N. 8.080/90, que trata da legislação do SUS, traz no seu texto os princípios que orientam suas políticas que são a universalidade, a integralidade, a preservação da autonomia das pessoas, a igualdade da assistência à saúde, o direito à informação, a divulgação de informações ao usuário, a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a participação da comunidade, a descentralização político-administrativa, a integração com o meio ambiente e saneamento básico, a conjugação dos recursos das três esferas de governo, resolutividade em todos os níveis de assistência e organização dos serviços de modo a evitar duplicidade de meios (BRASIL, 1990a).

Os princípios doutrinários do SUS são a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade assegura o direito à saúde de todos os cidadãos e o acesso, sem discriminação, ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados. A integralidade pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações, visando garantir promoção, proteção e reabilitação. A equidade relaciona-se à prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer. Os princípios e diretrizes do SUS constituem suas regras pétreas, apresentando-se como linhas de base às proposições de reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Conh (2007) ressalta que embora o SUS, com suas três diretrizes, só tenha se transformado em política de Estado em 1988, a diretriz da descentralização já vinha, mesmo que timidamente, sendo implementada em meados da década de 70. Sobre a participação da comunidade ou o controle social, ela vem se dando de forma cada vez mais consolidada nos Conselhos de Saúde, apesar desses ainda não se constituírem em espaços efetivos de negociação de diferentes interesses em jogo.

O SUS é integrante do sistema brasileiro de proteção social, juntamente com o sistema de Previdência Social e Assistência Social, conforme estabelecido na Constituição de 1988. O artigo nº 194 da Constituição afirma que:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988).

Funcionando como um arranjo organizacional do Estado brasileiro, o SUS dá suporte à efetivação da política de saúde no país. Compreende um conjunto articulado de serviços e ações de saúde e aglutina as organizações públicas de saúde nos âmbitos municipal, estadual e nacional, assim como os serviços privados de saúde prestadores de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados. Trata-se de um sistema complexo que, além de prestar serviços assistenciais, de cura e de reabilitação, articula e coordena ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Os graus de complexidade do SUS são representados por um modelo de pirâmide formada por quatro níveis referentes aos serviços oferecidos. No nível primário, na ampla base da pirâmide, estaria localizado um conjunto de unidades de saúde responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura. Esta seria a porta de entrada para os níveis de maior complexidade do sistema (CECÍLIO, 1997).

Na parte intermediária da pirâmide estariam localizados os serviços de atenção secundária que seriam os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de urgência e emergência e os hospitais gerais. Já o topo da pirâmide estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade. Enfim, a pirâmide representaria uma possibilidade de racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes de cima para baixo e vice-versa, através dos mecanismos de referência e contra-referência (op. cit.).

A porta de entrada no nível primário facilitaria acesso, prevenção e promoção da saúde, estabeleceria um maior vínculo com o usuário pela proximidade à sua residência, racionalizaria o uso dos recursos, além de orientar a priorização dos investimentos. Porém, de acordo com Cecílio (1997), na prática, a rede básica não tem conseguido se tornar a porta de entrada mais importante do sistema, espaço ocupado pelos hospitais. Além disso, atendimentos que poderiam ser resolvidos na rede básica têm sido realizados nos pronto-socorros. Outro fato apontado pelo autor é a dificuldade de acesso aos serviços especializados e às cirurgias eletivas. Tudo isso faz com que o modelo de pirâmide seja mais um desejo do Movimento Sanitário do que uma prática adequadamente e plenamente implantada.

O modelo assistencial concebido como uma pirâmide caracteriza-se por fluxos ascendentes e descendentes de usuários acessando níveis de complexidade tecnológica, em processos de referência e contra-referência. Cecílio (1997) sustenta que tal modelo tem se

apresentado como racionalizador no sentido de uma maior eficiência na utilização dos recursos, universalização do acesso e equidade.

France (1997 apud VIANA; DAL POZ, 1998) distingue dois tipos de reformas dos sistemas de saúde; a reforma tipo *big bang* e a tipo incremental. As do tipo *big bang* introduzem modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida e pontual. Já as incrementais se baseiam em pequenos ajustamentos sucessivos.

Assim, Viana e Dal Poz (1998) consideram a reforma brasileira da saúde como do tipo *big bang*, já que introduziu mudanças substantivas no modo de operação do sistema, a partir da criação do SUS. De acordo com os autores:

Três características definem o novo modelo: a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal); e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários) (VIANA; DAL POZ, 1998, p.13).

Viana e Dal Poz (1988) ainda destacam que vários problemas se colocaram para a operacionalização do SUS, como o financiamento das ações de saúde, a definição clara de funções para os três entes governamentais, as formas de articulação público/privado no novo modo de organização dos serviços e a resistência do antigo modelo assistencial baseado na doença e em ações curativas individuais.

Tais problemas ocorreram num contexto de incertezas na política econômica, repercutindo na redução de gastos com a saúde, e de mudanças no padrão demográfico com a conseqüente alteração no perfil epidemiológico relacionado ao aumento da população adulta e de terceira idade, o que exige ações de maiores custos (op. cit.).

Conforme Viana e Dal Poz (1988, p.16), a reforma incremental ou reforma da reforma é definida como “um conjunto de modificações no desenho e operação da política”. Assim, no caso do sistema de saúde brasileiro, o Programa Saúde da Família (PSF) se constitui em uma estratégia de reforma incremental, tendo em vista que o mesmo aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde, nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local e na descentralização.

Cabe destacar que, a partir da criação do SUS, o Ministério da Saúde lança normas que regulamentam o funcionamento do sistema de saúde chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB). A primeira, lançada em 1991 (NOB 91) provocou recentralização na política,

alterando o curso da descentralização. A NOB 93 incentivou um processo gradual e flexível de descentralização. Já a NOB 96 é marcada pela implementação acelerada de dois programas criados no início da década. Trata-se do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 e do Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 (VIANA, 2000).

A história do PSF tem início quando o Ministério da Saúde formula o PACS. A partir daí, começou-se a focar não o indivíduo, mas a família como unidade de ação programática de saúde. Mas as práticas envolvendo agentes comunitários de saúde já vinham acontecendo antes, de forma isolada, em diversas regiões do país como nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará. Viana e Dal Poz (1988, p.18) sustentam que:

Pode-se afirmar, então, que o PACS é um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que pela primeira vez há um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde.

O PACS, que tem por objetivo a redução da mortalidade infantil e materna principalmente nas regiões mais pobres do país, constituiu-se como “um braço auxiliar na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde”. Enfim, o êxito do PACS impulsionou a formulação do PSF (VIANA; DAL POZ, 1988, p.18-19).

A partir de 1996, com a NOB 96, houve uma aproximação do PSF com a universidade, no sentido de formação e treinamento dos recursos humanos, o que originou, no ano de 1997, os pólos de capacitação. Os pólos devem formar os recursos humanos necessários para a expansão do PSF, de forma que o sistema de formação esteja mais próximo do desenho do sistema de saúde, que crie um mercado de trabalho compatível com a produção de um novo tipo de profissional (VIANA; DAL POZ, 1998).

A incorporação à base jurídico-legal do SUS de uma concepção ampliada de saúde busca superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual. Porém, tal dimensão ampliada, de acordo com Vasconcelos e Pasche (2007), apresenta uma série de novos desafios ao sistema de saúde brasileiro, exigindo novas concepções e modos de operação.

Vasconcelos e Pasche (2007) sustentam que o maior desafio do SUS continua sendo o de promover mudanças na organização dos serviços e nas práticas assistenciais para assegurar acesso e melhorar a qualidade do cuidado em todos os níveis de atenção. Trata-se do desafio de fazer cumprir o ideário contido nas leis que regulamentam o sistema de saúde.

Se conseguirmos cumprir as determinações legais postas desde a Constituição de 1988, já teremos um grande caminho percorrido.

Como vemos, o SUS é um sistema planejado e desejado pelo movimento da Reforma Sanitária e suas determinações extremamente generosas e ambiciosas. Garantir a oferta de serviços de qualidade a toda a população representa a consolidação de um sistema que considera a saúde como prioridade para o desenvolvimento de uma nação.

Sabemos que o SUS está baseado na premissa de que a saúde é um direito universal e é de responsabilidade do Estado a garantia de meios de concretizar esse direito. Cabe citar, na íntegra, o texto constitucional que sustenta a universalidade do sistema, bem como a responsabilidade do Estado. Trata-se do artigo nº 196. “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Portanto, fazer cumprir a responsabilidade do Estado do direito à saúde é um dos principais caminhos para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Nosso sistema de saúde é avançado e contém uma proposta ampliada no que diz respeito à extensão do campo da saúde. Assim, se a saúde, que é indissociável de outros setores, for prioridade, certamente promoveremos um povo cidadão, conhecedor de seus direitos e também responsável por seu bem-estar.

### **3 INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Na presente sessão, aprofundaremos o princípio da integralidade por o considerarmos como o que melhor expressa as mudanças desejáveis pela Reforma Sanitária Brasileira. Veremos que a integralidade relaciona-se a outros conceitos presentes no vocabulário das novas propostas de ações de saúde. Refletiremos sobre os sentidos da integralidade inicialmente e, em seguida, discutiremos as relações entre o princípio da integralidade e o uso das tecnologias em saúde.

### 3.1 OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE

O princípio da integralidade, definido na Lei nº 8.080/90, orienta as práticas de saúde no sentido de oferecer todo o tipo de assistência que o cidadão necessitar, incluindo ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de uma tarefa bastante complexa para o sistema de saúde brasileiro, já que oferecer uma assistência integrada em todos os níveis de complexidade exige expressivo investimento de recursos financeiros e humanos, o que ainda não se observa na realidade do país.

Cecílio (2001) afirma que universalidade, integralidade e equidade da atenção constituem um conceito tríplice, entrelaçado, capaz de expressar o ideário da Reforma Sanitária Brasileira. A cidadania e a saúde como direito de todos, bem como a superação das injustiças sociais, estariam implícitas nesse conceito tríplice. O autor enfatiza a integralidade e a equidade porque, enquanto objetivos da atenção à saúde, vão além do simples consumo ou acesso aos serviços e nos remetem ao campo da micropolítica, inserido em uma macropolítica de saúde, que é o sistema de saúde.

Segundo Mattos (2001), a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS e sim uma bandeira de luta, um enunciado das características desejáveis do sistema de saúde. Refere-se a um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária. Além disso, o autor considera a integralidade como uma imagem-objetivo, ou seja, uma situação desejável que pode ser tornada real num horizonte temporal definido, o que se almeja construir a partir da crítica que existe. Seria a direção que queremos imprimir à transformação da realidade.

Mattos (2001) discute três sentidos da integralidade: a integralidade como um valor da boa medicina, como modo de organizar práticas e como políticas especiais. O

primeiro sentido, o valor da boa medicina, relaciona-se com o Movimento da Medicina Integral originado nos Estados Unidos e que criticava a posição fragmentária e reducionista que os médicos adotavam diante de seus pacientes. Tratava-se da crítica à assistência centrada nas especialidades médicas que girava exclusivamente em torno do órgão doente em detrimento das considerações psicológicas e sociais. Assim, para a Medicina Integral, a integralidade se relacionaria com a atitude dos médicos em não reduzir o paciente ao sistema biológico. No Brasil, a Medicina Integral não se consolidou como movimento organizado, mas associou-se à Medicina Preventiva e ao Movimento Sanitário.

Nesse contexto, a razão da legitimidade social da Medicina se daria pela capacidade de responder ao sofrimento humano e o médico não deve responder apenas ao sofrimento manifesto pelo paciente; deve-se ter uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos. O fato de se reconhecerem as necessidades de ações de saúde além das demandas explícitas relacionadas ao sofrimento, ilustraria um sentido da integralidade. “Buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria, assim, a marca maior desse sentido de integralidade” (MATTOS, 2001, p.50).

Um segundo sentido apontado pelo autor seria a integralidade como modo de organizar as práticas no cotidiano dos serviços de saúde. Refere-se à organização dos serviços e das práticas de saúde. Destaca-se a crítica à estrutura dicotomizada do sistema de saúde da década de 70, quando a saúde pública e assistência médica eram abordadas separadamente. No antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS), criado na década de 70, havia a divisão das instituições responsáveis pela Saúde Pública (Ministério da Saúde) e Assistência Médica (Ministério da Previdência Social). Além disso, o arranjo dos serviços de saúde estava centrado nos hospitais. Assim, a assistência médica estava organizada nos hospitais e as ações de saúde pública nos Centros de Saúde. Eram ações tipicamente preventivas, imunizações e programas dissociados uns dos outros (MATTOS, 2001).

Com o SUS e a incorporação de todas as ações no mesmo sistema, um Sistema Único, ao barrar as diferenças entre ações preventivas e de assistência, as equipes de saúde se defrontaram com novas questões como a tensão entre demanda espontânea e demanda programada. Assim, a integralidade se apresenta como uma forma de organizar os serviços que devem estar abertos a assimilar uma necessidade não programada (op. cit.).

Finalmente, o terceiro sentido para a integralidade, abordado por Mattos (2001), trata de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde ou às necessidades de certos grupos específicos. Tal sentido refere-se ao tipo de resposta que o governo cria para necessidades de grupos específicos como a questão da desnutrição, da

mortalidade materna, dentre outras. Essas ações, geralmente assumidas através de programas, devem ter como meta a integralidade na assistência, garantindo cuidados preventivos, oferta de medicamentos e encaminhamento quando necessário.

O autor conclui que em qualquer sentido que a integralidade seja tomada, esta implica em recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e, talvez, em uma afirmação da abertura para o diálogo. Nesse sentido;

Um paciente não se reduz a uma lesão que nesse momento lhe provoca sofrimento. Tampouco não se reduz a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas, escondidas à espera de um olhar astuto que as descubra. Tampouco se reduz a conjunto de situações de risco. O profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos (MATTOS, 2001, p. 61-62).

Para Mattos (2001), superar os reducionismos é entender que as necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina. O argumento de que os sujeitos envolvidos na saúde têm uma história de vida, com sonhos e aspirações indica que a integralidade só se realiza quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, implicando em uma abertura para o diálogo com o outro.

Cecílio (2001) aborda duas definições da integralidade da atenção: a integralidade focalizada e a integralidade ampliada. O autor traz para reflexão a idéia de que a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível.

Numa primeira denominação, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, nos serviços de saúde, sejam eles de qualquer nível de assistência. Trata-se da integralidade focalizada por trabalhar no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde. Nesse encontro do usuário com a equipe haveriam de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde daquela pessoa. Assim, os profissionais deveriam ser preparados para terem uma maior capacidade de escutar e atender as necessidades de saúde (CECÍLIO, 2001).

Nesse contexto, uma definição de integralidade da assistência passaria pelo empenho da equipe em prestar um atendimento individualizado e atento às reais necessidades de saúde da população. Nas palavras de Cecílio (2001, p.116):

Assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual.

O resultado dessa integralidade focalizada seria o resultado do esforço de cada trabalhador e da equipe como um todo. Cada atendimento, de cada profissional, deve estar comprometido com a “maior integralidade possível”. “A (máxima) integralidade (possível) da atenção, pautada pelo (melhor) atendimento (possível) às necessidades de saúde portadas pelas pessoas: uma síntese das pretensões da integralidade no espaço da micropolítica de saúde” (CECÍLIO, 2001, p.117).

Cecílio (2001) defende que a integralidade focalizada deve estar presente em todos os serviços, mesmo nos super especializados, o que deslocaria o foco de atenção da Atenção Primária à Saúde (APS) como lugar privilegiado da integralidade. Assim, um trabalho voltado para a integralidade e construção de vínculo poderia ser realizado também em serviços como um Pronto Socorro ou uma UTI, lugares tradicionalmente compreendidos como serviços pelos quais os usuários estão apenas de passagem.

Porém, o autor nos adverte que a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde, por melhor que seja a equipe, o que remete a uma segunda dimensão da integralidade: como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde com outras instituições não necessariamente do referido setor. Trata-se, portanto, da integralidade ampliada que se concretiza por meio de uma rede diversificada de serviços, já que as possibilidades tecnológicas oferecidas nessa área estão assim distribuídas, além da melhoria das condições de vida ser um esforço reconhecidamente intersetorial. Nesse sentido, a integralidade estaria relacionada à verdadeira integração entre os diferentes níveis de complexidade.

Assim, a integralidade ampliada refere-se à articulação em rede das múltiplas integralidades focalizadas. Seria a integralidade no “micro” refletida no “macro”. Cecílio (2001) nos convida a radicalizar a idéia de que cada pessoa com suas necessidades singulares seja sempre o foco, o objeto e a razão de ser de cada serviço de saúde e do sistema de saúde em geral. Assim, a integralidade ampliada seria a relação articulada entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional e da rede de serviços de saúde (CECÍLIO, 2001, p.119-120).

Cecílio (2001) propõe uma definição de integralidade da atenção a partir das necessidades de saúde. Assim, as reais necessidades de saúde devem ser o centro das

intervenções e práticas e as equipes devem fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam esses serviços. O autor refere-se ao conceito de necessidades de saúde como de uma complexidade incontornável que deve ser compreendida pelos trabalhadores para uma atenção mais humanizada e qualificada. A partir do pensamento de Cecílio (2001), podemos trabalhar com a idéia de que há necessidades diferentes, de vínculos diferentes para pessoas em diferentes momentos, assim como diferentes necessidades de consumo de determinadas tecnologias.

O autor efetiva uma complexa reflexão sobre necessidades de saúde a partir da tese de doutorado de Eduardo Stotz (1991 apud CECÍLIO, 2001) que sustenta a necessidade de se trabalhar com uma certa taxonomia<sup>4</sup> de necessidades de saúde e reconceitualizá-la para exprimir a dialética do individual e do social.

Cabe ressaltar que, mais recentemente, Cecílio e Matsumoto (2006) retomam as reflexões sobre as necessidades de saúde, detalhando o caminho aberto por Cecílio (2001). Os autores concluem que a taxonomia das necessidades de saúde tem servido como um bom instrumento de reflexão e sensibilização dos profissionais, contribuindo para a definição de novas estratégias de organização assistencial.

Os autores embasam suas reflexões nas conclusões de Stotz (1991 apud CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006) que indicam: a) embora a saúde seja um bem coletivo, a doença tem características individuais; b) as necessidades de saúde são sempre históricas, dinâmicas e cambiantes; c) as necessidades de saúde têm um componente de natureza subjetiva e individual; d) necessidade de saúde não é um conceito suscetível de ser defendido nem pelo indivíduo isolado, nem pela estrutura social colocada de forma genérica.

A taxonomia das necessidades de saúde é dividida em quatro grandes conjuntos e são reconceitualizadas. O primeiro conjunto diz respeito a se ter boas condições de vida. A reconceitualização se daria no sentido de reconhecer que boas condições de vida devem ser entendidas tanto no sentido dos fatores ambientais, externos, que determinam o processo saúde-doença, como no sentido de diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo, nas sociedades capitalistas como explicações para os modos de adoecer e morrer. Ambas as explicações sustentam que a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde (CECÍLIO, 2001).

---

<sup>4</sup> Segundo o dicionário Aurélio, taxonomia refere-se a: 1) Ramo da biologia que se ocupa da classificação dos organismos em grupos, de acordo com a sua estrutura, origem, etc. 2) Classificação das palavras (FERREIRA, 2004, p.767).

O outro conjunto se refere à necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e/ou prolongar a vida. A reconceitualização parte dos conceitos de tecnologia leve, leve-dura e dura (MERHY, 2005) e abandona qualquer pretensão de hierarquizar essas tecnologias. A hierarquia de importância do consumo das tecnologias é estabelecida tanto pelos técnicos quanto pelas pessoas com suas necessidades reais (CECÍLIO, 2001).

Um terceiro conjunto de necessidades diz respeito à insubstituível criação de vínculos (a) efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional. A reconceitualização é reconhecer que o vínculo, mais do que a simples adesão a um serviço, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: um encontro de subjetividades (op. cit.).

Um quarto conjunto diz respeito à necessidade de cada pessoa em ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida. A reconceitualização dessa necessidade é que informação e educação em saúde são apenas partes do processo de construção da autonomia de cada pessoa. A autonomia implicaria na possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida, o que teria peso no seu modo de viver, incluindo a luta pela satisfação de suas necessidades da forma mais ampla possível (op. cit.).

No contexto da discussão sobre necessidades de saúde, cabe esclarecer a distinção entre demanda e necessidade proposta por Cecílio (2001). A demanda seria o pedido explícito de ajuda, são as necessidades modeladas pelos serviços, as ofertas. Já a necessidade seria a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida, relacionadas, por exemplo, a desemprego, necessidade de autonomia ou busca de alguma tecnologia capaz de melhorar e/ou prolongar a vida.

Franco e Merhy (2005) sustentam que a busca pelo serviço de saúde se dá através da percepção que o usuário tem do que é ofertado por esse serviço. A relação entre demanda e oferta de serviços de saúde é analisada pelos autores sob três aspectos: 1) a demanda se constrói a partir da oferta, ou seja, ninguém demanda aquilo que sabe que não pode ser obtido no serviço de saúde; 2) a demanda se constrói a partir da não-realização de certas necessidades por outros serviços; 3) o fato de usuários associarem a solução de seus problemas de saúde a certos produtos realizados pelo serviço, atribuindo ao procedimento a satisfação das necessidades.

Assim, a produção imaginária da demanda pelo usuário parte do pressuposto de que ela é socialmente construída e está relacionada ao perfil do serviço de saúde. A construção imaginária é entendida como inventada pelo usuário; é dado um significado às ofertas do serviço. Assim, ao atribuir ao exame/procedimento, por exemplo, funções que ele não tem, o usuário está atuando por representações simbólicas, formando o que os autores chamam de “construção imaginária do objeto” (FRANCO; MERHY, 2005, p.184).

Nesse contexto, entendemos que as reais necessidades de saúde são singulares e dependem do cotidiano dos atores envolvidos. Pinheiro (2001, p.65) se refere a cotidiano como “o *locus* onde se expressam não somente as experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas contextos de relações distintas que envolvem tanto pessoas como coletividades e instituições, em espaços e tempos determinados”.

Assim, estudar os atores, seus discursos e práticas no cotidiano das instituições é fundamental, já que possibilita a localização de elementos objetivos e subjetivos por meio dos quais os atores sociais constroem suas percepções referentes à vida social e institucional. As relações mantidas entre gestores, profissionais e usuários nas instituições incluem a dimensão técnica e política (op. cit.). Portanto, utilizam-se as práticas dos cotidianos dos atores em sua atuação na relação oferta e demanda como campo de estudo sobre os sentidos, limites e possibilidades de construção da integralidade.

Como vimos, os autores que discutem a integralidade na saúde destacam questões como o encontro do usuário com o trabalhador de saúde no cotidiano dos serviços, o que envolve o diálogo, a escuta dos problemas singulares dos usuários, os vínculos, além da conciliação da dimensão técnica e política contida nas relações de trabalho.

Cecílio (1997) sustenta que a lógica de organização do sistema estaria centrada no usuário, oferecendo a tecnologia certa que dependeria do espaço e da ocasião mais adequados para cada usuário. Nesse contexto, o autor parte das necessidades de quem procura os serviços do SUS, considerando seu cotidiano. A referência passa a ser as pessoas e suas necessidades e não um modelo previamente definido. Essa lógica de organização das intervenções centradas no usuário, designada pelo autor como modelo de círculo, é proposta como uma crítica ao chamado modelo de pirâmide que representa a organização do SUS.

O modelo assistencial concebido como uma pirâmide tem se apresentado como racionalizador no sentido de uma maior eficiência na utilização dos recursos, universalização do acesso e equidade. Tal racionalidade se sustenta a partir da consideração de um comportamento previsível dos chamados usuários do sistema, como se as angústias e

sofrimentos das pessoas reais pudessem ser enquadrados a partir de uma “racionalidade exterior” (CECÍLIO, 1997, p.470).

O autor, reconhecendo que, na prática, os fatos se dão de maneira muito diferente da prevista pela chamada racionalidade tecnocrática, defende a idéia de que o sistema de saúde seja mais bem concebido como um círculo, ou seja, com múltiplas portas de entrada. Estas seriam localizadas em vários pontos do sistema e não mais em uma suposta base como o modelo de pirâmide. O círculo se associa à idéia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída. A partir dessa concepção, devemos qualificar todas as portas de entrada para garantir acesso a cada pessoa.

Cecílio (1997) ressalta a importância do acesso ao serviço adequado, à tecnologia adequada, no momento apropriado, o que se sustenta pela idéia do usuário como centro das preocupações e não a construção de modelos assistenciais apriorísticos, aparentemente capazes de introduzir uma racionalidade que se supõe ser a melhor para as pessoas.

### 3.2 INTEGRALIDADE NO USO DAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE

As discussões sobre integralidade nos remetem ao pensamento de Merhy (2005) que defende a importância de todo tipo de tecnologia necessária à saúde, com ênfase na tecnologia das relações no cotidiano dos serviços. O autor propõe a definição de tecnologia em saúde, ampliando a noção pela qual é corriqueiramente traduzida, pois não a confunde de maneira específica com equipamento e máquinas. Ele inclui, no rol das tecnologias, certos saberes que são constituídos para a produção de produtos singulares e mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana. Além disso, aborda a diferença entre trabalho vivo e trabalho morto, caracterizando o primeiro pela criatividade e autonomia e o segundo pelas ferramentas utilizadas e pelo produto final.

O trabalho em si expressa de modo exclusivo o trabalho vivo em ato. Esse momento é marcado pela possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com “grau de liberdade máxima” (MERHY, 2005, p.45). Em relação ao trabalho na saúde, o autor sustenta a tese de que:

O trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente, um pouco à semelhança do trabalho em educação. Além disso, atua

distintamente de outros processos produtivos nos quais o trabalho vivo em ato pode e deve ser enquadrado e capturado globalmente pelo trabalho morto e pelo modelo de produção (MERHY, 2005, p.48).

Merhy (2005, p.49) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como:

[...] leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

Para operar a construção de uma nova forma de produzir o cuidado, é necessário mudar o modelo produtivo de saúde, promovendo uma transição tecnológica no setor. A transição tecnológica significa um novo padrão de produção do cuidado que altera não apenas o modo de organização do processo produtivo, mas inverte a composição técnica do trabalho, configurando hegemonia do trabalho vivo nos processos, mediada por certas intencionalidades vinculadas ao ato de cuidar. “O que estrutura um comportamento e outro, isto é, a atitude de cada um em relação ao usuário e aos outros trabalhadores, é notoriamente a sua subjetividade, expressão do desejo de atuar no mundo de um certo modo” (FRANCO; MERHY, 2005, p. 189).

Nesse sentido, para desenvolver a mudança do modelo assistencial, a identificação do papel central da subjetividade traz o desafio de reconhecer que o protagonismo dos sujeitos trabalhadores e usuários para a mudança no funcionamento dos serviços de saúde não se dá apenas pela excelência técnica. Será necessário investir também em processos de subjetivação para que os mesmos se coloquem como portadores de projetos que recuperem a utopia ativa de um serviço de saúde centrado no usuário, produtor do cuidado, no sentido de acolher e se responsabilizar por sua clientela (FRANCO; MERHY, 2005).

Os autores sugerem uma desconstrução do imaginário em que o produto/procedimento ocupa lugar privilegiado na idéia de cuidado. Para que isso ocorra, é necessário pensar em um processo que procure construir novas bases produtivas para a saúde, fundamentadas no agir cotidiano dos sujeitos, tendo como pressupostos modelos centrados nos usuários, respeitando sua singularidade, atuando como produtores do cuidado integral à saúde (op. cit.).

Merhy (2005) sugere que para compreendermos os modelos tecnológicos e assistenciais em saúde, deve-se tomar como eixo o processo de efetivação da tecnologia leve

e sua articulação com as outras. A efetivação do trabalho vivo em ato na saúde se expressa no encontro entre os vários agentes em cena. É nesse encontro do trabalho vivo em ato com o usuário final que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção de processos interseçores<sup>5</sup>, as das relações, que se configuram por meio das práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, etc...

A fim de refletir sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, o autor recorre às teorias de Marx (1978, 1982, 1985 apud MERHY, 2005) e Taylor (CHIAVENATO, 1990 apud MERHY, 2005). Marx, anti-capitalista, entendia que o trabalhador numa fábrica estava totalmente subordinado, no seu agir, à lógica do modo duro e estruturado que a produção impunha. Assim, o grau de liberdade de um operário agir a seu modo era zero. Sua liberdade se daria a partir da formação de um grupo consciente de trabalhadores (consciência de classes) que imporá resistências aos processos de exploração do capital (MERHY, 2005).

No entanto, Taylor, capitalista, defendeu que o modo como se organizam os processos de trabalho altera as relações entre máquina e trabalhador. Assim, o operário, sem o controle do capitalista, faria a fábrica do seu jeito e que nem sempre esse jeito era o melhor para quem visava a lucratividade e a competição no mercado (op. cit.).

Merhy (2005) cita dois tipos de relação entre produto e consumo. Num trabalho fabril típico, a relação com o consumidor ocorre por intermédio do produto que este usa, denominada relação objetual. A utilidade do produto para o consumidor só irá realizar-se na obtenção do produto e de seu consumo, coisas que ocorrem de modo separado do modo da produção do produto.

Já num trabalho no serviço de saúde, os atos de produção e consumo ocorrem ao mesmo tempo, em uma relação denominada interseçora. O modo como o consumidor valoriza a utilidade do produto está presente na relação imediata de produção e consumo. No processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor com o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produtor, mas sem que, com isso, deixe de ser também um agente que, em ato, coloca suas intencionalidades, conhecimentos e representações expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde para o momento do trabalho. Os agentes produtores e consumidores são portadores de necessidades macro e micro constituídas politicamente, bem como são instituidores de necessidades singulares. A conformação das necessidades se dá em processos sociais e históricos definidos pelos agentes em ato (MERHY, 2005).

---

<sup>5</sup> O termo “interseçores” será usado para designar o que se produz nas relações entre “sujeito” no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os “dois” em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo (MERHY, 2006, p.87).

O autor analisa a imagem do encontro do médico<sup>6</sup> com o usuário, utilizando a noção de valises tecnológicas usadas pelo profissional ao agir nesse processo de interseção. As valises representam caixas de ferramentas tecnológicas como saberes e seus desdobramentos materiais e não materiais. Cita três tipos de valises usadas pelos médicos: uma vinculada a sua mão, onde cabem equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por tecnologias duras; outra que está na sua cabeça, onde cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, expressando as tecnologias leve-duras; e outra presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos e que só tem materialidade em ato.

Em relação à micropolítica dos processos de trabalho, o autor afirma que todas as valises expressam processos produtivos singulares implicados com certos tipos de produtos. No caso da valise das mãos, mesmo em se tratando de tecnologia dura, há uma captura predominante do momento vivo pela lógica instituída no equipamento. Assim, mesmo quando se trata de máquina, há uma relação singular do médico com a máquina e seu modo de operá-la (MERHY, 2005).

A valise da cabeça permite o olhar do médico sobre o usuário como objeto de sua intervenção e uma maneira de significar esse momento. Assim, mesmo que tal momento exija um saber estruturado (clínica), o usuário real impõe uma relação centralmente leve para o raciocínio clínico. “Mesmo que armado, o olhar do médico vai singularizar-se no ato”. “Não há só uma forma de se realizar o ato clínico” (MERHY, 2005, p.96).

Assim, o profissional escolhe os meios, o que o aproxima da tecnologia leve. A valise da cabeça influencia também a valise da mão, já que é a partir do terreno da valise da cabeça e de seus processos produtivos que os produtos da valise da mão adquirem significados como atos de saúde (op. cit.).

A valise relacional trabalhador-usuário permite reconhecer na produção dos atos de saúde uma situação de permanente disputa em aberto de jogos de captura, impossibilitando que as finalidades e objetos sejam de uma única ordem. É esse encontro que dá origem a um dos momentos mais singulares do processo de trabalho do médico como produtos de cuidado. Aqui o autor admite que essa valise é operada por qualquer trabalhador de saúde, mesmo os não diplomados. Trata-se de um espaço de processos produtivos que só são realizados entre sujeitos que se encontram, por isso são regidos por tecnologias leves (MERHY, 2005).

<sup>6</sup> Cabe esclarecer que alguns autores se referem a médico ao invés de expandir a consideração para todos os profissionais da saúde. Merhy, na maior parte do tempo, se refere a médico, mas também considera o raciocínio para os demais profissionais. Como a profissão médica é considerada a mais antiga na saúde, entendemos as razões para tal profissão estar sendo citada preferencialmente. Portanto, quando citamos a palavra médico, respeitamos a escolha do autor, mas nos referimos à idéia de profissionais da saúde ou trabalhadores da saúde.

O trabalho médico, para se realizar como uma forma do cuidado em saúde, tem de construir competência em duas dimensões: a dimensão cuidadora e a dimensão profissional centrada. A construção dessas competências é conseguida no arranjo que as três valises permitem, produzindo uma intervenção médica focada tanto nos procedimentos quanto em certas formas cuidadoras (op. cit.).

Para Merhy (2005, p.49), as tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, “operando como tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados”, o que implica um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção.

A tecnologia de saúde de que o usuário necessita depende de cada momento. Assim, pode haver o momento em que a tecnologia considerada complexa seja essencial para se garantir a integralidade da atenção. Noutro momento, a simples participação em grupos educativos pode ser a tecnologia que melhor responde a determinadas necessidades. Por isso, a garantia da integralidade do cuidado tem que ser uma responsabilidade do sistema de saúde e não fruto da batalha individual dos usuários (CECÍLIO, 2001).

Como vimos, abordar a integralidade na saúde exige que todo tipo de tecnologia seja considerado. A fim de que o profissional de saúde tenha um olhar amplo sobre o usuário, é preciso que o mesmo desenvolva certas habilidades que o preparem para lidar com o dia-a-dia dos serviços que inclui o contato permanente com outros sujeitos. Partindo da premissa de que o encontro entre trabalhador e usuário, ou mesmo entre os diversos trabalhadores pressupõe o encontro entre várias histórias de vida, faz-se necessário aprofundarmos tal questão.

Sabemos que o modelo biomédico reforça o aprimoramento das tecnologias duras e leve-duras sem, muitas vezes, incluir as tecnologias leves como uma soma de esforços para a conquista da assistência de qualidade. Assim, haveria o empobrecimento do cuidado a partir do enfraquecimento da tecnologia das relações. Nesse sentido, é inegável a importância da tecnologia leve, já que na saúde o consumo do serviço se dá no ato do encontro entre trabalhador e usuário, conforme já exposto através do pensamento de Merhy (2005). O autor refere-se à expressão “encontro de subjetividades” para expressar a idéia de que dois ou mais sujeitos, carregando suas subjetividades, se encontram e exercem suas influências uns nos outros.

A questão sobre encontro de subjetividades é abordada também por outros autores como Cecílio (2001) e Campos (2005). Trata-se das relações entre os sujeitos envolvidos na

assistência à saúde. Assim, despertar-se-iam sentimentos relacionados à simpatia, bem-estar ou até de hostilidade, a partir dos relacionamentos entre os homens, o que seria inevitável numa relação entre os profissionais de saúde e usuários. Se há sujeitos envolvidos, há universo de relações; daí a importância de investirmos, também, nas tecnologias leves.

Mas, afinal, o que seria esse encontro? Diz o dicionário que encontro é o ato de encontrar. Encontrar é deparar com, defrontar-se, dar com, atinar com, achar. Curiosamente, o sinônimo de encontrar também é chocar-se, e de encontro é choque, encontrão (FERREIRA, 2004, p.346).

Daí já compreendermos que, por definição, o encontro pode se dar no sentido de deparar-se com algo, mas também pode ter sentido de chocar-se com algo. Observamos, na prática, que nos encontros entre duas ou mais pessoas pode haver tanto uma empatia, que produzirá vínculos positivos para as ações de saúde, quanto uma falta de identificação entre profissional e usuário. Esse encontro desperta afeto, amor, admiração ou até decepção. Nas palavras de Campos (2005, p.575): “O encontro pode ser cordial ou pode ser um rijo encontrão”.

Vale ressaltar que a origem do encontro se dá antes mesmo do contato físico, já que as expectativas que o usuário cria sobre os profissionais são delineadas quando se planeja buscar o serviço de saúde. Assim, o usuário chega com expectativas sobre o atendimento, sobre a resposta que será dada pelo profissional e aposta na resolução de seus problemas de saúde (se não houvesse essa aposta, certamente ele não procuraria o serviço). São idealizações baseadas na concepção de saúde, atendimento e cura que são singulares, ou seja, cada sujeito possui seu olhar sobre suas necessidades de saúde e a resolução das mesmas.

Em relação ao profissional também há expectativas; o encontro é preparado pelo profissional, mesmo quando não se trata de um atendimento com data marcada. Para entendermos essa questão, basta lembrarmos que o conhecimento e tecnologia aplicados no ato do encontro são fruto de anos, às vezes décadas, de estudo e prática profissional, quando os casos são idealizados, visando a capacidade para lidar com uma ampla gama de situações.

Na Saúde Coletiva o usuário comparece a esse encontro movido por demandas mais ou menos explícitas, munido de seu corpo e de sua singular subjetividade. E os trabalhadores também comparecem com sua singular subjetividade, aliada a sua técnica.

Campos (2006) parte da premissa de que não é possível definir-se um sujeito apenas a partir dele mesmo. Na realidade, classes sociais, agrupamentos e indivíduos se constituem pela rede de relações, de constrangimentos e de conflitos em que estão imersos.

Assim, quando se abordam as relações de trabalho humano, o ponto crucial é a consideração da influência que um sujeito exerce sobre o outro já que, no desenvolvimento das tarefas, há de se depender do outro e a convivência diária tanto facilita quanto dificulta a produtividade do trabalhador, dependendo do grau de empatia entre as partes.

Na saúde, essa rede de relações também caracteriza o trabalho, com agravantes relacionados ao estabelecimento de vínculos, intimidade necessária e certa dependência entre profissional e usuário. Tudo isso permeado por momentos de sofrimento, risco, morte, vida e dor. Trata-se de uma vivência de momentos intensos, onde a relação estabelecida entre profissional e usuário influencia o andamento da ação de saúde.

Assim, as práticas sanitárias têm particularidades que as distinguem de muitos ofícios. No centro da atenção do médico, do psicólogo ou do sanitarista sempre há um outro diretamente implicado. “Cruzamento de subjetividades em um contexto especial: momento singular e angustiante para aqueles objetos da atenção e corriqueiro e previsível para os primeiros encarregados do tratamento” (CAMPOS, 2006, p.250).

Mas o autor salienta que há uma outra subjetividade diretamente implicada, referindo-se ao encontro da subjetividade do usuário com a do profissional, ou seja, o trabalho em saúde baseia-se em relações interpessoais o tempo todo. “Proximidade carnal, interferência sobre o corpo e a vida de um outro. Às vezes, até ouve-se o arfar, sente-se o suor, percebe-se o medo, ou o desespero, ou a indiferença do objeto cuidado. Vislumbres da linguagem corporal ressoam no espírito objetivo e treinado do técnico” (op. cit., p.250).

Ayres (2001) propõe que para pensarmos as práticas assistenciais, pensemos mais em intersubjetividade do que em subjetividade, que consideremos o caráter relacional e contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos.

O autor sugere que o espaço relacional profissional-usuário, embora apoiado por tecnologias, extrapole a objetivação desta e abra espaço para a construção de intersubjetividades, e propõe chamar o que media essa relação de sabedoria prática. Quando percebemos a possibilidade de mudança, de plena presença do outro no ato assistencial, entramos no campo do que Ayres considera uma sabedoria prática que não cria objetos, mas “realiza sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo” (AYRES, 2000, p.119).

Ayres (2000) entende o cuidado nas práticas de saúde como atitude e espaço de reconstrução de intersubjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde apoiada na tecnologia, mas sem deixar a intervenção em saúde resumir-se a ela. A intersubjetividade viva do momento assistencial permite escapar a uma objetivação que o

autor chama de desubjetivadora, porque ali se efetiva uma troca, um espaço relacional que extrapola o tecnológico. Apóia-se na tecnologia, mas não se subordina a ela; subverte-a.

O momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação desubjetivadora; quer dizer, de uma interação obcecada pelo objeto de intervenção que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. Assim, o cuidar põe em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício da subjetividade criadora de um produtor de artefatos. O autor esclarece a definição de sabedoria prática como uma sabedoria diferente daquela produzida pela ciência; trata-se de um saber não técnico (AYRES, 2004).

Na relação profissional-usuário, há a emergência da subjetividade do outro através do acolhimento, do vínculo, da responsabilização que fazem parte das tecnologias leves. Assim, na relação de cada dia entre o profissional e usuário, há troca de informações que constroem os vínculos e fortalecem a adesão ao tratamento, ou seja, o profissional passa informações para o paciente (sobre tratamento, promoção de saúde, etc...) e o paciente também se manifesta, passando informações sobre sua história, suas dores, seus incômodos.

Há uma troca de informações através de um diálogo que se dá pela interação entre os sujeitos. E essas informações são trocadas de maneira singular; cada um fala à sua maneira, o que diferencia um procedimento mediado pela tecnologia leve. Nesse contexto, podemos relacionar a tecnologia leve à primazia das relações humanas nas ações de saúde.

De acordo com Silva Júnior, Pontes e Henriques (2006), o trabalho em saúde tem como característica o encontro entre pessoas que trazem um sofrimento ou necessidades (usuário) e outras pessoas que dispõem de um conhecimento específico ou de recursos instrumentais que podem solucionar os problemas. Nesse encontro são mobilizados sentimentos, emoções e identificações que dificultam ou facilitam a aplicação dos conhecimentos do profissional na percepção das necessidades de atenção ou interpretação das demandas trazidas pelo usuário. Daí a afirmação de que o trabalho em saúde é essencialmente relacional. Os autores sustentam que:

O processo de trabalho em saúde ocorre a partir, e centralmente, nesse encontro, de dois sujeitos portadores de necessidades, desejos, conhecimentos, imaginário. Um momento singular no qual o usuário traz suas necessidades de saúde, e o profissional tentará responder às mesmas a partir de suas ferramentas e tecnologias disponíveis. Mas para que se possa expressar a potência criativa do trabalhador, a lógica estruturada de produção deve permiti-la e estimulá-la (SILVA JÚNIOR, PONTES e HENRIQUES, 2006, p.95).

Como vimos, a valise que melhor expressa a incerteza e liberdade do processo produtivo dos atos de saúde seria a valise do espaço relacional trabalhador-usuário que engloba o uso das tecnologias essencialmente leves. Silva Júnior, Pontes e Henriques (2005) sustentam que o cuidado ganha materialidade na atitude dos profissionais frente aos usuários, nas tecnologias priorizadas e na mediação entre as várias possibilidades tecnológicas e o sentido prático para o usuário como sujeito no seu “andar a vida” (p.97). Nesses aspectos, o cuidado é uma unidade nucleadora de saberes e práticas sobre integralidade, não sendo um conjunto de procedimentos ou atitudes isoladas, mas sim, “um fio condutor de sua construção na atenção à saúde” (p. 97-98).

Campos (2005) problematiza o encontro entre o trabalhador e o usuário no serviço público de saúde, considerando os conteúdos que são despertados a partir do sofrimento que o trabalhador testemunha diariamente. A autora sustenta que ser um trabalhador da saúde, do SUS, e acreditar no valor positivo do próprio trabalho constituem funções estruturantes da subjetividade e ajudam a suportar o mal-estar advindo das tarefas coletivas.

Além dessas estratégias individuais que não deixam de ser influenciadas pelo contexto coletivo, há ainda os sintomas institucionais que são produzidos pela própria realidade do trabalho, pelo próprio contato permanente com a dor e a morte e as dificuldades de simbolização que certas situações, como a pobreza extrema, nos provocam. Tais situações se expressam através das dificuldades das equipes em trabalhar em conjunto, das falhas de comunicação, do conteúdo excessivamente ideologizado de certas defesas do SUS, como exemplifica a autora (CAMPOS, 2005).

A definição de quais meios técnicos o trabalhador possui na sua prática será fundamental para a eficácia dessas práticas e para a resistência e tolerância com que o sujeito conta para enfrentar o dia-a-dia em contato permanente com a dor e o sofrimento. Dependendo do seu funcionamento, do tipo de processo de subjetivação que um dado equipamento favorece, a técnica poderá se constituir em alavanca de novos processos criativos, abertos à diversidade, acolhedores da diferença; ou funcionar como receita prescritiva, guarda-chuva defensivo contra o que nos ameaça (CAMPOS, 2005, p.579).

Os conhecimentos técnicos teriam duas funções produtoras de eficácia: uma específica na produção de saúde dos usuários e outra importante na produção de saúde dos trabalhadores. Eles poderiam ser a mola da ampliação da clínica, do resgate da dimensão do cuidado, da melhoria nos processos intersubjetivos de comunicação (op. cit.).

Campos (2005) nos lembra que os trabalhadores da saúde estão expostos a testemunharem a dor, a morte, a pobreza extrema, além da falta de recursos e excesso de

demandas. Todo esse sofrimento humano afeta o profissional, que também é humano e se vê tocado com o sofrimento do outro.

Cecílio (2001), no contexto da discussão sobre as necessidades de saúde dos usuários, relaciona a criação de vínculos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional. Trata-se de vínculos (a) efetivos, entendidos como referência e relação de confiança, algo como o rosto do sistema de saúde para o usuário. Além disso, o vínculo é reconhecido como mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa; significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa, um encontro de subjetividades.

Assim, um vínculo afetivo transforma-se em um vínculo efetivo ou vice-versa, já que simplesmente comparecer ao serviço de saúde não significa que o usuário vá aderir ao tratamento. Um vínculo efetivo facilita a adesão, a confiança no serviço e possibilita uma continuidade das ações de saúde. E nessa história de idas e vindas ao serviço ocorrem os encontros entre os sujeitos/atores envolvidos no processo terapêutico e na promoção da saúde. Cada um traz seus interesses e suas formas de lidar com as necessidades de saúde. A troca de informações, então, desperta conteúdos que fazem desse encontro um momento singular; por isso é preciso aproveitar, ao máximo, cada encontro, ouvir o usuário com olhos e ouvidos bem atentos. Uma informação relatada e não escutada pode desperdiçar a chance de obter a resposta para o enigma da necessidade de saúde do usuário.

Abordando a assistência com toda essa amplitude, estaremos trabalhando para que as tecnologias leves busquem a humanização perdida/enfraquecida pela perspectiva do modelo biomédico. A partir de Ayres (2005), temos que a humanização como valor aponta para a dimensão em que o cuidar da saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, configurando não só as necessidades de saúde, mas também o que se entende como boa vida.

O autor traduz a humanização como “um ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde, promovida por interações sempre mais simétricas, que permitam uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual dos seus valores e verdades” (AYRES, 2005, p.558).

Daí a importância de entendermos a humanização em relação à política, à sociedade e suas implicações institucionais. Assim, a problemática da humanização não se restringe ao plano das relações pessoais entre terapeutas e pacientes e não se detém em

rearranjos técnicos nas instituições. Trata-se de um projeto existencial de caráter político (op. cit., p.552).

Ayres (2005) destaca o caráter contraditório das tecnociências em busca da humanização das práticas de saúde. As tecnociências vêm se orientando por um horizonte normativo e restritivo em relação ao que se quer entender hoje como saúde. O autor ainda afirma que o desafio da humanização não é a necessidade de mais ou menos tecnociência, mas sim, um progressivo enriquecimento do reconhecimento e reconstrução das relações entre os fundamentos, procedimentos e resultados das tecnociências da saúde e os valores associados à felicidade e cada vez mais reclamados pelos projetos existenciais de indivíduos e comunidades.

Portanto, fica claro que, a partir da consideração da tecnologia leve, minimizaremos os efeitos indesejáveis da tecnociência e lembraremos o que nunca deveríamos ter esquecido: a consideração do homem e suas relações na sociedade que o fazem o ser da palavra. Tudo isso para dizer do inegável encontro de subjetividades no contexto dos serviços de saúde.

Refletindo sobre a clínica pautada pelo trabalho vivo relacionado à criatividade e subjetividade, Merhy (2005, p.110) refere-se à da “ação que se abre para novos processos territorizantes, em busca de novas singularidades e processos emancipadores, uma outra clínica que se faça em ato, centrada na incorporação tecnológica comandada pela tecnologia leve”.

Campos (2005), mesmo reconhecendo o avanço que o domínio de certa competência técnica (relacionada ao tecnicismo) traz à produção de saúde, enfatiza a importância da clínica. Afirma, ainda, que a definição de quais meios técnicos um trabalhador possui na sua prática refletirá na eficácia da mesma (lembrando do contato permanente do profissional com a dor e o sofrimento e sua capacidade de enfrentá-los). Nesse contexto, valorizar o aspecto intersubjetivo, comunicativo, as chamadas tecnologias leves, constitui-se em uma questão importante no desenfreado consumo de tecnologias duras promovidas pelo mercado médico. Na mesma perspectiva, Merhy e outros (2006) sustentam que:

Assim, a informação em saúde que tem operado consensualmente em torno das tecnologias duras e leve-duras deve ser girada de ponta-cabeça e começar a operar com as tecnologias leves, que se realizam em processo e “comandam” os modos de incorporação das outras tecnologias abrindo-se, neste caso, para repensar o processo de produção da subjetividade (e, portanto, dos sujeitos) no interior das práticas de saúde, na direção que explora as “falhas” na busca de novas possibilidades de intervenções institucionais e subjetivações (MERHY et al., 2006, p.150).

Merhy (1999) ressalta que todas as ações de saúde operam em um terreno de base tensional, constituído em três campos: a disputa política do território das práticas de saúde, a hegemonia do trabalho vivo e o mundo das próprias organizações de saúde. O primeiro é demarcado pelo fato de que o território das práticas de saúde é um espaço de disputa e de constituição de políticas, envolvendo distintos sujeitos coletivos, que, conforme seus interesses, aliam-se ou confrontam-se a fim de afirmar ou impor uma certa conformação de um bem social - a saúde - como objeto de ação intencional de políticas. Assim, como há uma disputa de interesses, muitas vezes opostos, não há como abarcar nas políticas instituídas o conjunto de interesses do setor saúde, a não ser por pactuação social, como salienta o autor.

O outro campo de constituição da lógica tensional de agir em saúde está delimitado pelo fato de que, hegemonicamente, a produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo em ato que consome trabalho morto visando a produção do cuidado. A micropolítica desse processo produtivo caracteriza-se por alto grau de incerteza e pela ação territorial dos atores em cena, no ato intercessor do agir em saúde. Essa centralidade do trabalho vivo abre espaço para exploração de potências e de novas subjetivações que conformam as representações da saúde como um bem social e de novos modos de agir em saúde (MERHY, 1999).

Conforme o autor, o terceiro campo de tensões refere-se ao mundo das próprias organizações de saúde por constituir-se em espaço de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o caminhar do dia-a-dia com as normas instituídas para o controle organizacional.

Cabe destacar que em qualquer organização produtiva há o autogoverno dos trabalhadores e, na saúde, esse autogoverno é elevado a muitas potências. “A tensão entre autonomia e controle é sem dúvida um lugar de tensão e, portanto, de potência, constituindo-se em um problema para as intervenções que ambicionam governar a produção de um certo modelo tecno-assistencial”(MERHY, 1999, p. 309).

Como vemos, para atingirmos a integralidade talvez seja interessante trabalharmos com os três tipos de tecnologias descritos por Merhy (2005), já que integralidade pressupõe atender o usuário em todas as suas necessidades. Além disso, é preciso observar que o uso das tecnologias duras vem causando um empobrecimento do cuidado, o que enfraquece a possibilidade da integralidade. O tecnicismo tão difundido entre os trabalhadores da saúde precisa ser revisitado no sentido de permitir uma relação de vínculos capaz de estabelecer, de fato, um cuidado humanizado. Assim, uma tecnologia não exclui a outra. E para que o

profissional reconheça a importância das três tecnologias, é preciso que ele seja habilitado para isso, o que ocorre ao longo de sua formação, sendo a universidade o espaço privilegiado para tal prática.

#### **4 SAÚDE E EDUCAÇÃO**

A ordenação de recursos humanos para a saúde envolve educação permanente, capacitação de professores para a graduação e adequação do ensino às diversidades loco-regionais da população brasileira (BRASIL, 1990a). Para que o princípio da integralidade saia da lei e seja aplicado na prática, o estudante deve ser habilitado para tanto. Isso exige o conhecimento sobre as diversas tecnologias existentes na saúde, que abrangem desde os equipamentos mais sofisticados de diagnóstico até o acolhimento na porta de entrada do sistema.

Para a concretização de mudanças no processo de formação dos profissionais que reflitam na melhoria das ações de saúde no SUS, é preciso haver uma parceria entre os setores da Saúde e Educação. O ponto de partida para a compreensão da atual situação do ensino na saúde é o estudo de documentos do Ministérios da Saúde e Ministério da Educação que sustentam a reforma curricular dos cursos de graduação que formam profissionais da saúde.

#### 4.1 HISTÓRICO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

A educação superior em saúde no Brasil tem início em 1808 com a vinda da família real portuguesa, com a abertura, no Rio de Janeiro e Salvador, das duas primeiras escolas médicas, que, a partir de 1832, passaram a oferecer também educação farmacêutica. A primeira escola de Farmácia é criada em 1839, em Ouro Preto. Em 1879, por decreto imperial, fica determinada a estruturação de uma escola de Farmácia, um curso de Odontologia e um curso de Obstetrícia junto às escolas médicas existentes (CECCIM; CARVALHO, 2006).

O ensino de Odontologia, em 1884, ganha instituição, criando-se o título de cirurgião-dentista. Em 1890, é fundada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro. Já em 1899, na cidade de São Paulo, é instalada uma escola de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia (op. cit.).

Biologia, Serviço Social, Educação Física e Nutrição tiveram seus primeiros cursos universitários criados no Brasil entre 1934 e 1939. Os Cursos de Psicologia, Fisioterapia, Biomedicina e Terapia Ocupacional são criados e consolidados entre 1950 e 1970. Finalmente, o curso de Fonoaudiologia ascende em meados dos anos 1970 (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Como vimos, até o Brasil República, os cursos de Medicina, Farmácia e Odontologia caracterizavam a educação superior em saúde no Brasil. Posteriormente, desponta-se a Enfermagem. De acordo com Ceccim e Carvalho (2006), predominava no Brasil, até a República, a formação de práticos. O ensino era livre, transmitido por profissionais mais experientes; a formação profissional em saúde estava associada à noção de aprendizagem pela prática. Nesse contexto, o currículo e a pedagogia universitária eram auto-regulamentados, sem uma grade curricular mínima ou sem diretrizes curriculares nacionais.

Na década de 1920, o Brasil desencadeava processos de formação voltados para influir no estado de saúde da nação. Assim, a formação deveria estar direcionada para as necessidades de saúde da população, orientando-se por padrões epidemiológicos. Das profissões emergentes nos anos 1930, nenhuma produz impacto imediato por não estarem diretamente voltadas para a área da saúde. Somente no final do século passado há um crescimento das profissões de saúde e a expansão da oferta de cursos nas várias profissões abrangidas pela área (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Já na década de 1940, um esforço cientificista da educação se identifica com o movimento flexneriano. Esse modelo de formação influenciou a reforma do ensino das profissões de saúde no Brasil. Nesse contexto, o modelo pedagógico privilegia a memorização e repetição, sem correlação com a futura prática. Observa-se pouca articulação entre as disciplinas que seguem a lógica das especialidades; há pouca articulação entre teoria e prática (PONTES; SILVA JÚNIOR; PINHEIRO, 2006).

Desse modo, observa-se o investimento em hospitais universitários e práticas curativistas. Entre os anos 1960 e 1970 explode a profissionalização das práticas e, entre 1991 e 2004, há a expansão na oferta de vagas na educação superior em saúde. Vale destacar que em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta que saúde é expressão do bem-estar físico, mental e social. Portanto, o ensino deveria estabelecer relação com as humanidades e com as determinações socioeconômicas para uma reforma na educação de orientação político-pedagógica (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Os autores destacam que um motor importante das mudanças ocorridas na educação dos profissionais de saúde foi a atuação da Organização Pan-Americana da Saúde junto às instituições formadoras mobilizadas para o debate sobre o ensino da saúde pública. Observa-se a necessidade de participação nas comunidades e uma ampliação do seu enfoque para além de questões biológicas.

Durante os anos 1950 e 1960 configura-se o movimento preventivista que aponta a formação como estratégia para transformação das práticas de saúde e para o reconhecimento

dos objetivos finais dos cursos de graduação. A década de 1960, herdeira do movimento preventivista, retoma a saúde pública no ensino das profissões, pautando a mudança pela denúncia da inadequação de um modelo baseado na doença e no hospital. Observa-se a insuficiência do ensino de saúde pública para formar profissional competente para as demandas da prevenção (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Na década de 1970, os projetos de aprendizagem em saúde comunitária ganham o debate sobre a mudança na formação. Estamos no auge da ditadura no país e à época da introdução do direito à educação popular como projeto de cidadania (op. cit.).

Novos sanitaristas surgem, agora não mais à moda da saúde pública (de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas), mas pela expressão de uma posição crítica às práticas profissionais e à realidade social. Trata-se de um grupo que representa o movimento da Reforma Sanitária brasileira. Nesse momento, cresce a cobertura das ações de cuidados primários às populações de periferia e se aprende mais sobre educação popular para a cidadania, expandindo as bases universitárias de um movimento de reforma sanitária (op. cit.).

A saúde comunitária, então, influenciaria reformas curriculares desdobradas em projetos de extensão universitária e projetos extramuros, mas que não alteram o modelo de ensino. Sob esse aspecto, a clínica era associada às ações individuais e curativas e a saúde pública às ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, restringindo, portanto, a integralidade e a Saúde Coletiva (op. cit.).

Na década de 80 surgem posições inovadoras e de crítica aos modelos profissionais, assistenciais, educacionais e de desenvolvimento social, reivindicando novas experiências para a integração ensino-serviço que extrapolam a aprendizagem em hospitais e a valorizam em Unidades Básicas de Saúde. Recupera-se, assim, o termo integralidade e incorporam-se conteúdos de ciências sociais e humanas nas reformas curriculares. “A noção de integração docente-assistencial demarca que não só é possível a interseção ensino-serviço, como ela é desejável em uma rede-escola do sistema de saúde e para a expansão dos programas de residência em todas as áreas profissionais” (CECCIM; CARVALHO, 2006, p.83). Os autores sustentam que:

Do ponto de vista do sistema de saúde, esta é a década das ações integradas em saúde, da VIII Conferência Nacional de Saúde, da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e da Constituição Cidadã, alvorecer e execução da reforma sanitária que culminou com o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado nos anos 1990 (CECCIM e CARVALHO, 2006, p.83-84).

Nos anos 1990, os projetos de integração ensino-serviço reconhecem a inclusão da representação popular no debate sobre as mudanças na formação e nos projetos de exercício das profissões para gerar serviços com capacidade de acolhida e escuta aos usuários. Ceccim e Carvalho (2006) destacam os projetos UNI: *Uma nova iniciativa da educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade* (grifo dos autores) que abriram caminhos de mudança nas reformas curriculares que deveriam ir além da saúde pública preventivista, via integração ensino-serviço-comunidade e para uma saúde comunitária participativa. Trata-se da articulação da formação profissional com as redes locais de saúde.

Outro destaque nos anos 90 é o projeto de trabalho da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) que inova a proposta de reformulação da educação nas ciências da saúde. Destaca-se a articulação dos docentes, profissionais, gestores e estudantes na discussão. A formação deveria ser orientada pelas necessidades de saúde, ao invés de ser na doença. Além disso, valoriza-se a integração ensino-trabalho e o protagonismo dos estudantes. Assim, o projeto da CINAEM, embora não operacionalizado, desejava uma nova teoria científica do ensino que substituiria as determinações do relatório Flexner pela Reforma Sanitária Brasileira (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Ainda nos anos 90, em toda a América Latina organizam-se projetos de articulação ensino-serviço-comunidade (rede de projetos UNI) e projetos de integração docente-assistencial (rede de projetos IDA), o que culminou com a estruturação da Rede Unida e de uma teoria sobre a mudança na educação dos profissionais de saúde. Observa-se a necessidade de instituir a multiprofissionalidade, a participação dos usuários e de ampliar a interação com o sistema de saúde (op. cit.).

A partir da instalação do Conselho Federal de Educação, fica definida a tramitação para a autorização de funcionamento dos cursos superiores. A Lei Federal nº 5.540, de 12/11/1968 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior), definiu o conceito de currículo mínimo, o que deu espaço para a atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei Federal n. 9.394, de 20/12/1996 (op. cit.).

O currículo mínimo, em regime disciplinar, representa um conjunto de estudos e atividades correspondentes a um programa de formação a ser desenvolvido seguindo critérios pré-fixados. Em 1997, em decorrência da nova LDB, esse arranjo disciplinar começa a ser revisto (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Entre 2001 e 2004, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área de saúde, considerando as necessidades sociais da população, a

integração com o SUS, a prevenção e promoção da saúde e a humanização, entre outros aspectos (CECCIM; CARVALHO, 2006).

#### 4.2 DOCUMENTOS NORTEADORES DA REFORMA CURRICULAR NOS CURSOS DE SAÚDE

Em 1996, o Ministério da Educação publica a Lei nº 9.394/96. Trata-se da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), estabelecendo as orientações para a educação nacional desde a educação básica, que compreende a educação infantil, o ensino fundamental e o ensino médio, até o ensino superior, que abrange a graduação e pós-graduação. Cabe esclarecer que o foco privilegiado de nosso interesse é a graduação, mas mencionaremos também a educação permanente que se refere aos cursos realizados após a graduação dos profissionais.

A LDB preocupa-se com o acesso à educação e com a participação da família e do Estado no processo educacional, além do vínculo ao mundo do trabalho e à prática social. No título I ‘Da Educação’, art. 1, afirma-se: “A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais” (BRASIL, 1996).

A LDB, em seu artigo 2º que trata dos princípios e fins da educação nacional, afirma que a educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (op. cit.).

Conforme o título V do capítulo IV da LDB, a educação superior tem por finalidade: estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e pensamento reflexivo; formar diplomados nas diferentes áreas do conhecimento e para participar do desenvolvimento da sociedade brasileira; incentivar a pesquisa, visando o desenvolvimento da ciência, da tecnologia e da cultura; divulgar os conhecimentos que constituem patrimônio da humanidade; suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional; estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais e estabelecer uma relação de reciprocidade com a

comunidade; promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão dos benefícios gerados na instituição (BRASIL, 1996).

Como vimos, para a LDB, a educação superior deve buscar estimular o pensamento reflexivo do aluno, o desenvolvimento científico e cultural que deve ser aplicado na sociedade. Assim, a formação superior deve ser voltada para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira. Em suma, observamos uma tendência na educação de ampliação dos limites do campo estritamente acadêmico à realidade das comunidades brasileiras, o que se evidencia por meio das propostas de consideração do ensino voltado para a cultura, comunidade, tecnologia, entre outros aspectos contemplados na LDB.

Tal fato nos remete às propostas de saúde ampliada, o que confirma a importância de concebermos as mudanças no sistema de saúde através da parceria com o Ministério da Educação. Vemos que ambos os setores buscam a aproximação entre teoria e prática, o que se torna um fator imprescindível para a implementação de mudanças na qualidade das ações de saúde.

Em abril de 2001 o Ministério da Educação e o Conselho Nacional de Educação estabelecem as Orientações para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação através do parecer CNE/CES 583/2001. Tais diretrizes devem observar os seguintes princípios: assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição de carga horária e especificação das unidades de estudos a serem ministrados; indicar os campos de estudo e experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos; evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos; incentivar uma sólida formação geral, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas; estimular autonomia do aluno; encorajar conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar; fortalecer articulação da teoria com a prática (BRASIL, 2001a).

As diretrizes devem contemplar: o perfil do formando, as competências/habilidades/attitudes; habilitações e ênfases; conteúdos curriculares; organização do curso; estágios e atividades complementares; acompanhamento e avaliação (op. cit.).

A partir das orientações propostas pelas Diretrizes Curriculares, são elaboradas as diretrizes de cada curso de graduação. As Diretrizes Curriculares dos Cursos de Saúde<sup>7</sup> consideram o perfil do formando, competências e habilidades, entre outros fatores. Seu objetivo é levar os alunos a aprender a aprender, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e humanização do atendimento.

---

<sup>7</sup> Todos os cursos estudados, exceto os de Psicologia e Serviço Social.

A seguir, detalharemos apenas os cursos que serão estudados no presente trabalho. As Diretrizes dos Cursos de Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Farmácia, Odontologia e Educação Física<sup>8</sup> definem o mesmo objeto e objetivo. O objeto é:

[...] permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2001b, 2001c, 2001d, 2002).

O objetivo das Diretrizes Curriculares dos cursos citados é:

[...] 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 (op.cit.).

Essas diretrizes se baseiam na Constituição Federal de 1988, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) de 1996, além de documentos da Organização Mundial da Saúde e em instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões de saúde.

Em relação aos Cursos de Psicologia (BRASIL, 2001f) e Serviço Social (BRASIL, 2001e), não há destaque para o objeto e os objetivos, como descrito nos demais cursos.

A formação dos profissionais dos cursos estudados, que envolve conteúdos curriculares, estágios, atividades complementares e a organização do curso, de uma maneira geral está baseada nas competências e habilidades gerais e específicas.

As competências e habilidades gerais são as mesmas para os seguintes cursos: Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia e Bioquímica e Odontologia. Nos cursos de Educação Física<sup>9</sup> (BRASIL, 2002) e Psicologia (BRASIL, 2001f) as competências gerais são essencialmente as mesmas dos seis cursos citados nesse parágrafo. Há poucas palavras diferentes, sem, no entanto, alterar o conteúdo das competências.

São descritas as seguintes competências e habilidades gerais: Atenção à saúde, Tomada de decisões, Comunicação, Liderança, Administração e Gerenciamento, Educação

<sup>8</sup> No caso da Educação Física, o texto não inclui “no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira”. Há, portanto, uma referência à sistema de saúde, mas não há destaque para o termo SUS.

<sup>9</sup> Além das competências abordadas nos cursos citados, no Curso de Educação Física inclui-se a competência ‘Atenção à Educação’, fazendo uma referência à LDB e às realidades locais.

Permanente. A ‘Atenção à saúde’ refere-se à aptidão para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, em nível individual e coletivo. O profissional deve ser capaz de pensar criticamente, dentro dos princípios da ética/bioética (BRASIL, 2001b, 2001c, 2001d, 2001f, 2002).

Em relação à ‘Tomada de Decisões’, o trabalho deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões e avaliar as condutas mais adequadas baseadas em evidências científicas. Sobre a ‘Comunicação’, os profissionais devem ser acessíveis e manter a confidencialidade na interação com outros profissionais e com o público em geral (op. cit.).

No item ‘Liderança’, no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, tendo em vista o bem estar da comunidade. Em relação à ‘Administração e Gerenciamento’, os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer gerenciamento e administração da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, além de ser empreendedores, gestores, empregadores ou líderes na equipe de trabalho. Sobre a ‘Educação Permanente’, os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, o que envolve ‘aprender a aprender’ e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais (op. cit.).

No Curso de Serviço Social, as Competências e Habilidades Gerais referem-se à compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, desvelando as possibilidades de ação contida na realidade; identificação de demandas presentes na sociedade, visando formular respostas para o enfrentamento da questão social; uso dos recursos da informática (BRASIL, 2001e).

Abordaremos as Competências e Habilidades Específicas a cada curso estudado na presente investigação. Nas diretrizes do Curso de Enfermagem, além das competências exigidas de acordo com a perspectiva de saúde ampliada e do ideário do SUS, destaca-se: compreender a natureza humana; a ciência/arte de cuidar como instrumento de interpretação profissional; atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos (BRASIL, 2001b).

Nas diretrizes do Curso de Medicina, além das habilidades que são exigidas para pôr em prática os princípios e diretrizes do SUS, o médico deve ter algumas habilidades pessoais e interpessoais referentes às seguintes competências: ter boa comunicação com equipe, pacientes e familiares; reconhecer suas limitações e fazer encaminhamento adequado; lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho; ter visão do papel social do

médico e disposição para atuar em atividades de política e planejamento em saúde (BRASIL, 2001b).

As diretrizes do Curso de Fisioterapia que citam o perfil do formando relacionado à formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, afirmam que as competências e habilidades específicas do curso envolvem, além de princípios éticos e do SUS, as competências relacionadas às técnicas da fisioterapia como elaboração de diagnósticos, consultas e avaliações. O diagnóstico deve ser elaborado criticamente e as informações devem ser bem comunicadas ao paciente e aos familiares. Em necessidade de encaminhamento a outros profissionais, deve haver cooperação com os demais membros da equipe (BRASIL, 2001c).

As Diretrizes Curriculares do Curso de Farmácia afirmam que o curso deve preparar o farmacêutico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. O futuro profissional deve ser capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos, às análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos, pautado em princípios éticos e na realidade social, cultural e econômica do seu meio. O profissional deve atuar em equipes e garantir a integralidade da assistência, desenvolvendo assistência farmacêutica individual e coletiva (BRASIL, 2001d).

O curso de graduação em Odontologia, segundo as Diretrizes Curriculares, deve assegurar a formação de profissionais com habilidades e competências para respeitar princípios éticos e legais inerentes ao exercício profissional, atuar em todos os níveis de atenção à saúde, atuar em equipe. Tudo isso articulado com o contexto social (BRASIL, 2001d).

Em relação às Diretrizes Curriculares do Curso de Educação Física, o profissional, além de ter uma atitude crítica e reflexiva, deve atuar em atividades físicas, de motricidade, movimento humano, preocupando-se com fatores fisiológicos, psicológicos e sócio-culturais. Além disso, deverá possuir competências técnico-científicas, éticas, políticas e sócio-educativas contextualizadas que permitam compreender a natureza humana, o contexto social, promover saúde, compreender a política de saúde, de educação e do esporte no contexto das políticas sociais, lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho, entre as demais competências relacionadas a técnicas esportivas (BRASIL, 2002).

Os conhecimentos, habilidades e competências exigidos nas Diretrizes Curriculares para o Curso de Psicologia referem-se ao domínio de conhecimentos psicológicos e à capacidade de utilizá-los em diferentes contextos que demandam a

investigação, análise, avaliação, prevenção e atuação em processos psicológicos, psicossociais e na promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2001f).

As Diretrizes Curriculares do Serviço Social afirmam que o curso deve formar profissionais que atuem nas questões sociais, com capacidade de promover o exercício pleno da cidadania e inserção criativa dos usuários do Serviço Social nas relações sociais e no mercado de trabalho. As competências e habilidades específicas referem-se à capacidade de elaborar, executar e avaliar projetos na área social e viabilizar participação dos usuários nas decisões institucionais, na direção da garantia dos seus direitos (BRASIL, 2001e).

Enfim, a partir das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação há um referencial no que tange ao currículo exigido que deve estar voltado para as necessidades das comunidades e para uma formação generalista, reflexiva e estimuladora da autonomia do aluno. A partir da LDB e das Diretrizes Curriculares, as universidades devem se organizar, levando em conta teoria e prática.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90, afirmam que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Especificamente no título referente a recursos humanos, afirma-se que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada através da organização de um sistema aplicável a todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal e valorização da dedicação exclusiva (BRASIL, 1988, 1990a).

Sabemos que o Conselho Nacional de Saúde, através da resolução nº 218/97, reconheceu as profissões da saúde. Tal resolução representou um avanço para esses profissionais já que inclui legalmente a participação de profissões não tradicionalmente atuantes no setor (BRASIL, 1997).

Em 1999, destacou-se uma iniciativa de fortalecimento das mudanças relacionadas a recursos humanos na saúde. Trata-se da configuração da Rede Observatório de Recursos Humanos para a Saúde (ROREHS) pelo Ministério da Saúde. Por meio do apoio da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e da participação de instituições de ensino e pesquisa, tal iniciativa constitui-se em importante instrumento de articulação das ações de recursos humanos na saúde (PIERANTONI, 2001).

Atualmente, a Rede Observatório é coordenada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde. Em linhas gerais, são objetivos da ROREHS: monitorar os fluxos da oferta e demanda da força de trabalho do setor e das profissões de saúde, analisar estratégias de formação dos trabalhadores na saúde,

desenvolver estudos, fomentar aspectos relativos à contratação e remuneração, acompanhar demandas de regulação do exercício profissional, da formação e do mercado de recursos humanos na saúde (BRASIL, 2007a).

O reconhecimento da necessidade de adequar o ensino das profissões da saúde às reais necessidades das comunidades brasileiras, com demandas tão diversificadas, gerou, a partir de 2003, a implementação de políticas do governo brasileiro para a capacitação de recursos humanos na saúde. Tal iniciativa ocorreu como efeito da Constituição Federal de 1988 e do SUS e tem como um dos objetivos a construção de aproximações entre o sistema de saúde e as instituições formadoras.

No âmbito dessa nova mentalidade, o governo brasileiro lança políticas de incentivo à formação de profissionais, constituindo os seguintes programas: PROMED, Aprender SUS, Ver SUS Brasil, Pró-Saúde Educar SUS, entre outros (BRASIL, 2004b, 2004c, 2005a, 2005b; CARVALHO; CECCIM, 2007).

Em 2002, foi lançado pelo Ministério da Saúde um Programa de Incentivo à Mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina (PROMED), que consistiu num edital de seleção de melhores projetos a serem incentivados com recursos financeiros para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina aprovadas em 2001 (CARVALHO; CECCIM, 2007).

Em 2004, é lançada uma política do SUS para estabelecer o diálogo com o ensino de graduação nas profissões da área da saúde. Trata-se do ‘Aprender SUS’, que contou com adesão maciça dos estudantes de graduação do conjunto das várias profissões de saúde e de amplos segmentos populares. Foi a primeira política do SUS voltada para a educação universitária (op. cit.).

Considerando que o SUS está baseado em princípios e valores inovadores como o conceito ampliado de saúde, ação intersetorial e integralidade da atenção, o Aprender SUS fortaleceria ainda mais as relações entre o SUS e as instituições de ensino superior, através de estratégias que adotam a integralidade como eixo de mudança na formação de graduação (BRASIL, 2004b).

Em parceria com o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, foi aberta uma linha de investigação orientada para o ensino-aprendizagem da integralidade, o Ensina SUS. O projeto (através de uma convocatória nacional) recebeu experiências sobre práticas e estudos voltados para a integralidade com objetivo de contribuir para a divulgação e fortalecimento de iniciativas inovadoras de ensino para a integralidade,

além de gerar informação acadêmica, disseminação e mobilização de saberes e práticas que tomem a integralidade como eixo da mudança na formação dos profissionais de saúde, no âmbito da graduação (BRASIL, 2004b).

Em 2004, o Ministério da Saúde lança a Portaria nº 198/GM/MS, instituindo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Tal portaria considera a responsabilidade do Ministério da Saúde na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e representa uma iniciativa para a capacitação de profissionais aptos a dar seqüência às reformas previstas em lei (BRASIL, 2004a).

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa que promove e produz sentidos e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços; é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho. Propõe-se que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (op. cit.).

Nesse caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS. Não se trata da criação de um *menu* de cursos ou pacotes programáticos e sim da discussão dos problemas que interessam a cada região, ou seja, considera as diversas demandas loco-regionais (op. cit.).

O programa de Educação Permanente parte da noção estratégica de educação permanente na formação e desenvolvimento de recursos humanos para o SUS. Constituem-se de três eixos: relação educação trabalho; mudança nas políticas de formação e práticas de saúde; produção e disseminação do conhecimento e educação nos locais de serviço. Cabe citar alguns programas relacionados: capacitação e formação em Saúde da Família; Profissionalização dos trabalhadores de Enfermagem (Profae); qualificação de equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde; Gerus - desenvolvimento Gerencial de UBS; Especialização de equipes gestoras; PITS- interiorização do trabalho em saúde; Incentivo às mudanças curriculares nos cursos de graduação em Medicina (PROMED); Mestrados Profissionais; curso de formação de conselheiros de saúde, etc... (BRASIL, 2004a).

A partir da política de educação permanente em saúde, articula-se a educação através do processo de aprendizagem permanente com a saúde, no que tange à participação ativa dos profissionais da área. Cabe salientar que o Ministério da Saúde considera como eixo estruturante da política de formação de recursos humanos a integração entre ensino e serviço. O processo de educação permanente deve nortear tal integração.

No ano de 2005, a portaria nº 2118/2005 institui parceria entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 2005c).

Ainda no ano de 2005, surge o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que se inspirou no PROMED, incluindo os cursos de Enfermagem e de Odontologia. Trata-se da integração com o SUS visando dar respostas às necessidades concretas de formação de recursos humanos. Visa aproximação entre formação de graduação e as necessidades da Atenção Básica (BRASIL, 2005a). Em 2007, foi aprovada a ampliação do Pró-Saúde para todas as profissões de saúde, visando a reorientação da formação desses profissionais e reforçando a integração ensino-serviço.

De acordo com o Pró-Saúde, a articulação entre as instituições formadoras e o serviço constitui-se como um desafio permanente. Dessa forma, o programa visa incentivar a transformação do processo de formação, a geração de conhecimento e prestação de serviços à população para a abordagem integral do processo saúde-doença. O eixo central do Pró-Saúde é a integração ensino-serviço com a conseqüente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é o SUS, com ênfase na atenção básica, desde o início da formação (BRASIL, 2007b).

São propostos três eixos para o desenvolvimento do programa, cada um deles com três vetores. O eixo 'orientação teórica' contém os vetores 'determinantes de saúde e doença', 'pesquisa ajustada à realidade local' e 'educação permanente'. O eixo 'cenários de prática' contém os vetores 'integração ensino-serviço', 'utilização dos diversos níveis de atenção' e 'integração dos serviços próprios das Instituições de Ensino Superior (IES) com os serviços de saúde'. Finalmente, o eixo 'orientação pedagógica' reúne os vetores 'integração básico clínica', 'análise crítica dos serviços' e 'aprendizagem ativa' (BRASIL, 2007b).

#### 4.3 INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE: INTEGRANDO SABERES

A discussão sobre o princípio da integralidade no contexto da formação em saúde nos remete às formas de efetivar, na prática, o conjunto articulado de ações e serviços de saúde. Para que possamos oferecer ao usuário respostas para suas diversas necessidades de saúde, é preciso contar com o trabalho coletivo relacionado a diferentes campos do saber.

Considerando a imprescindibilidade do esforço conjunto entre os profissionais de saúde, cabe abordarmos as diferenças entre as formas de constituição do esforço de todos. Cabe observar que o esforço de todos não significa que cada profissional pode realizar sua ação isoladamente, correndo o risco de executar duplicidade de meios para fins idênticos<sup>10</sup>, o que não constitui um efetivo trabalho em equipe.

Feuerwerker e Sena (1999) sustentam que a interdisciplinaridade e o trabalho multiprofissional e em equipe não são sinônimos. A possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença passa, necessariamente, por uma abordagem interdisciplinar e por uma prática multiprofissional. Abordagem interdisciplinar na construção do conhecimento, chegando a interações recíprocas e a uma colaboração entre disciplinas diversas. Prática multiprofissional na medida em que se organiza o processo de trabalho, considerando a complementaridade dos diversos saberes e práticas profissionais, buscando a integralidade do cuidado.

As autoras destacam a diferença entre trabalho multiprofissional e trabalho em equipe. No primeiro, existe uma interação entre os vários conhecimentos específicos com a produção de uma solução/proposta de intervenção que não seria produzida por nenhum dos profissionais isoladamente. O trabalho em equipe implica no compartilhar do planejamento, na divisão de tarefas, mas pode acontecer dentro de uma equipe de profissionais de diferentes disciplinas como também dentro de uma equipe multiprofissional. Assim, não implica necessariamente na construção de um novo saber ou de uma nova prática. O que cria o novo é a interação democrática entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades (FEUERWEKER; SENA, 1999).

Todos esses são elementos fundamentais para a transformação da universidade, para que ela possa estar sintonizada com as necessidades sociais, produza conhecimentos e forme profissionais capazes de uma visão holística, de relações humanas solidárias e de construir permanentemente o conhecimento (FEUERWEKER; SENA, 1999).

Cabe lançarmos algumas considerações sobre o trabalho interdisciplinar para podermos aprofundar na compreensão da diferença entre ambos. A discussão sobre

---

<sup>10</sup> Um dos princípios do SUS expresso na Lei n. 8.080/90 é evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990a).

interdisciplinaridade é sustentada com profundidade por teóricos da Educação, Filosofia e Epistemologia que discutem a possibilidade de uma universidade promotora de diálogo entre as disciplinas e que não se cristalice em saberes compartimentados (ETGES, 1995; JANTSCH; BIANCHETTI, 1995; PORTELLA, 1995). Na área da saúde, destacamos Almeida Filho (1997), Souza (1999) e Souza e Mourão (2002).

A interdisciplinaridade é necessária para mediar a comunicação entre os cientistas e entre eles e o mundo do senso comum. Cria-se uma linguagem comum entre os cientistas de diferentes campos ou disciplinas ou especialidades, mediante a qual eles compreendem o construto do outro e o seu próprio. Não se cria uma nova teoria, mas a compreensão do que cada um está fazendo, bem como estratégias de ação que lhes eram desconhecidas a ambos (ETGES, 1995). Segundo o autor:

A interdisciplinaridade que propomos não se funda em um nível metafísico, mas no trabalho dos cientistas. Parte da lógica imanente do trabalho e vê a ciência como produção de novos mundos, adequados ao sujeito. Como o sujeito e a inteligência de onde ela provém, a ciência constitui uma totalidade fechada, completa em si, e só tem existência pela sua exteriorização na linguagem (ETGES, 1995, p.72).

A interdisciplinaridade não poderá jamais consistir em reduzir as ciências a um denominador comum; deverá ser um mediador que possibilite a sua compreensão, além de formas de cooperação a um nível bem mais crítico e criativo entre os cientistas. “O mundo do vivido, do analógico, do imediato são contextos que a atividade interdisciplinar precisa atingir, para dissolvê-los e transformá-los em estruturas de pensamento, de ciência, de conhecimento” (ETGES, 1995, p.77). O autor sustenta que:

Acima de tudo, os processos interdisciplinares, no sentido do deslocamento para outros contextos, induzem a materializar o saber no mundo externo, pois a ciência é uma alma que precisa de corpo. O fenômeno escolar tão comum da cristalização do saber bancário fica superado pelos processos propriamente interdisciplinares (ETGES, 1995, p.79).

Jantsch e Bianchetti (1995, p.202) afirmam que a interdisciplinaridade exige um refazer, um reconstruir e reestruturar de qualquer instituição universitária. “A universidade, se quiser, de fato, patrocinar a interdisciplinaridade, precisa: a) relativizar a departamentalização; b) desburocratizar os processos que envolvem os projetos de pesquisa ou de pesquisa-ação; c) dar prioridade aos possíveis projetos interdisciplinares”.

Os autores concluem que a busca pela interdisciplinaridade exige uma mudança na vida acadêmico-universitária porque é preciso criar e aprofundar espaços de iniciação científica, de pesquisa avançada e tornar a universidade um amplo laboratório de conhecimento/pensamento. Questiona-se o ensino do tipo aulismo, que se refere a um saber de segunda mão. Nesse sentido, a aula incorpora o atraso histórico porque é, no pretense professor, cópia e repasse e, no aluno, cópia da cópia (DEMO, 1991 apud JANTSCH; BIANCHETTI, 1995).

A interdisciplinaridade envolve outros termos que são a pluridisciplinaridade, a multidisciplinaridade e a transdisciplinaridade. Como não é nosso objetivo lançar um estudo detalhado sobre o tema, mas sim contextualizá-lo à integralidade em saúde, abordaremos brevemente tais conceitos, a partir de Jantsch (1995) e Almeida Filho (1997).

Temos a definição de interdisciplinaridade. “Trata-se da síntese de duas ou mais disciplinas, de modo a instaurar um novo nível do discurso (metanível), caracterizado por uma nova linguagem descritiva e novas relações estruturais” (JANTSCH, 1995, p.31).

Jantsch (1972), citado por Almeida Filho (1997), propõe a diferenciação entre os termos que envolvem a interdisciplinaridade. A multidisciplinaridade seria o conjunto de disciplinas que, simultaneamente, tratam de uma dada questão sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico. Trata-se da justaposição de disciplinas em um único nível, estando ausente uma cooperação sistemática entre os diversos campos disciplinares.

Já a pluridisciplinaridade, que se aproxima da multidisciplinaridade, implica a justaposição de diferentes disciplinas científicas que efetivamente desenvolveriam relações entre si. Seria ainda um sistema de um só nível, como a multidisciplinaridade, porém os objetivos são comuns, podendo existir algum grau de cooperação mútua entre as disciplinas. Há uma clara perspectiva de complementaridade, sem, no entanto, ocorrer coordenação de ações nem pretensão de criar uma axiomática comum (ALMEIDA FILHO, 1997).

A interdisciplinaridade auxiliar seria a interação de diferentes disciplinas científicas, sob a dominação de uma delas que se impõe às outras enquanto campo integrador e coordenador (op. cit.). A interdisciplinaridade refere-se a uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas, cujas relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior ocupado por uma delas. Esta última, geralmente determinada por referência à sua proximidade da temática comum, atua não somente como integradora e mediadora dos discursos disciplinares, mas, principalmente, como coordenadora do campo disciplinar (op. cit.).

Finalmente, a transdisciplinaridade propõe a criação de um campo novo que idealmente desenvolverá uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o compõem. Trata-se de uma proposta que, na prática, seria considerada utópica (op. cit.).

Almeida Filho (1997) exemplifica esses conceitos teóricos com a prática da Saúde Coletiva. Assim, a Medicina Preventiva seria um exemplo de multidisciplinaridade, a Medicina Comunitária de pluridisciplinaridade. A Medicina de Família se referiria à interdisciplinaridade auxiliar e a Medicina Integral à interdisciplinaridade.

Portela (1995) afirma que a interdisciplinaridade quer dar nova vida à disciplina, retirando-a de seu gueto para trazê-la para o campo aberto e livre das novas convivências críticas. Acrescenta, ainda, que ela deve ser a valorização da linha divisória enquanto enlace, terra de parceria e de cumplicidades produtivas.

Como vemos, o ensino de práticas interdisciplinares, sejam elas na pesquisa ou no serviço, faz com que a universidade prepare o aluno para dialogar com outras disciplinas e seja mais crítico e produtor de conhecimento a partir dos efeitos do saber interdisciplinar. Assim, a integração com as várias disciplinas se refletiria, futuramente, na vida profissional do graduando no momento da integração com outras categorias profissionais. Na saúde, tal lógica de trabalho teria um efeito na melhor integração entre a equipe e, conseqüentemente, na melhoria da assistência prestada aos usuários.

Conforme Henriques (2005), o trabalho em equipe é identificado ao diálogo permanente, ao respeito aos diferentes saberes e práticas e ao usuário como o centro da arena em que irá se configurar a atenção em saúde. “O ponto de vista apresentado é o de não haver necessidade de que uma ação profissional se sobreponha a outra, mas que, ao possuírem aspectos que são diversos no seu campo específico de saber e de cuidar, são todas igualmente importantes para o usuário, na capacidade de entendê-lo de modo abrangente, na sua singularidade” (p.153).

Segundo Gomes, Guizardi e Pinheiro (2005), a simples justaposição dos profissionais com formações distintas não garante um atendimento integral ao usuário. Assim, a fragmentação entre os profissionais e suas práticas nos serviços de saúde constitui um obstáculo ao princípio da integralidade. Os autores comparam a equipe de saúde a uma orquestra que deve trabalhar em harmonia, entendida como um arranjo de elementos diferentes reunidos por uma relação de pertinência. A metáfora da orquestra relaciona-se a um agrupamento de profissionais com saberes e técnicas distintos, que utilizam diferentes instrumentos e que têm como produto de um trabalho algo que recebe o caráter de arte. “É o

*agir em concerto* (grifo dos autores) desses profissionais, respeitando suas especificidades e responsabilidades que garante a execução da sinfonia” (p.108). Os autores sustentam que:

*Agir em concerto* (grifo dos autores) é garantir as especificidades relativas aos campos de saber profissionais em prol de um objetivo comum, que é a saúde do usuário; é perceber que o trabalho só ocorre com a participação de todos e que não obstante o fato de que em determinados momentos alguns profissionais se sobressairão, a saúde do usuário não se pode circunscrever à prática de apenas uma categoria profissional (GOMES; GUIZARDI; PINHEIRO, 2005, p.108).

Assim, a ação em concerto é fundamental para que a integridade da equipe se mantenha. Uma relação que não seja baseada no tripé acolhimento, vínculo e escuta não permite a construção da relação dinâmica e faz com que os profissionais se enclausurem em seus saberes predefinidos e em suas práticas individualizadas, fundamentadas pela arrogância epistemológica que nega o outro como sujeito de sua saúde (GOMES; GUIZARDI; PINHEIRO, 2005).

Souza e Mourão (2002) sustentam que a conceitualização do trabalho em equipe deve ser transformada, buscando a constituição de uma nova organização do trabalho. Para essa transformação, é necessário que cada um transponha outros elementos novos e receba aqueles que ampliem a comunicação entre os profissionais e, destes, com a população. Assim:

Para possibilitar a construção da interdisciplinaridade na área da saúde, é preciso resolver o dilema da convivência entre as disciplinas sociais e biológicas, pois perdura a tendência de desvalorização das primeiras. Entendemos que o dilema reside na formação em saúde que, ao longo da história, se comprometeu basicamente em definir uma única profissão que liderasse o projeto sanitário (SOUZA; MOURÃO, 2002, p.37).

Finalmente, podemos entender a relação entre interdisciplinaridade e trabalho coletivo em saúde, o que certamente reflete na discussão sobre a prática da integralidade das ações de saúde. Um trabalho em equipe, com pretensões interdisciplinares, põe em xeque a capacidade de diálogo e de comunicação entre os profissionais, o que revigora os saberes de cada profissional e tem efeito na qualidade e eficiência da assistência ao usuário conforme a contribuição dos autores já citados.

Acreditamos que a universidade representa um espaço privilegiado de promoção da interdisciplinaridade e de construção coletiva de conhecimento. A aplicação da comunicação entre os diversos campos de saber deve, portanto, ter como ponto de partida a

integração entre os estudantes que futuramente exercerão essa prática no mercado de trabalho da saúde.

#### 4.4 NOVAS EXIGÊNCIAS NA FORMAÇÃO: APROXIMANDO UNIVERSIDADE E SUS

A universidade tem um papel fundamental tanto na formação em saúde quanto na assistência, na medida em que ambos os campos não se dissociam. Se partirmos dessa concepção, é possível entender a responsabilidade da universidade ao ser convocada a participar da Reforma Sanitária Brasileira. As mudanças ocorridas na assistência à saúde ao longo das últimas décadas estão, portanto, atreladas ao perfil do profissional que a universidade deve formar. Como vemos, a relevância da universidade vai além do campo educacional. Toda a sociedade é afetada pelas ações da universidade, por meio dos projetos de extensão, pesquisas envolvendo seres humanos, estágios, entre outras atividades.

Chauí (2001) sustenta que a universidade é uma instituição social. Isso significa que ela realiza e exprime, de modo determinado, a sociedade de que é e faz parte. Não se trata de uma realidade separada e sim de uma expressão historicamente determinada de uma sociedade determinada.

A autora salienta que desde o surgimento da universidade, no século XIII europeu, ela sempre foi uma instituição social. Nesse sentido, refere-se a uma ação social, uma prática social fundada no reconhecimento público de sua legitimidade e de suas atribuições, num princípio de diferenciação que confere à universidade autonomia perante outras instituições sociais. Com as lutas sociais e políticas dos últimos séculos, com a conquista da educação e da cultura como direitos, a universidade tornou-se também uma instituição social inseparável da idéia de democracia e de democratização do saber (CHAUÍ, 2001).

Ceccim e Feuerwerker (2004a) questionam a autonomia universitária frente à responsabilidade social da educação das novas gerações profissionais do país. Assim, a universidade não poderia ser independente da regulação e direção política do Estado, sendo papel dos governos desenvolver políticas que induzam explicitamente as universidades ao cumprimento de seu papel social. Ou seja, a universidade não é independente dos interesses da sociedade ou da sua relevância pública, já que exerce um mandato público e não uma soberania acadêmica.

A Constituição Federal do Brasil de 1988, no seu artigo referente à educação superior, afirma que o ensino deve cumprir as normas da educação nacional, mesmo que faça parte da iniciativa privada. O Ministério da Educação e o Conselho Nacional de Educação impõem restrições à autonomia em temas considerados como de responsabilidade pública relevante (BRASIL, 1988).

Se concebermos as políticas públicas como de interesse social ou como resposta do governo às demandas sociais, a mudança na graduação é parte das transformações necessárias à construção de um novo lugar social à universidade brasileira. No caso da saúde, o perfil de formação dos profissionais, sua capacidade de oferecer atendimento integral e as demais diretrizes do SUS devem ser tomadas como determinantes na formulação da política do SUS para a mudança na graduação, uma vez que essa é uma exigência das lutas nacionais por saúde, no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Segundo o projeto Pró-Saúde:

Reconhecer a conexão entre a esfera do trabalho e da educação implica na ampliação do conceito de saúde, reconhecendo suas interfaces com outros temas e com a riqueza de valores e processos, somados à diversidade de olhares e subjetividades deste complexo sistema, na busca da transição de um modelo de atenção pautado na Promoção da Saúde (BRASIL, 2007b, p.8).

A mobilização do setor da saúde, com a definição das Diretrizes Curriculares Nacionais, correspondeu à preocupação com a consolidação do SUS, mas também ao esforço intelectual de romper definitivamente com o paradigma biologicista, medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado. Tudo isso atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na construção das profissões. Além disso, as diretrizes corresponderam ao engajamento pela melhor aplicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, tendo em vista a melhor formação inicial para a absorção de trabalhadores no sistema de saúde e o ordenamento de sua educação permanente (PINHEIRO; CECCIM, 2006, p.23).

O crescimento das especializações não garante a satisfação da população no que concerne ao atendimento, aos serviços e à própria relação com os profissionais de saúde. Um dos fatores que predis põem tal postura, de acordo com Ceccim e Carvalho (2006), é a fragilidade do ensino sobre o SUS na formação básica e a ausência dos termos da integralidade como critério para estipular as práticas.

As questões de natureza ética e humana relativas à formação têm sido preteridas na sala de aula, não sendo articuladas metodologias de ensino que instiguem o aluno a participar, construir implicação e assumir responsabilidades no seu processo de formação. As Diretrizes Nacionais apontam para a mudança na educação da saúde em direção às práticas cuidadoras, ao trabalho em conjunto dos profissionais da equipe de saúde e ao máximo compromisso com o SUS. Isso significa rever o conceito de saúde e conhecer a realidade local. A implementação das diretrizes curriculares deve estar voltada para a afirmação da vida pelo aporte das ciências da saúde, onde conhecimentos biológicos, humanísticos e sociais estabeleçam arranjos inovadores e inusitados (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Sobre as metodologias de ensino, os autores sugerem que não se aprende apenas por transmissão cognitiva, gerando a memorização. Assim, para incorporar modos e perfis, são necessárias exposições de si e contato com a alteridade. Já a seleção de conteúdos deve ser feita pela integralidade, o que implica contato com as redes sociais por onde circulam os usuários, conhecimento das políticas de saúde e dos desenhos tecno-assistenciais, desenvolvimento de capacidades intelectuais e práticas para o exercício de apoio entre profissionais e educação permanente. Enfim, os conteúdos devem ser coerentes com as competências para o ‘aprender a aprender’<sup>11</sup> e não com o critério de cercar todos os conteúdos ainda que superficialmente (op. cit., p.90-91).

Saippa-Oliveira, Koifman e Pinheiro (2006) ressaltam que, no currículo dos cursos da saúde, conteúdo e método não se dissociam, não são independentes. Para se produzir práticas inovadoras no processo de formação é preciso considerar, portanto, tanto o método de ensino quanto o conteúdo, sendo a responsabilidade com o setor saúde, notadamente com o SUS e com a integralidade uma referência.

Nesse sentido, teoria e prática são indissociáveis, o que remete à integração ensino-serviço e à articulação entre universidade e serviços de saúde. É isso que exige dos envolvidos - professor, aluno, trabalhador - um esforço para desconstruir o modelo de ensino baseado nas disciplinas (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PINHEIRO, 2005). Os autores sugerem que:

O conhecimento deve receber tratamento multidimensional, permitindo a compreensão complexa da realidade, a circulação de diferentes valores (interesses, enfoques ou pontos de vista) presentes nas questões humanas, científicas e sociais. Deve haver uma relação mais estreita entre os conteúdos que são trabalhados no currículo e as necessidades dos estudantes, de maneira que possam ser utilizados em diferentes contextos e

---

<sup>11</sup> Aprender a aprender é um dos objetivos das Diretrizes Curriculares dos Cursos da Saúde (BRASIL, 2001b).

situações profissionais cotidianas (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PINHEIRO, 2006, p.210).

Para isso, é necessário trabalhar com os estudantes a capacidade de estabelecer relações entre as informações que recebem e as que trazem consigo ou constroem entre si e as relações de aprendizagem que estimulem trocas, confrontos e exposições. Assim, o processo de construção do currículo no seu dia-a-dia pode ser entendido como uma prática reflexiva, dialógica e articuladora que se refere à coletividade e às características particulares locais. A construção de uma forma viva de educação e avaliação busca realidades cotidianas verificadas por todos os envolvidos (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PINHEIRO, 2006).

Freire (2005, p.65) critica o ato de educar como algo estático, compartimentado e alheio à experiência existencial dos educandos, onde o educador exerce a tarefa de narrar ou dissertar conteúdos aos educandos, nesse momento, considerados objetos pacientes. Em tal concepção, nomeada pelo autor de educação bancária, o educador aparece como agente e o educando como sujeito que recebe conteúdos que são “retalhos da realidade desconectados da totalidade em que engendram”.

Assim, o educador é o sujeito que conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado e a narração os transforma em vasilhas, em recipientes a serem preenchidos pelo educador. Portanto, a educação se tornaria um ato de depositar algo (um determinado conteúdo) em algum lugar, onde o educador seria o depositante e os educandos, os depositários que recebem informações pacientemente, as memorizam e repetem. Além disso, os educadores seriam os sábios que ensinariam aos que nada sabem, os educandos (FREIRE, 2005). Desse modo, nas palavras de Freire (2005, p.66-67), a concepção bancária de educação é assim formulada:

Eis aí a concepção “bancária” da educação, em que a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los. Margem para serem colecionadores ou fichadores das coisas que arquivam. No fundo, porém, os grandes arquivados são os homens, nesta (na melhor das hipóteses) equivocada concepção “bancária” da educação. Arquivados, porque, fora da busca, fora da práxis, os homens não podem ser. Educador e educandos se arquivam na medida em que, nesta distorcida visão da educação, não há criatividade, não há transformação, não há saber.

Segundo Freire (2005, p.72,77), a educação bancária sugere uma dicotomia inexistente homens-mundo. “Homens simplesmente no mundo e não com o mundo e com os outros. Homens espectadores e não recriadores do mundo”.

Já a educação problematizadora é baseada na comunicação, na relação dialógica e na superação da contradição entre educador-educando. Assim, o educador, além de educar, educa em diálogo com o educando, que, ao ser educado, também educa. Portanto, ambos se tornam sujeitos do processo, crescendo juntos (FREIRE, 2005).

Cabe salientarmos que na obra ‘Educação como prática da liberdade’, o autor sustenta: “É fundamental, contudo, partirmos de que o homem, ser de relações e não só de contatos, não apenas está no mundo, mas com o mundo. Estar com o mundo resulta de sua abertura à realidade, que o faz ser o ente de relações que é” (FREIRE, 1982, p.39).

Como vimos, estar com o mundo, interagindo com o outro e transformando o mundo, faz toda a diferença. A educação que tem como ponto de partida a problematização da realidade, conforme a metodologia freireana, promove a capacitação do aluno para uma vida em sociedade. No caso da formação em saúde, podemos salientar que tal concepção de educação causa transformações no sistema de saúde e nos demais setores, já que entender a intervenção do estudante de forma ativa é promover a competência para atuar frente às amplas necessidades da população.

Comparando a educação bancária com a problematizadora, Freire (2005, p.83) afirma que a primeira, assistencialista, inibe a criatividade, nega a vocação de humaniza-se, ao passo que a segunda se funda na criatividade e estimula a reflexão. “O homem como ser inconcluso, consciente de sua inconclusão, e seu permanente movimento de busca do ser mais”. Sua inconclusão se daria por sua realidade histórica e inacabada. As raízes da educação se encontram na inconclusão dos homens e na consciência que dela têm, “a educação se re-faz constantemente na práxis” (op. cit., p.84).

O diálogo, entendido como a essência da educação como prática da liberdade, é o encontro dos homens mediatizado pelo mundo. Trata-se de um ato de criação. “A conquista implícita no diálogo é a do mundo pelos sujeitos dialógicos, não a de um pelo outro” (FREIRE, 2005, p.91). Há, portanto, uma idéia de transformação mútua entre os dialogantes, o que promove a libertação dos homens.

A auto-suficiência é incompatível com o diálogo. Para haver diálogo é preciso amor ao mundo e aos homens; é preciso humildade, fé nos homens, no seu poder de fazer e refazer, de ser humano crítico, de ter esperança. O diálogo como encontro dos homens para a pronúncia do mundo é uma condição fundamental para a sua real humanização (FREIRE, 2005).

Freire (2005, p.141) parte da afirmação de que os homens são seres da práxis, são seres do “quefazer”, que emergem do mundo, objetivam-no e podem transformar o mundo com seu trabalho. “O quefazer é teoria e prática. É reflexão e ação”.

Assim, formar é muito mais do que puramente treinar o educando no desempenho de destrezas. “A reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação Teoria/Prática” (FREIRE, 1996, p.22). O autor sustenta que:

[...] quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. É nesse sentido que ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos nem *formar* (grifo do autor) é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado (FREIRE, 1996, p.23).

Como vimos, as contribuições do pensamento de Freire (2005) nos impulsionam a reafirmar a consistência das Diretrizes Curriculares, quando estas afirmam a importância da inserção do aluno nos serviços de saúde, o protagonismo dos estudantes no processo ensino-aprendizagem e a valorização de competências que ultrapassam habilidades técnicas-científicas. Tudo isso nos faz relacionar a integração entre teoria e prática com a integração entre ensino e serviço de saúde. E se nos referimos a integração, cabe salientar que trata-se de uma parceria e da produção de conhecimento que ocorre simultaneamente. Assim, o aprender fazendo e a reflexão crítica sobre a prática potencializam tanto a teoria quanto a experiência adquirida no serviço.

Henriques (2005) aponta problemas e dificuldades na interseção entre ensino e serviço, a saber: a universidade está no serviço sem levar em consideração os trabalhadores que lá estão, que seus objetivos estão definidos *a priori* e não podem se afastar da estrutura já estabelecida; não há participação do profissional do serviço, a não ser na supervisão do estudante, feita, em alguns casos, sem a discussão ou presença efetiva do docente. Por outro lado, completa a autora, há críticas à diferença marcante entre lógica de organização dos serviços, centrada na produtividade de seus procedimentos técnico-operativos, e a lógica da instituição formadora, centrada na produtividade de conhecimentos teóricos e metodológicos.

O momento da imersão do estudante no cotidiano dos serviços poderia trazer recursos riquíssimos para o aprendizado do cuidado e da organização dos processos de trabalho e gestão. Assim, as experiências vivenciadas e observadas nos serviços durante as aulas práticas e estágios poderiam ser aproveitadas como um momento pedagógico para refletir a prática do cuidado e suas repercussões. “É preciso trazer sentidos para a maneira

como a assistência se organiza e desenvolve naquele espaço, onde também estamos” (HENRIQUES, 2005, p.152).

A interação serviços-universidade pode ser produtiva e transformadora. O cotidiano dos serviços deve ser aí discutido. Nesse contexto, a universidade permanece como referência de saber legítimo e autorizado, restringindo o olhar sobre o sistema de saúde como espaço também legítimo de produção de saberes e práticas inovadoras na construção da integralidade (op. cit.).

Ceccim e Feuerwerker (2004b) formulam uma análise crítica da educação que ocorre na saúde. Propõem a imagem do quadrilátero da formação para a saúde, composto por ensino, gestão, atenção e controle social. A imagem do quadrilátero propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar a interação entre indivíduos, coletivos e instituições. No quadrilátero estão presentes aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais.

A formação que conta com a prática em experimentação, permite que o cotidiano de relações da organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde se incorpore ao aprender e ao ensinar, formando profissionais para a área da saúde, mas formando para o SUS. Os autores sustentam que:

A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p.43).

Nesse sentido, o trabalho em saúde é um trabalho de escuta em que a interação entre profissional e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial. A incorporação de novidade tecnológica é premente e constante e novos processos decisórios repercutem na concretização da responsabilidade tecnocientífica, social e ética do cuidado, do tratamento ou do acompanhamento em saúde.

Ceccim e Feuerwerker (2004b) fazem um paralelo entre o movimento da Reforma Sanitária e das necessárias mudanças no setor educacional que acompanhem as necessidades de saúde da sociedade brasileira. Assim como o ideário da Reforma Sanitária propõe mudanças que afetam toda a sociedade, a reforma na formação para a saúde no Brasil deve englobar amplas transformações que incluem a adequação do perfil profissional formado pela universidade às necessidades da sociedade brasileira. Segundo os autores:

Cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas de orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p.46).

O movimento de mudanças da educação dos profissionais de saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais e as diretrizes do SUS colocam como perspectiva a existência de instituições formadoras com relevância social, ou seja, comprometidas com as necessidades da população. Assim, a articulação entre educação superior e o sistema de saúde deve acompanhar o SUS, conforme consta na Constituição, na Lei Orgânica da Saúde e nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Os autores sustentam que novos passos são necessários para além das diretrizes. Assim, políticas claras do SUS, pautadas por suas diretrizes, devem indicar ações orientadas para a mudança na formação dos profissionais. Uma política para a mudança tem que ser capaz de ir além das intenções e de propostas; deve ser capaz de convocar o pensamento crítico e o compromisso de todos os atores, além de oferecer possibilidades de interferência real no processo de formação profissional.

Uma política do SUS para a mudança na formação deve levar em conta todos os elementos indispensáveis para garantir o perfil de competências profissionais necessário à consolidação do sistema de saúde. Assim, a potencialidade de abordagem integral exige aprendizagem da clínica e transformação institucional a partir das práticas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

A relação entre as novas práticas assistenciais propostas pela Reforma Sanitária e a adequação dos profissionais para realizarem tais práticas está fortemente dependente do preparo dos mesmos. Estes, além de reconhecerem a necessidade de mudança de postura frente às novas demandas, devem ser capacitados para a prática da assistência integral. Assim, o profissional deveria desenvolver, além das técnicas tradicionalmente disseminadas nas universidades, outras competências, incluindo os saberes não diretamente ligados à profissão. Conforme Ceccim e Feuerwerker (2004a):

A integralidade da atenção supõe, entre outros, a ampliação e o desenvolvimento da *dimensão cuidadora* (grifo dos autores) na prática dos profissionais de saúde, o que lhes possibilita tornar-se mais responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde e mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-

doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicionais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, p.1407).

Assim como o cientificismo varreu a dimensão subjetiva do mundo, o ensino na modernidade desqualificou, nas práticas de saúde, as ferramentas vistas como não científicas, invertendo prioridades como colocar a doença à frente do indivíduo. Portanto, centrar o olhar sobre a doença é negar a integralidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Silva Júnior, Pontes e Henriques (2006, p.101) observam que os estudantes da área da saúde costumam se identificar com uma postura ativa de fazer anamnese, exames, diagnóstico e tratamento. Dessa forma, a postura de saber ouvir seria tomada como demasiadamente passiva. Os estudantes, então, teriam dificuldades em perceber que a escuta é um processo ativo na busca de identificar sofrimento. “Os alunos aprendem, com frequência, a entrevistar os usuários a partir de um roteiro rígido voltado para a identificação de sinais e sintomas e não para a percepção de sofrimento e projeto de vida dos mesmos”. No entanto, quando os alunos têm a oportunidade de aprender a trabalhar num serviço orientado pelo princípio da integralidade, a formação se dá de forma ampliada, conforme consideram os autores:

Assim, em serviços onde o princípio da integralidade orienta o processo de trabalho das equipes, é possível a vivência dos alunos e professores em iniciativas de escuta qualificada das demandas da população e das várias visões sobre as demandas, produzidas pelo olhar diferenciado dos vários profissionais envolvidos que, numa visão inter ou transdisciplinar, se aproximam das questões e formulam projetos articulados de intervenção. Nessa perspectiva, a iniciativa de estudantes e professores pode agregar capacidade analítica e ampliar as formas e espaços de atuação sobre os problemas priorizados (SILVA JÚNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2006, p.102).

A complexidade tecnológica também envolve escutar o usuário, compreender suas demandas e contextos de vida, articular conhecimentos e ações para dar respostas e pensar dimensões coletivas e individuais. Portanto, são tarefas que exigem conhecimentos altamente complexos. “Advogamos que as tecnologias relacionais (leves) são necessárias em todos os níveis de atenção e têm a potencialidade de promover as transformações qualitativas desejadas na rede de serviços” (SILVA JÚNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2006, p.104).

Diante de tal complexidade e importância da tecnologia leve, cabe destacar que os autores propõem que “a inserção do ensino de profissionais de saúde deve ser em redes onde se possa vivenciar seus vários pontos, com suas especialidades e resolubilidades, assim como

os fluxos de acesso e retorno dos usuários em seus projetos terapêuticos” (SILVA JÚNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2006, p.105). Os autores concluem que:

A participação da universidade na rede de cuidados significa que em sua articulação com os serviços de saúde há de apresentar sinergia inerente ao seu modo de funcionamento e natureza de suas ações como uma concreta rede de serviços de saúde, com responsabilidades mútuas e ações pactuadas em torno dos interesses dos usuários e da coletividade. Ações estas que buscam a integralidade da atenção à saúde, cuja articulação com outros setores se coloca como importante dimensão a ser considerada (intersetorialidade) (op. cit., p.106).

A partir do estudo de algumas experiências, os autores sistematizam reflexões sobre projetos de formação de profissionais de saúde em rede de serviços. As tendências verificadas em universidades que promoveram transformações na formação de profissionais de saúde apontavam que o projeto político-pedagógico dos cursos se alinhava às propostas de mudanças no sistema de saúde. Além disso, o processo de transformação é permanente, diante do reconhecimento das demandas, da reconfiguração das necessidades e da reinscrição das intervenções desenhadas. No entanto, observam-se algumas dificuldades, de acordo com Silva Júnior, Pontes e Henriques (2006, p.107).

No campo da política institucional existem dificuldades no estabelecimento de projetos comuns entre universidades e serviços de saúde. Os interesses costumam ser diversos e muitas vezes conflitantes, frutos do desconhecimento mútuo e, muitas vezes, da disputa de espaços de legitimação junto à população. Como se não bastasse a diversidade de interesses, a alternância de correntes políticas na gestão dos serviços e da universidade provoca descontinuidades no desenvolvimento de pactos interinstitucionais.

Merhy (2005), apostando nos projetos terapêuticos cuidadores como um desafio para a mudança da escola médica e dos serviços de saúde, destaca duas situações-desafio na produção de um novo médico através de mudanças no ensino. São elas: 1) como identificar lugares efetivos de ação que levem à mudança no modo de ser da escola, redefinindo suas missões; 2) como qualificar a busca por um novo tipo de competência profissional.

O autor afirma que, para a mudança não bastam recursos materiais e docentes, ou seja, é preciso pensar nos modos como dispomos para produzir os nossos médicos, nas maneiras como os docentes se vinculam às práticas de ensino, suas adesões às necessidades dos alunos e os seus modos de agir na produção dos serviços. Assim, as mudanças estariam nos processos, nos fazeres. As mudanças são operadas tanto no campo das micropolíticas dos processos de trabalho

em saúde e os modos de governá-los, quanto no das modelagens organizacionais para instituí-los como modelos de ação em saúde.

É preciso compreender que as diversas tecnologias empregadas na saúde podem se integrar e uma potencializar a outra. As tecnologias duras não devem empobrecer o cuidado e sim somar recursos. Por isso é que o aluno deve estar preparado para valorizar todas elas na busca de um melhor resultado para o usuário. Segundo Merhy (2005, p.162):

Diante da complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, advoga-se a noção de que só uma conformação adequada da relação entre os três tipos [de tecnologias: a leve, a leve-dura e a dura] é que pode produzir qualidades no sistema, expressa em resultados, como: maior defesa possível da vida do usuário (individual ou coletivo), maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema e desenvolvimento de ações que permitam a produção de maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo.

Como vemos, as mudanças no ensino são produzidas a cada dia, a partir do reconhecimento das necessidades dos alunos e dos serviços de saúde. A construção de um novo profissional se daria com o reconhecimento das novas competências exigidas para o futuro trabalhador. Aliás, algumas delas não são novas; são reconhecidas como novas hoje, após décadas de discussão sobre a saúde ampliada. Na verdade, algumas habilidades são necessárias desde sempre, já que o objeto da saúde sempre foi o sujeito, o ser humano. E para lidar com o ser humano, antes de tudo, deve-se considerar seu pensamento, sua concepção de adoecimento e sua vontade de promover sua saúde. Portanto, tudo isso deve ser refletido na universidade ao longo da graduação, no âmbito de um esforço conjunto da universidade e dos profissionais que atuam e ensinam nos serviços de saúde.

## **5 CAMINHO METÓDICO DO ESTUDO**

A seguir, serão descritos os passos seguidos para alcançarmos os resultados do estudo. Detalharemos o tipo de pesquisa, o cenário, os sujeitos do estudo e a estratégia de coleta e análise dos dados.

## 5.1 TIPO DE PESQUISA

Realizamos uma pesquisa qualitativa por considerarmos a importância de investigar algumas questões relativas ao objeto de estudo com profundidade. Buscamos abordar questões como as relações entre professores e alunos, a motivação para a docência e o desejo dos sujeitos de contribuir para transformações no sistema de saúde.

Conforme Chizzotti (2000, p.79):

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Assim, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas como a pesquisa quantitativa. Porém, os dados quantitativos e qualitativos não se opõem, complementam-se, já que a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (MINAYO, 1994).

Segundo Minayo (2007, p.22-23), as metodologias de pesquisa qualitativa são entendidas como:

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE (grifo da autora) como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu

advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

A abordagem qualitativa, ao pesquisar os diferentes significados atribuídos ao adoecer, ao ato de cuidar e ao ‘estar saudável’ pode construir pontes para uma ação dos serviços e dos seus agentes que seja mais pautada no diálogo e no reconhecimento das distintas lógicas culturais que orientam as ações de saúde. Trata-se da negociação respeitosa entre a racionalidade médico-científica com outras racionalidades e conteúdos que foram banidos do espaço dos serviços, sejam aquelas inspiradas no senso comum, na tradição e no pensamento mágico - forças poderosas de organização simbólica e cotidiana da vida das pessoas. Portanto, seria a ampliação dos horizontes da ação de saúde (DESLANDES e GOMES, 2004).

## 5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Fizeram parte do cenário do estudo as Faculdades dos cursos de graduação que formam profissionais da área da saúde<sup>12</sup> na Universidade Federal de Juiz de Fora. A UFJF possui os seguintes cursos que formam profissionais da saúde: Serviço Social, Educação Física, Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Psicologia e Biologia. Este último não fará parte de nosso estudo por tratar-se de uma profissão que não se envolve diretamente com assistência à saúde, foco de nossa investigação.

## 5.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Uma pergunta importante é: “quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?” (DESLANDES, 1994, p.43).

---

<sup>12</sup> Cabe esclarecer que nos referimos a cursos que formam profissionais de saúde reconhecidos pela resolução N. 218/97 do Conselho Nacional de Saúde e não a cursos da saúde.

Segundo Chizzotti (2000), todas as pessoas que participam da pesquisa são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam. Além disso, como sujeitos da pesquisa, identificam os seus problemas, discriminam as necessidades prioritárias e propõem as ações mais eficazes. Assim, reconhecendo a capacidade de produção de conhecimento a partir dos sujeitos, nosso objetivo foi analisar os dados referentes às falas dos mesmos em profundidade, o que está de acordo com as propostas de uma pesquisa qualitativa.

Entrevistamos 34 professores dos cursos de graduação das profissões da saúde na UFJF. Nesse contexto, foram considerados alguns sujeitos estratégicos, ou seja, aqueles capazes de responder pelo ensino das disciplinas relacionadas à saúde, pois esses foram também escolhidos pelo papel que ocupam dentro de qualquer proposta de organização curricular. Assim, optamos por entrevistar, em cada curso, o coordenador ou o vice-coordenador e o chefe de departamento ou o vice-chefe de departamento. Os vice-coordenadores e os vice-chefes de departamento só foram convidados a participar da pesquisa no caso em que os coordenadores e os chefes de departamento se recusaram a participar.

Cabe esclarecer que todos os cursos, exceção feita ao de Psicologia, possui mais de um departamento; a distribuição dos departamentos se dá por agrupamentos de disciplinas. O curso de Fisioterapia se difere dos demais por estar vinculado ao curso de Medicina; é, portanto, um dos departamentos do curso de Medicina.

O curso de Psicologia é um departamento dentro do Instituto de Ciências Humanas (ICH/UFJF). Neste sentido, foram sujeitos do estudo o coordenador ou vice-coordenador do curso de Psicologia e os professores que ministram aulas direcionadas à área da saúde.

O curso de Serviço Social possui dois departamentos. Não há um departamento específico para a saúde, sendo as disciplinas da saúde pertencentes a ambos os departamentos. Assim, em relação ao curso de Serviço Social, foram sujeitos do estudo o coordenador ou vice-coordenador e os professores das disciplinas da saúde.

Quando nos referimos aos cursos de Farmácia e Bioquímica, considera-se como uma única faculdade.

Os critérios de inclusão no estudo foram: professores dos cursos de Serviço Social, Educação Física, Farmácia e Bioquímica, Medicina, Fisioterapia, Psicologia, Odontologia e Enfermagem que ocupam os cargos de coordenador e vice-coordenador do curso, chefe e vice-chefe de departamento, que concordaram em participar de maneira voluntária do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

No caso dos cursos de Psicologia e Serviço Social, os professores das disciplinas direcionadas à saúde foram incluídos por considerarmos os mesmos como sujeitos estratégicos e excluímos o chefe e vice-chefe dos departamentos que englobam todas as disciplinas do curso. Esses departamentos coordenam todo o curso e não as disciplinas da saúde especificamente.

Foram excluídos do estudo aqueles professores que ocupam os cargos supracitados e que se recusaram a participar. Portanto, considerando todos os departamentos e coordenações, entrevistamos 34 sujeitos estratégicos, conforme indicação da tabela.

TABELA 1 – Distribuição dos Sujeitos do Estudo

CURSOS	Número de Departamentos	Número de Coordenações	TOTAL
Educação Física	3	1	4
Enfermagem	3	1	4
Farmácia e Bioquímica	3	1	4
Medicina e Fisioterapia	6	2	8
Odontologia	3	1	4
Psicologia <sup>13</sup>	3	1	4
Serviço Social	5	1	6
			TOTAL 34

Fonte: Da Autora

Cabe esclarecer que houve seis professores que, ao serem convidados a participar da pesquisa não se disponibilizaram, alegando falta de tempo, adiando excessivamente<sup>14</sup> ou desmarcando a entrevista. Sendo assim, convidamos os vice-chefes de departamento e vice-coordenadores dos cursos. Nesse caso, todos os que ocupavam cargo de vice aceitaram o convite, o que não alterou o número de sujeitos contido no projeto inicial.

Assim, entrevistamos 16 chefes de departamento, 7 coordenadores, 1 vice-coordenador, 2 vice chefes de departamento e 8 professores dos cursos que não consideramos chefia de departamento (Serviço Social e Psicologia). O tempo de cada entrevista variou entre 8 e 67 minutos.

<sup>13</sup> Nos cursos de Psicologia e Serviço Social, consideramos o número de professores das disciplinas da saúde e não o departamento.

<sup>14</sup> Alguns docentes não se disponibilizaram após cerca de dois meses de contatos pessoais ou por e-mail. Após reconhecermos o limite de nossa insistência, consideramos tal atitude como uma indisponibilidade.

Foram entrevistados 13 professores do sexo masculino e 21 professores do sexo feminino. A idade variou entre 28 e 65 anos. O tempo de trabalho na UFJF oscilou entre 4 meses e 36 anos e o ano de conclusão da graduação entre 1963 e 2004. Em relação à titulação, temos 1 professor graduado, 6 especialistas, 11 mestres, 13 doutores e 3 professores com pós doutorado.

#### 5.4 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

Como estratégia de coleta de dados, utilizamos a entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B). Optamos, ainda, em conhecer como estão estruturados os currículos por meio de análise prévia das matrizes curriculares. As entrevistas foram realizadas entre os meses de março e agosto de 2008.

A pesquisa documental é parte integrante de qualquer pesquisa sistemática e precede ou acompanha os trabalhos de campo; pode ser um aspecto dominante em trabalhos que visam mostrar a situação atual de um assunto determinado ou mesmo sua evolução histórica. “Documentação é toda informação sistemática, comunicada de forma oral, escrita, visual ou gestual, fixada em um suporte material, como fonte durável de comunicação” (CHIZZOTTI, 2000, p.109).

A entrevista é definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. As informações são obtidas através de um roteiro de entrevista constando de uma lista de pontos ou tópicos previamente estabelecidos de acordo com uma problemática central e que deve ser seguida (HAGUETTE, 1999).

Segundo Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. O autor esclarece:

Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVIÑOS, 1987, p.146).

A entrevista semi-estruturada mantém a presença consciente e atuante do pesquisador e, ao mesmo tempo, permite a relevância do ator, favorecendo não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade (TRIVINÕS, 1987).

O projeto, antes de ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF), foi apresentado à Direção da Faculdade de Medicina (UFJF), ao qual o Mestrado de Saúde Coletiva está vinculado e aos demais diretores dos cursos da área da saúde a fim de solicitação da autorização para realização da pesquisa (ANEXOS A-G). Na ocasião, solicitamos a declaração de infraestrutura de cada unidade acadêmica envolvida no cenário do estudo (ANEXOS H- N).

De posse dessa autorização, demos entrada no CEP/UFJF. O projeto foi aprovado pelo CEP em 18 de outubro de 2007, através do Parecer nº 344/2007 (ANEXO O). Posteriormente, entramos em contato com as coordenações dos cursos a fim de solicitar uma cópia da estrutura curricular do curso de graduação. Esses documentos fizeram parte da etapa da coleta de dados do estudo. A estrutura curricular foi solicitada para uma melhor visualização da organização dos currículos, uma vez que o material de análise foi constituído, de fato, pelas falas das entrevistas. O modelo de solicitação desse material constitui-se o APÊNDICE C.

A outra etapa da coleta de dados consistiu na realização das entrevistas semi-estruturadas com os sujeitos estratégicos. Para tanto, entramos em contato com os sujeitos da pesquisa para a marcação do dia, horário e local de cada entrevista. Nesse momento, foi explicado a cada sujeito o objetivo do estudo. Depois de concordarem, marcamos a entrevista conforme a disponibilidade de cada um. No dia, horário e local marcados, demos início às entrevistas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE (APÊNDICE A). Foi garantido o sigilo e o anonimato dos sujeitos participantes.

No estudo, após cada fragmento das entrevistas, há uma referência aos sujeitos através de letras que indicam os cursos e números que estão relacionados à ordem de realização das mesmas. Tais números foram acrescentados com a finalidade de organização do trabalho e preservação da identidade dos sujeitos. Assim, temos os seguintes cursos e respectivas referências: Fisioterapia (F), Medicina (M), Psicologia (P), Farmácia e Bioquímica (FB), Educação Física (EF), Serviço Social (SS), Odontologia (O) e Enfermagem (E).

As entrevistas foram marcadas pessoalmente, por contato telefônico ou por e-mail. O recurso do contato telefônico ou e-mail foi utilizado após tentativas de localização dos

professores nos respectivos departamentos, secretarias e coordenações. Após algumas tentativas sem êxito, nos informamos sobre o endereço eletrônico ou número de telefone e, finalmente, o primeiro contato foi realizado. Nesse momento, foi esclarecida a natureza do estudo, bem como seus objetivos. A partir daí, a entrevista foi marcada; em alguns casos, o contato foi realizado, mas a entrevista não ocorreu. Cabe informar que a dinâmica dos cursos nem sempre favoreceu o contato inicial por conta das diversas atividades que muitos professores realizam fora de sala de aula, em outros espaços de ensino do curso.

As entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas e transcritas em sua íntegra a fim de utilizarmos todas as falas dos entrevistados como material de análise. As transcrições foram realizadas após o término da entrevista para que a análise fosse iniciada o mais rápido possível, o que facilitou a compreensão da pesquisadora, através de sua memória recente, sobre algum trecho que tenha sido prejudicado por ruídos, ou dicção pouco clara dos sujeitos. As fitas magnéticas nas quais as entrevistas foram gravadas ficarão sob a guarda da pesquisadora até cinco anos após a pesquisa. Findado esse período, as fitas serão destruídas.

Podemos apontar que, de uma maneira geral, os entrevistados ficaram à vontade para responder às perguntas. As respostas das primeiras perguntas geralmente vinham carregadas de ansiedade e formalidade, o que é naturalmente compreensível devido ao clima inevitavelmente formal de uma pesquisa científica, apesar de a entrevistadora tentar construir um vínculo com o entrevistado através de uma conversa agradável, antes de o gravador ser ligado. À medida que a entrevista fluía, os entrevistados respondiam às questões com mais tranquilidade, espírito crítico e reflexivo.

Cabe observar que alguns entrevistados já contextualizavam a integralidade espontaneamente desde o início da entrevista, quando as questões eram relacionadas à estruturação do currículo e reforma curricular, já que o TCLE e a pesquisadora informavam o objeto do estudo. Isso indica o desejo de colaborar com a pesquisa bem como a expressão de um conteúdo e uma preocupação previamente presente no cotidiano dos professores.

Antes de o gravador ser ligado, conversávamos um pouco sobre o curso, o departamento e outros assuntos introduzidos pelos entrevistados. Isso contribuiu para a construção de um clima de confiança na entrevistadora e a compreensão da relevância do estudo. Alguns faziam muitas perguntas sobre a metodologia e objetivos da pesquisa. Observamos que o tema foi muito bem aceito pelos professores e a pesquisa foi respeitada e valorizada, apesar da dificuldade, em muitos casos, de marcação de um horário para a entrevista.

## 5.5 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados envolve dois tipos de material: a estrutura curricular e as entrevistas. A análise da estrutura curricular considerou o programa das disciplinas, o objetivo, a bibliografia, a metodologia utilizada e o conteúdo programático.

Em relação às entrevistas, cabe esclarecer que após suas transcrições, os dados foram analisados segundo o método da Análise de Conteúdo que, segundo Triviños (1987), estuda a comunicação entre os homens, enfatizando o conteúdo das mensagens.

Conforme Minayo (2007), a Análise de Conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.

Entre várias modalidades de Análise de Conteúdo, utilizaremos, no presente estudo, a análise temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. A análise temática desdobra-se em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2007).

A primeira etapa, a pré-análise, consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Pode ser decomposta em: leitura flutuante do conjunto das comunicações, quando o pesquisador toma contato direto e intenso com o material de campo; constituição do corpus, termo que diz respeito ao universo estudado em sua totalidade; formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, processo que consiste na retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro a leitura exaustiva do material e das indagações iniciais (op. cit.).

A cuidadosa transcrição das entrevistas já permitiu um contato intenso com o material coletado. Desde o momento da transcrição, foi possível refletir sobre os objetivos do estudo e explorar o conteúdo, ou seja, criar uma familiaridade com os discursos dos docentes. Cabe mencionar que durante a transcrição, o clima da entrevista era revivido, de forma a transcrever com a maior fidelidade possível o discurso dos sujeitos, observando as pausas, fim de frase, exclamações e falas reticentes.

A segunda etapa da análise temática descrita por Minayo (2007), que se refere à exploração do material, é a etapa de uma operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, busca-se encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas que organizam o conteúdo das falas. Os conteúdos que se repetiram

foram organizados em categorias, divididas em subcategorias, já que o material era extenso e complexo.

Finalmente, temos a etapa do tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Trata-se do momento em que os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas que permitem colocar em relevo as informações obtidas. “A partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material” (MINAYO, 2007, p.318).

Podemos salientar que, apesar da descrição de Minayo (2007) mencionar tratamento estatístico para os dados, nossa proposta é de priorizar o conteúdo das falas, o que não deve ser mensurado e sim interpretado. A autora admite que, apesar da técnica da análise de conteúdo ter suas raízes positivistas, há variantes desse tipo de abordagem que trabalham com significados em lugar de investir em inferências estatísticas.

Nessa etapa, foi possível organizar a ordem das categorias, relacionando-as e buscando responder ao objetivo da pesquisa: analisar a percepção dos professores sobre o ensino voltado para a integralidade. A interpretação dos dados se deu com base nos autores estudados na revisão bibliográfica. Assim, as falas foram expostas e, a seguir, os dados foram interpretados, fundamentando nossa argumentação com uma breve retomada do pensamento dos autores no contexto dos depoimentos.

Para Triviños (1987), a fase de interpretação referencial conta com a reflexão e intuição do pesquisador. Este deve estar atento para os conteúdos manifestos e latentes. Nesse sentido, em nossa análise dos dados seguimos o pensamento do autor, ou seja, os dados foram interpretados com reflexão e sensibilidade para captar com profundidade a fala dos sujeitos entrevistados.

Assim, o pesquisador deve ter muita sensibilidade para captar o conteúdo que não está tão explícito nas falas dos sujeitos e realizar uma ampla reflexão. “O objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas” (CHIZZOTTI, 2000, p.98).

Gomes (1994) sustenta que, no momento da análise final dos dados, procuramos estabelecer articulações entre esses dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões com base em seus objetivos. Trata-se da relação entre o concreto e o abstrato, entre o geral e o particular, entre a teoria e a prática.

A partir da análise dos dados feita à luz dos autores da revisão bibliográfica, pudemos nos aproximar das respostas às questões da pesquisa. Nesse momento, articulamos a

teoria exposta na bibliografia e nos documentos analisados à prática narrada pelos sujeitos da pesquisa. Portanto, no momento da análise dos dados, o estudo tomou consistência e a teoria estudada pôde ser aplicada a dados da realidade dos cursos que formam profissionais de saúde na UFJF. Foi uma etapa de reflexão sobre o tema e de transformação dos dados em produção de conhecimento.

As informações das entrevistas foram organizadas nas seguintes categorias e respectivas subcategorias: 1) As orientações dos Ministérios da Educação e da Saúde como norteadoras da formação em saúde: aproximando conceitos e percepções (documentos norteadores para formação em saúde: as políticas dos Ministérios da Educação e da Saúde – os objetivos das Diretrizes Curriculares a partir dos discursos docentes: uma reflexão sobre formar para a sociedade); 2) Os currículos: diálogos entre passado e presente (currículo desorganizado – currículo organizado, ensino, pesquisa e extensão – possibilidades e desafios diante do currículo em curso); 3) Os princípios do SUS orientando a formação (universalidade e equidade nos discursos dos docentes – integralidade nos discursos docentes).

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As entrevistas realizadas com os docentes, bem como a análise da estrutura curricular dos cursos estudados, permitem-nos lançar considerações sobre o ensino da saúde na Universidade Federal de Juiz de Fora.

Dividimos os temas apreendidos das entrevistas em três categorias. A categoria 1 aborda conceitos e percepções dos docentes sobre a reforma curricular, a categoria 2 aborda o currículo no contexto de sua evolução e a categoria 3 trata da percepção dos docentes sobre os princípios do SUS que orientam a formação.

No entanto, antes de apresentarmos as categorias extraídas das falas dos sujeitos do estudo, faremos uma exposição da análise realizada a respeito dos documentos de que tratam a organização dos currículos. Destacaremos os aspectos mais relevantes.

O curso de Enfermagem consiste em nove períodos. Observa-se uma metodologia composta por aula expositiva, pesquisa bibliográfica, discussão em grupo, observação em campo, seminários, visitas técnicas e discussões em sala de aula. Destaca-se a bibliografia contendo documentos do Ministério da Saúde e uma referência ao contexto local e à Secretaria Municipal de Saúde. Enfim, há uma proposta que inclui metodologias ativas de ensino-aprendizagem e relação entre teoria e prática.

O curso de Medicina é composto por doze períodos. Por meio de uma comissão, a Faculdade de Medicina deu entrada ao processo de reforma curricular em janeiro de 2001. Segundo a comissão, o currículo vigente na época encontrava-se defasado em relação às novas propostas formadoras. Definiu-se que os conhecimentos devem ser estudados com referência histórico-social, de modo a permitir que o aluno perceba, desde o início de sua formação, a aplicação do conhecimento na ciência e na sociedade.

Nesse contexto, segundo o projeto da reforma, a instituição formadora deve disseminar: visão multifocal, aproximação com as ciências sociais, inclusão social, aproximação da academia com a rede de serviços básicos de saúde, promover a interdisciplinaridade. Foram criadas disciplinas ligadas à Antropologia, Psicologia, além das do Departamento de Saúde Coletiva, como, por exemplo, Sistemas de Saúde, Epidemiologia, Atenção Primária à Saúde, Saúde Ambiental, entre outras. Observa-se a extinção de disciplinas de especialidades.

O curso de Fisioterapia é distribuído em dez períodos. As estratégias didáticas do curso incluem, além das aulas expositivas, seminários, debates, atividades práticas, relatório de atividades, observação em campo, pesquisa em banco de dados, internet, discussão de casos clínicos.

O curso de Odontologia é formado por dez períodos. Em seu currículo antigo, executado a partir da reforma curricular iniciada em 1993, já há uma preocupação com a inserção do curso no serviço público. O currículo atual, implantado a partir de 2003, objetiva formar o profissional generalista, além de outras características plenamente consoantes com as Diretrizes Curriculares. O currículo conta com disciplinas do Departamento de Ciências Sociais, Instituto de Ciências Biológicas, Faculdade de Direito, além das tradicionalmente inseridas na Faculdade de Odontologia. Destaque para estágio de clínica integrada em Atenção Primária à Saúde e seminários sobre acolhimento e humanização.

O curso de Farmácia e Bioquímica consiste em dez períodos. O processo de reforma curricular, atendendo às Diretrizes Curriculares aprovadas em 2001, desenvolveu-se com a instituição da comissão de reforma curricular, que após várias discussões e consultas aos departamentos envolvidos com o curso, apresentou a proposta de uma nova estrutura.

Segundo o projeto da reforma, a proposta do novo currículo, implementado no segundo semestre de 2003, significou a incorporação de uma nova abordagem, novas metodologias de ensino e a criação de oportunidades de inserção dos acadêmicos em programas de Saúde Coletiva e sua inserção em equipes de saúde, além de uma maior integração entre ensino, pesquisa e extensão.

O curso de Farmácia e Bioquímica traz como grande diferencial as atividades orientadas que se referem a uma nova modalidade do processo ensino-aprendizagem e que permitem a inserção do aluno na comunidade, orientado por preceptores das várias áreas e departamentos ligados ao curso. As atividades orientadas, que se iniciam no segundo período, são oferecidas ao longo do curso e permitem a articulação entre teoria e prática.

O curso de Serviço Social é formado por oito períodos. Destacam-se oficinas e os laboratórios temáticos, mais notadamente o da saúde, muito investido pelos alunos segundo os professores entrevistados.

O curso de Educação Física é composto por oito períodos. A nova matriz curricular foi aprovada em janeiro de 2007 e reformatada em junho de 2008. O aluno faz opção por habilitação em Bacharelado, que tem caráter científico e cultural, e licenciatura, eixo de sala de aula aberta. Até o quinto período, são oferecidas disciplinas comuns para ambas as habilitações; depois, o aluno escolhe entre bacharelado e licenciatura. O curso conta com disciplinas de outras unidades como a Faculdade de Educação e Instituto de Ciências Biológicas.

No curso de Psicologia, que tem duração de dez períodos, destaca-se a contextualização do trabalho do psicólogo nas instituições de saúde, na saúde no Brasil e na

sociedade atual. As participações nas aulas, as leituras, os trabalhos em equipes, seminários e a produção de textos são valorizados.

## 6.1 AS ORIENTAÇÕES DOS MINISTÉRIOS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE COMO NORTEADORAS DA FORMAÇÃO NA SAÚDE: APROXIMANDO CONCEITOS E PERCEPÇÕES

Como primeira categoria, apresentaremos a percepção dos professores sobre as orientações de reforma curricular contidas nos documentos ministeriais. Dividimos a primeira categoria em: subcategoria 1, relacionada a documentos e programas do Ministério da Educação e Ministério da Saúde; subcategoria 2, relacionada aos objetivos das Diretrizes Curriculares.

### **6.1.1 Documentos norteadores para formação em saúde: as políticas dos Ministérios da Educação e da Saúde**

Apresentaremos fragmentos das entrevistas que demonstram o conhecimento dos entrevistados acerca das orientações sobre reforma curricular. Nessa subcategoria, destacaremos os saberes dos docentes no que diz respeito à influência da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) na movimentação dos cursos da área da saúde no sentido de pensar as reestruturações no currículo para atender ao projeto de formação.

A partir da apreensão do estudo do Ministério da Educação que originou as Diretrizes Curriculares da saúde, é possível compreender que a mudança na graduação vai além da determinação legal; trata-se de uma necessidade de mudança na concepção de ensino e serviço de saúde. Vejamos alguns depoimentos a partir do questionamento sobre a reforma curricular:

Todas as nossas discussões, ponderações, melhor forma pra atender inclusive a questão da LDB nós não conseguimos fazer. (...) Nós vamos passar por um processo avaliativo agora, não sei como é que nós vamos ser avaliados, mas eu sinto que a gente não está articulado com a questão da

LDB e nem com a questão do novo paradigma, não sei, das novas diretrizes do SUS (E2, 2008).

No momento atual, nosso currículo, ele está estruturado de acordo com a proposta do MEC que são as Diretrizes Curriculares vigentes hoje na maioria das universidades federais. (...) Essa reestruturação, aqui na UFJF, basicamente, ela aconteceu até em função do movimento nacional. A gente procurou atender o que era diretriz proposta de fato pelo MEC. (...) Esse processo, ele vem acontecendo. Algumas disciplinas, percebemos depois da reforma, encaixaram perfeitamente e são totalmente modelos dentro do que foi proposto pelo Ministério da Educação. Outras ainda requerem ser reestruturadas para que, então, elas comecem a executar a reforma (M4, 2008).

E, especificamente, no caso aqui, a tendência, ela não só é esse tipo, dar um tipo novo de formação que é mais atento à realidade brasileira, mas como também atender aos requisitos do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação (O8, 2008).

Então, enfim, a gente fez um processo grande de conversa, de reuniões e de seminários, trouxemos auxílio externo pra ajudar a gente a montar a estrutura do curso, atendendo às Diretrizes Curriculares ... (...) Então, a gente, a faculdade de Farmácia de Juiz de Fora foi uma das pioneiras, que saiu na frente. (...) Houve muita rejeição quanto às diretrizes. (...) À medida que esses alunos saíam, que o currículo realmente antigo desapareça, eu acho que aí eles vão entender melhor o novo currículo, parar de reclamar um pouco e aceitar melhor e ver que realmente é um caminho que é legal e é um caminho que o MEC quer. Então não é uma invenção nossa. (...) Essas Diretrizes Curriculares saíram depois de um estudo muito grande feito pelo MEC, que a gente, alguns pontos a gente concorda, outros não, mas, enfim, vamos seguindo. (...) Então, acho que o currículo novo ele contempla bem tudo isso que a diretriz norteou pro curso de Farmácia (FB10, 2008).

Primeiro, por uma indicação, de resoluções, foi uma indicação do Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação. E acho que a gente também abraçou mesmo a causa, apontando essa necessidade de uma reforma mesmo, concordando com ela. E não foi uma coisa só de cumprimento mesmo, dessa determinação legal (EF11, 2008).

Mas, ela iniciou já há muito tempo atrás por conta até de um movimento da universidade também de flexibilização de currículo, de acrescentar outras práticas que não só aquelas de sala de aula aos currículos, que casou com essa proposta do MEC. (...) Então, a gente fez uma redistribuição da carga horária, das ementas e do programa, meio que atendendo àquilo que o MEC, o INEP, estavam colocando como as tendências da Psicologia. E a gente meio que deu uma relaxada, porque com isso a gente atendeu. As avaliações posteriores foram todas boas. (...) Não, a gente não sentiu grande necessidade de uma mudança (P21, 2008).

Então quando a LDB chegou, nós já tínhamos um tanto de coisa acumulada. Por isso que a gente, em 93, nós já tínhamos a nossa proposta de diretrizes, que foi devidamente discutida pelo Brasil afora, a gente teve vários seminários (SS23, 2008).

E nós temos a Associação Brasileira de Pesquisa em Serviço Social, a ABEPSS, que é nesse fórum que nós discutimos as nossas, as Diretrizes Curriculares, que tipo de formação que a gente quer, que aluno que a gente vai formar, é nesse fórum. E esse fórum tá sempre muito próximo às diretrizes do MEC (SS32, 2008).

Mas, por conta da reforma e por conta de algumas imposições do próprio MEC, acabou que o curso, ele perdeu um pouco algumas disciplinas importantes. Elas acabaram deixando de existir e passaram a ser diluídas no curso todo. Eu acho que por conta disso, nós tivemos aí uma perda importante para a formação do nosso aluno. (...) ... dentro das diretrizes do Ministério da Saúde, o que preconiza hoje pelo MEC, a solicitação hoje do MEC, da questão, assim, da inserção do aluno mais cedo, com a realidade, quer dizer, por isso que eu falei pra você que eu não vejo o nosso curso como algo muito atrasado (E33, 2008).

Apesar de observarmos referências sobre possíveis dificuldades enfrentadas pelos cursos e até críticas sobre perdas sofridas com a reforma, há uma clareza dos docentes acerca da consistência dos citados documentos para a reforma curricular. Assim, conforme os depoimentos, trata-se de um meio oficial de se alcançar a reforma curricular dos cursos pesquisados.

A LDB foi mencionada pelos entrevistados que demonstraram conhecimento sobre a importância dessa Lei. Em 1996, o Ministério da Educação cria a Lei nº 9.394/96, a LDB, estabelecendo as orientações para a educação nacional, incluindo o ensino superior. Assim, os cursos de graduação devem ser orientados pelas diretrizes da LDB, dentre as quais destacamos a finalidade da educação superior que se relaciona à valorização da cultura e pensamento reflexivo do aluno que deve conhecer os problemas das comunidades e deve ser estimulado ao permanente aperfeiçoamento cultural e profissional (BRASIL, 1996). Seguindo as recomendações da LDB, o Ministério da Educação estabelece, no ano de 2001, as Orientações para as Diretrizes Curriculares dos Cursos da Saúde. A partir daí, cada curso adaptou tais orientações ao perfil da respectiva categoria profissional, sob a normatização do Ministério da Educação e do Conselho Nacional de Educação.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para as profissões de saúde remetem à necessidade de mudança de rumo no que se refere à formação profissional. “Constata-se a necessidade de se voltar para os sentidos, os valores e os significados do que se faz e para quem se dirige nossa ação” (CECCIM; CARVALHO, 2006, p.88-89).

Vale salientar que o envolvimento dos professores com as orientações oficiais expressa o interesse pela política da reforma curricular e os capacita para implementar tais

orientações de forma ativa e reflexiva, o que se constitui como um fator positivo para a melhoria da qualidade no ensino da graduação dos cursos da saúde.

Ainda em relação às orientações ministeriais como norteadoras na formação, destacamos os projetos Pró-Saúde e PROMED, apontados pelos entrevistados como movimentos de incentivo às reformas. Vejamos os depoimentos.

E uma coisa que a gente vai ta trazendo é o Pró-Saúde. A Fisioterapia agora ta ingressando no Pró-Saúde e nós temos três professores envolvidos (F1, 2008).

E a outra coisa foi a abertura da possibilidade de participação do programa Pró-Saúde do Governo Federal e que ta em associação com as Diretrizes Curriculares.(...) Nós já estamos em adaptação do currículo que foi aprovado pelo programa Pró-Saúde, do qual a faculdade de Odontologia faz parte; foi pleiteada (O6, 2008).

Eu acho que a gente ainda vai ter que pensar mais, porque a gente ta fazendo a reforma. Por conta da questão do Pró-Saúde a gente meio que foi obrigado a pensar um pouco mais sobre essa questão (P21, 2008).

Agora, com o Pró-Saúde, estão tendo alguns projetos, de forma interdisciplinar... (...) O PROMED e o Pró-Saúde é caracteristicamente um processo de como a Universidade Federal de Juiz de Fora avançou (FB24, 2008).

Observamos que os depoimentos revelam a concepção do avanço de tais programas para o processo da reforma curricular na UFJF. Os professores referem-se aos mesmos como um ganho para os respectivos cursos.

No que diz respeito aos referidos programas, cabe reafirmar que, no ano de 2005, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação elaboraram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que se inspirou na avaliação do Programa PROMED. Este é um Programa de Incentivo à Mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina, lançado pelo Ministério da Saúde em 2002, que beneficia com recursos financeiros a implementação das Diretrizes Curriculares dos Cursos selecionados das escolas de Medicina (CARVALHO; CECCIM, 2007).

O Pró-Saúde contemplou, inicialmente, os Cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Com o Pró-Saúde, busca-se uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção de conhecimento e na prestação de serviços, o que fortaleceria o SUS (BRASIL, 2005a).

Em 2007, foi aprovada a ampliação do Pró-Saúde para todas as profissões de saúde, visando a reorientação da formação desses profissionais e reforçando a integração ensino-serviço, o que representou um avanço significativo. O eixo central do Pró-Saúde é a integração ensino-serviço, com a conseqüente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é o SUS, com ênfase na atenção básica, desde o início da formação (BRASIL, 2007b).

É interessante ressaltar que o curso de Fisioterapia, mencionado em um dos depoimentos apresentados, mesmo tratando-se de um curso de graduação, está vinculado à Faculdade de Medicina como um departamento e não como uma unidade independente. Apesar disso, observamos que, na visão dos professores entrevistados, não houve referência a tal dependência, o que é expresso por meio dos depoimentos que reconhecem a legitimidade do curso e a importância de dar andamento às reformas curriculares, independentemente do que vem ocorrendo com o curso de Medicina.

### **6.1.2 Os objetivos das Diretrizes Curriculares a partir dos discursos docentes: uma reflexão sobre formar para a sociedade**

Ainda no que diz respeito às orientações ministeriais, os professores destacam, nos seus discursos, os objetivos das Diretrizes Curriculares. Apresentamos, a partir dos discursos docentes, uma reflexão sobre formar para a sociedade, tomando como base os objetivos das Diretrizes Curriculares.

Vale esclarecer que o objetivo das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Saúde é: levar os alunos a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer (BRASIL, 2001b). No entanto, quando abordamos os objetivos das Diretrizes segundo as concepções dos professores, encontramos questões diferentes das contidas nos objetivos do documento ministerial, apesar de ambos se aproximarem.

Assim, nesse momento, relacionaremos as falas aos objetivos segundo os professores e não àqueles exatamente relacionados nas orientações oficiais. Estamos, portanto, abordando percepções e não testando o conhecimento dos professores sobre os ditames legais.

No que diz respeito ao SUS, os docentes trazem suas elaborações de como é importante a formação que está direcionada ao atendimento da política de saúde de Estado e que se encontra regulamentada através da Lei nº 8.080/90, ou seja, o SUS. Os recortes das entrevistas expõem a preocupação de atender às demandas do SUS, como exposto a seguir.

A gente sabe que hoje nós temos que trabalhar na questão de atenção básica, de atenção primária e tudo. E existem várias reestruturações no sistema de saúde que nós não estamos acompanhando, não. Algumas disciplinas isoladamente conseguem fazer isso, essa articulação, mas de uma forma muito isolada, não é nada institucional. Então eu vejo assim, a gente não está acompanhando efetivamente as mudanças, então hoje eu sinto, eu tenho uma insatisfação muito grande de ta trabalhando com aluno, porque a gente não ta sentindo essa fixação do aluno em relação a tudo que ta despontando aí no sistema de saúde (E2, 2008).

Eles estão, há vários anos, durante o período de implantação do CAS, desenvolvendo projetos na área de saúde, com inserção do profissional dentro das Unidades Básicas, dentro do CAS. Então, ta sendo um trabalho muito importante e estão sendo desenvolvidos projetos aqui dentro da faculdade, disciplinas novas pra atender essa questão bem específica. Então, a faculdade ta bem preocupada nessa área de saúde (EF5, 2008).

Eles falam que esses conteúdos novos, que foram inseridos, principalmente os relacionados à Saúde Coletiva, ao Sistema Único de Saúde, e a parte de assistência mesmo, eles falaram que isso foi uma grande mudança, que esses conteúdos eles não tiveram anteriormente (FB7, 2008).

As demais disciplinas do currículo têm procurado dar uma forma de gradativamente o aluno ter uma vivência precoce não só intramuros com os segurados do SUS, Sistema Único de Saúde, como também extramuros (O8, 2008).

Mas nós entendemos que como está estruturado o nosso currículo, ele vai ao encontro das diretrizes do Sistema Único de Saúde. Ele não mexe, por exemplo, até pelo contrário, eu acho que o nosso curso, ele antecede isso. (...) Então, isso a gente já antecipou ao SUS ou à ideia de SUS, alguns princípios do SUS (SS13, 2008).

Então, ele tem disciplinas que, de alguma forma, eles já começam a entender o que é o Sistema Único de Saúde, quais são os princípios norteadores, quais são as principais diretrizes do Conselho Nacional de Saúde. Enfim, uma série de coisas que ele toma parte do que é saúde brasileira, saúde pública brasileira e a inserção do nosso profissional nesse ambiente. (...) Então, quer dizer, hoje a gente, pelo menos aqui em Juiz de Fora, a gente tem uma peculiaridade na formação muito direcionada a SUS. (...) Pois é, eu não vejo no nosso currículo explicitamente Sistema Único de Saúde, eu não vejo isso explícito, mas estão implícitas todas as ações voltadas dentro dos projetos. (...) Então, eu imagino o seguinte, que essas diretrizes ou mesmo os princípios do SUS, eles já permeavam sem a gente saber, características da formação do nosso profissional. Cabe a nós agora, efetivamente, através de ações diretas aos pacientes, fazer acontecer isso na prática. (...) Então, essa formação do aluno específica área da saúde, eu

acho que eles estão assimilando muito bem. E o aluno de um período ele consegue contaminar os períodos anteriores (EF14, 2008).

Um grupo da faculdade tem um vínculo bastante grande, inclusive pessoas, que tão fazendo sua pós-graduação, mestrado e/ou doutorado na área de Saúde Coletiva ou coisas do tipo. Então, essas pessoas já estavam muito comprometidas. E alguns de nós, mesmo não tendo esse tipo de formação, nós éramos muito sensíveis pra essa questão. Então, eu acho que nós conseguimos embarcar e fazer essa interface muito bem feita entre as necessidades do Sistema Nacional de Saúde, as Diretrizes Curriculares que já estavam bem elaboradas nessa linha e a implantação desse processo na Universidade Federal de Juiz de Fora. (...) Bom, eu quero lembrar uma coisa, a universidade e a universidade brasileira como um todo, mas a universidade de Juiz de Fora era muito desvinculada disso aí, mais do que isso... (...) Então, o sistema, eu sempre conto pras pessoas, eu vejo muita gente reclamando do sistema de saúde brasileiro. Eu acho que é um barato, é a coisa mais linda que tem é o sistema de saúde brasileiro. Por quê? Porque não existia praticamente nada e hoje você, toda pessoa no Brasil, precariamente ou não, tem acesso a um programa de saúde, que, em alguns momentos, é excepcional. Mas não importa se ele já é excepcional, ele tá sendo construído e as pessoas só vêem o lado negativo disso aí. Mudou muito. Pra chegar naquilo foi um parto. Muito dolorido! Pra chegar nisso daí foi um parto muito dolorido, mas que ta mudando (FB15, 2008).

Eles têm disciplinas que abordam o Sistema Único de Saúde, desde o terceiro período. Tem uma disciplina chamada sistemas de saúde, onde eles começam a ver as políticas, como que é organizado o SUS. (...) Tem uma disciplina de epidemiologia, onde também são abordadas as doenças mais prevalentes. Como você faz essa atuação, como você faz essa orientação da sua atuação, segundo as características epidemiológicas da população (F16, 2008).

Pelo menos minimamente o aluno tinha que sair preparado pra enfrentar um primeiro emprego no SUS. E acho que isso pode acontecer pra alguns alunos mais interessados, mas não é cumprido na maioria (E18, 2008).

Eu acho que essa é a visão hoje do estudante, de uma forma isolada, um pouco distante do que é o sistema de saúde. (...) É, a gente tem aqui alguns projetos que eu acho que acabam fazendo um pouco essa integração, como o projeto Sabiá. Eles têm atividades em centros comunitários, então eles vêem um pouco do que é essa realidade e o que é o Sistema Único de Saúde (O20, 2008).

É outra coisa que a gente, há uns anos atrás a gente não tinha essa integração com o SUS. (...) Então, eu acredito que as normas do SUS que são colocadas lá fora estão trazidas aqui pra dentro também. (...) As condutas médicas, clínicas e éticas, eu tenho impressão que são as mesmas. (...) Será que as nossas dificuldades aqui dentro da universidade são diferentes das dificuldades dentro do SUS lá? As nossas carências que nós temos aqui não serão as mesmas do profissional que ta lá no SUS? (M31, 2008).

Ah, a questão do SUS ainda é muito acanhada aqui na Psicologia e é um reflexo inclusive da formação geral do psicólogo no Brasil inteiro que é, ainda, o psicólogo ainda é pouco formado pra questão do SUS. Mas é uma

preocupação que tem sido constante, cada vez maior, e se procura, por exemplo, dentro das Diretrizes Curriculares hoje, você ter uma formação teórica dentro do SUS, mas que ainda, por exemplo, não é obrigatório. Então, só participa quem tem interesse e quem é sensibilizado, mobilizado pra isso. (..) Aquele aluno que decide, quase que uma coisa individual, passar por esse ciclo, ele, com certeza, ele é bem formado. Porque ele tem uma capacidade de ter de vivenciar vários contextos, ele tem a parte teórica, tem a parte de pesquisa de formação, que é bastante consistente (P34, 2008).

No que se refere à formação, o ensino voltado para atender às necessidades de saúde da população foi um fator apontado pelos docentes como um dos objetivos das Diretrizes Curriculares. Como vemos a partir dos depoimentos, os cursos deveriam preparar os alunos para atuarem na saúde pública sob a égide do conceito ampliado de saúde. Isso implica a formação de um profissional generalista, ciente da importância da promoção da saúde e do trabalho em equipe.

Conforme os depoimentos, há uma compreensão sobre a importância do SUS no âmbito dos cursos de graduação. Os fragmentos destacados referem-se a: preocupação com a atenção primária; crítica a pouca participação dos respectivos cursos no SUS; consideração da importância de vivência precoce do aluno no serviço de saúde; ensino dos princípios do SUS durante a graduação; compromisso dos professores e da universidade com o sistema de saúde; preocupação com a inserção do futuro profissional no mercado do SUS.

Cabe observar que, apesar de algumas especificidades dos cursos, o perfil desejado do futuro profissional se manteve semelhante para todos os cursos da saúde, ou seja, todo profissional de saúde deveria ser habilitado para atuar frente às demandas das comunidades e necessidades do SUS. Assim, todo seu ideário, seus princípios e diretrizes, deveriam balizar a formação na graduação.

Retomando as Diretrizes Curriculares, destacamos a importância do conhecimento de saúde pública, epidemiologia e assistência voltada para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Nesse sentido, a formação deve ser generalista e a metodologia de aprendizagem deve valorizar o protagonismo dos estudantes e o conhecimento da realidade dos serviços de saúde (BRASIL 2001a).

Observamos, portanto, a possibilidade de cumprir o artigo sexto da Lei nº 8.080/90 que inclui no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Os professores reconhecem a importância de comprometer a instituição formadora com o ordenamento de formação proposto pelo SUS. As falas indicam

que a UFJF está em busca de uma parceria com o serviço de saúde e tenta sair do isolamento criticado pelos professores como prejudicial para a formação.

Na perspectiva de formar pensando no sistema de saúde, os docentes abordam questões como a formação generalista que envolve os três níveis de atenção e de assistência. Dessa forma, os docentes desejam formar profissionais que incorporam o conceito ampliado de saúde no seu modo de fazer e ser trabalhador da saúde.

A necessidade de um currículo generalista que prepare o aluno para atuar frente às realidades da população usuária do SUS foi apontada pelos entrevistados, repetidas vezes. Destacamos os fragmentos a seguir.

Então você chega com um aluno, num estágio, que já deveria ter as habilidades, de estar realizando os procedimentos básicos de Enfermagem, e ele tem, aproveitam os momentos que lá surgem pra treinar punção venosa, pra treinar injeção, pra treinar, enquanto ele deveria estar voltado pra um outro olhar em relação aos objetivos do estágio naquele campo (E2, 2008).

Os princípios orientadores são universais para o SUS e a gente segue a mesma cartilha, principalmente orientação e prevenção. Primeiro, atenção à saúde. Pensa-se em dar saúde para não ter a doença. Num segundo plano, prevenção para que não haja a doença; são duas coisas distintas. E em havendo a doença, se possível ela ser conduzida a nível primário. Então, com isso, entende-se estar resolvendo uma situação quase que na totalidade, se fosse possível. Então isso é o que o SUS pretende. Quando não se consegue, parte-se para a atenção secundária à saúde e, em última instância, a maior complexidade que é a atenção terciária. Então, se possível, que ninguém chegasse nessa necessidade. A gente ainda percebe que a atenção secundária e terciária ainda é muito grande, mas cada vez mais percebemos o foco pra que você possa primeiro promover saúde, depois prevenir doenças e, em último lugar, a atenção primária (M4, 2008).

A meu ver, a formação de um profissional pra trabalhar com a Educação Física pressupõe uma formação bem geral. Assim, no aspecto didático, pedagógico, nos aspectos ligados à saúde, conhecimentos do corpo humano, da fisiologia, da biologia. E nos aspectos esportivos, nas disciplinas mais específicas à área de Educação Física. Então, a grade curricular, ela é bem ampla (EF5, 2008).

Atenção Primária à Saúde é uma das orientações que influenciaram muito na modificação do curso e isso nós temos visto, sim, que ta modificado. Porque nós temos o estágio, o internato de Medicina que passa pela periferia, pela Atenção Primária à Saúde tanto em nível local, quanto em nível regional (M9, 2008).

(...) É assim que eles querem, que as diretrizes defendem e tudo, que o aluno da graduação tenha uma visão mais geral e a especialização é que vai definir depois a área de atuação melhor pra ele (FB10, 2008).

Ah, existe uma tendência muito grande do acadêmico vir para o curso de Fisioterapia buscando já uma superespecialização. Então eles resistem muito à formação generalista. Eles querem, muito, a especialidade, eles querem, muito, atuar. E ainda nós temos, infelizmente, pelo nosso currículo, acabamos privilegiando, muitas vezes, alguns aspectos da especialização. (...) Então, pelo currículo ter esse perfil não modular e apresentar ainda essa característica de apresentação em disciplinas, por semestres, com nome de especializações, o acadêmico reforça, ainda mais, essa idéia de superespecialização. E não valoriza a atuação generalista que é o princípio básico da diretriz (F16, 2008).

E aí a gente ta fazendo três vertentes, uma na área da saúde, uma na área educacional e a outra na área clínica. (...) A gente inclusive ta equilibrando muito isso. (...) Então, pra nós, não há essa dificuldade porque nós pensamos na totalidade do indivíduo, na saúde como um todo. Não na saúde como uma questão de doença, igual o SUS sempre foi até agora. Agora que ele ta querendo mudar o enfoque, mas o nosso enfoque já vem sendo esse há muito tempo (P17, 2008).

Essas normas, elas foram direcionadas exatamente para que esse egresso, para que esse cirurgião-dentista pudesse trabalhar em equipe, trabalhar no serviço único de saúde. Ele é direcionado para esse fundamento, para esse objetivo. Ele é diretamente integrado pra trabalhar no SUS (O19, 2008).

Existe uma leitura hoje de ampliar esse conceito de saúde. Então, quer dizer, mesmo na escola, a gente fala de promoção e prevenção de saúde. Então, a saúde não só como aquela coisa do hospital, da doença, mas como algo que engloba a saúde mental em geral nos vários contextos que ela ocorre. (...) Então, nas diversas disciplinas existe essa discussão da importância de você trabalhar em cima da prevenção e promoção de saúde (P21, 2008).

Mas é o currículo generalista, da formação generalista, com enfoque na assistência farmacêutica. (...) Ah, mudou muita coisa. E, na formação da matriz curricular, você incluiu de uma forma bastante interessante conteúdos das ciências humanas, mas principalmente das ciências farmacêuticas. (...) Então, você vê uma total inversão, um paradigma tecnicista, com conteúdos básicos, sem uma visão de aplicabilidade. (...) Uma outra coisa que eu tenho notado na universidade também que ta me deixando muito apreensiva é que a graduação ta sendo deixada de lado (FB24, 2008).

Hoje o pessoal ta falando muito em formar o generalista, formar o médico de família, que o mercado de trabalho é esse. Mas, na realidade, esse médico generalista, ele não tem mercado de trabalho fora do SUS. Porque ninguém quer generalista, ninguém quer médico de família. (...) Mas, o que a gente vê, na realidade, dentro de Juiz de Fora, por exemplo, é que a maioria dos médicos de família, eles vão para os postos, para as UBSs, não pra atuar como médico de família e que seria obrigação dele visitar os domicílios, criar grupos de patologia, tipo diabético, hipertenso, pra cuidar disso. E, na realidade, o que o gestor municipal faz com eles é fazer eles atender demanda de consulta. Então, ele vai pra lá e fica atendendo aquela montoeira de consulta, um monte de consultas mesmo. E a própria população, ela não ta muito satisfeita em ser atendida por médico de família. Tipo assim, mãe não quer que o seu filho seja atendido por médico

de família, ela quer que ele seja atendido pelo pediatra. Então, assim, acho que a idéia de colocar médico de família é muito boa, mas não é o que ta acontecendo em relação ao gestor municipal. Não é só em Juiz de Fora, você vê, em outras cidades também acontece isso. (...) Então, a realidade que o MEC preconiza hoje pras faculdades de Medicina que é formar o generalista, isso não ta funcionando e nem é o mercado que ele vai encontrar. Tanto que, assim, o cara entra como médico de família, ele fica insatisfeito, ele sai, ele vai procurar outra coisa pra fazer (M25, 2008).

Então, inversão de modelo, não adianta inverter o modelo, se eu não inverter as pessoas, eu não vou inverter uma demanda. Eu não posso chegar com algo pronto pra oferecer pra população. Eu tenho que fazer levantamento de necessidades. Então, eu gosto disso nas nossas discussões, eu penso que a gente tem avançado nesse sentido (E28, 2008).

Então, hoje, o currículo, inclusive passou por umas reformulações, também justamente pra poder dar essa visão mais ampliada. (...) Mudou essa percepção. Ela hoje é uma percepção muito mais aberta, as discussões são muito mais amplas do que se tinha. Eu acho que aprofundou melhor, não que não tivesse, mas aprofundou melhor essa visão da totalidade (SS30, 2008).

O nosso foco não é a doença, é em especial a saúde, mesmo eu entendendo que os outros profissionais também possam ou não ter o foco na saúde, na maioria das vezes na própria doença (SS32, 2008).

Os depoimentos demonstram o reconhecimento da importância de um currículo generalista e a necessidade de superação do modelo das especialidades, fato que vem sendo questionado e modificado devido a movimentos como a Saúde Coletiva, a Reforma Sanitária, além de documentos relacionados à Saúde e Educação, como já abordamos.

Os docentes apontaram a necessidade de aplicação de um currículo generalista que prepare o aluno para promover saúde e atuar frente às amplas necessidades sociais. A defesa de um currículo generalista é marcante nas Diretrizes Curriculares e reconhecida pelos professores como um importante instrumento de mudança curricular. Alguns afirmam que o currículo é generalista em teoria, mas na prática nem tanto; outros já são contundentes na opinião sobre a efetiva generalidade do currículo de seu curso.

Cabe reafirmar que o caráter generalista está em consonância com o conceito ampliado de saúde, já que um currículo dessa natureza prepara o aluno para atuar tanto na promoção de saúde e prevenção de doenças quanto na recuperação da saúde. Porém, essa influência não é historicamente observada nos cursos de saúde, já que o modelo de ensino predominante é baseado em especialidades. Trata-se do chamado paradigma flexneriano, que influencia ensino e assistência à saúde até os dias atuais.

O modelo flexneriano surgiu a partir da reforma do ensino médico nos EUA, no início do século XX. Destaca-se o trabalho de Abraham Flexner que sustenta um ideal científico de educação a ser perseguido pelas instituições de educação médica e as demais áreas relacionadas ao conhecimento técnico-científico em saúde. A partir de Flexner, afirma-se a hegemonia da atenção hospitalar, das especialidades, do modelo curativo individual no ensino da saúde, educação marcada pelo ensino das doenças. Tal formulação tem contribuído para a precoce especialização, superespecialização e utilização excessiva de tecnologias por equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (CARVALHO; CECCIM, 2007).

Vale reafirmar que os fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, são a alimentação, moradia, saneamento, educação e acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990a). Observamos que tais fatores foram contemplados nas falas dos sujeitos, o que demonstra um pensamento a favor do conceito ampliado de saúde e da importância de uma formação generalista.

Se a saúde possui diferentes condicionantes, não é possível conceber uma formação voltada para apenas um deles. O papel do currículo generalista para formar um profissional capaz de atuar frente às amplas necessidades de saúde da população foi, portanto, claramente apontado pelos entrevistados. O que percebemos é uma forte crítica diante das dificuldades de praticar uma formação generalista. Tais dificuldades como a resistência dos próprios alunos, o modelo de especialidades cobrado pelo mercado de trabalho e a expectativa da própria população seriam questões que dificultam o andamento da reforma curricular.

Tudo isso, a nosso ver, seria um reflexo da cultura da medicalização, fruto do modelo biomédico hegemônico. Porém, apesar das dificuldades, há indícios de que a Universidade Federal de Juiz de Fora faz um movimento de legitimar os ditames das Diretrizes Curriculares através de projetos, mudança nas disciplinas, enfim, há uma comparação entre o currículo antigo e o atual e a verificação de diferenças produtivas entre ambos.

Cabe salientar que a afirmação da importância de um currículo generalista decorre do conceito ampliado de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde que desvincula a saúde à mera ausência de doenças. A Lei nº 8.080/90 é contundente ao afirmar entre as ações de saúde a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a). Assim, o SUS seria responsável tanto pelo tratamento e cura, quanto por ações de promoção de qualidade de vida e bem-estar relacionado às condições de vida que exigem uma compreensão ampliada de saúde e integração com outros setores.

Segundo Buss (2000), a partir da concepção de saúde relacionada a bem-estar e qualidade de vida, a saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos relativos às representações sociais de saúde e doença. Como vemos, os depoimentos sustentam a argumentação do autor.

É interessante, ainda, ressaltar que existe na fala de um dos docentes a consideração sobre as dificuldades de formar o médico generalista diante de uma cultura de especialidades já arraigada no mercado e, conseqüentemente, difícil de ser combatida na formação. O depoimento em questão nos faz refletir sobre uma realidade observada: há a valorização legal da atenção primária e do profissional generalista, mas, na prática, isso é muito difícil de acontecer. Cabe salientar que o depoimento revela que o docente em questão faz uma relação direta entre mercado de trabalho e formação, o que foi verificado nas demais entrevistas.

As concepções dos professores evidenciam a preocupação com uma formação que implemente um currículo com formação generalista que atenda às necessidades de saúde da população. Essas concepções encontram apoio em Cecílio (2001), quando sustenta que as necessidades de saúde devem ser o centro das intervenções e práticas e as equipes devem fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam os serviços. As necessidades de saúde são individuais e dependem de cada sujeito, de cada momento. Por isso, no encontro do usuário com a equipe, esta deveria ter a preocupação de fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde daquela pessoa que procura o serviço. Assim, os profissionais deveriam ser preparados para terem uma maior capacidade de escutar e atender as necessidades de saúde da população.

Para tanto, o profissional deveria ser preparado para ser generalista e não focado em um único olhar sobre o usuário, fruto de uma formação especialista. Se as necessidades de saúde são amplas, um olhar também amplo faz-se necessário. Nesse contexto, o generalista seria mais bem capacitado para reconhecer qual a necessidade de saúde do usuário em determinado momento.

E para que conheçamos as necessidades de saúde, é preciso conhecer a realidade das comunidades. Saber qual é a necessidade de saúde do usuário exige um levantamento de necessidades; não dá pra chegar com algo pronto.

Sabemos que demanda não é sinônimo de necessidade. A demanda seria o pedido explícito de ajuda, são as necessidades modeladas pelos serviços, as ofertas. Já a necessidade seria a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida ou busca de alguma

tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida, tudo isso partindo de necessidades individuais. Assim, pode haver o momento em que a tecnologia considerada complexa, a tecnologia dura, seja essencial para se garantir a integralidade da atenção. Noutra momento, a tecnologia leve pode ser a que melhor responde a determinadas necessidades (CECÍLIO, 2001).

Portanto, os depoimentos demonstram que o conceito ampliado de saúde é a base para o entendimento das mudanças assistenciais e, conseqüentemente, curriculares. Além disso, cabe destacar que apesar das dificuldades, os professores reconhecem avanços no processo da reforma curricular dos cursos que formam profissionais da saúde na UFJF. Incorporar no fazer cotidiano da formação o conceito ampliado de saúde pode ser um fator que permitirá contribuir para formação de profissionais generalistas.

Os docentes revelam também que pensar a formação para o SUS os colocam diante da mudança de paradigma da maneira como a formação tem orientado a organização do trabalho em saúde. Desse modo, eles colocam a necessidade de que pensemos efetivamente o trabalho na perspectiva interdisciplinar.

A necessidade de lançar mão da proposta de trabalho em equipe para corresponder às exigências da concepção ampliada da assistência à saúde foi um tema presente no discurso dos docentes.

Eu penso que deva haver também nas grades curriculares uma integração entre os profissionais, mesmo entendendo que esse, o princípio da integralidade, tenha uma conceituação complexa, mas eu entendo que há que ter um momento de encontro, de diálogo entre os profissionais ainda na formação. O que a gente reivindica muito é que os profissionais conversem como uma equipe multiprofissional da saúde, conversem, mas isso não é exercitado na área, enquanto graduação. E por isso nós até criamos uma disciplina aqui chamada seminário integrado voltado para a promoção da qualidade de vida e saúde, que seria uma, era uma disciplina eletiva. Ela pertence somente a esse núcleo da promoção da qualidade de vida e saúde, no sentido de exatamente conseguirmos conversar entre os profissionais da área da saúde ainda no período da graduação. Então, a percepção é a efetivação da integralidade, além das disciplinas teóricas que vão dar conta disso, mas também nesse exercício entre os alunos da área da saúde (EF3, 2008).

E a questão da integralidade, eu ainda noto que ela ainda tá muito centralizada em algumas áreas profissionais. Então, hoje, por exemplo, você tem o Programa de Saúde da Família. A equipe de Saúde da Família hoje, ela é composta de apenas três profissionais de nível superior, da área da saúde, a Medicina, a Odonto e a Enfermagem. Então você ainda não tem a inserção de outras práticas nesse programa, que seria uma necessidade. (...) Então, tem vários campos que poderiam ser trabalhados pra oferecer esse atendimento integral e que não são devido ainda a essa restrição ainda.

Claro, eu acredito que os profissionais, os próprios profissionais de outras áreas, eles precisam desenvolver um pouco esse olhar, essa prática ainda no serviço. Eu acho que isso, aos poucos está se conseguindo, mas ainda vai levar algum tempo (FB7, 2008).

A oportunidade do estágio num ambiente multidisciplinar, que nós temos todos os profissionais envolvidos num mesmo ambiente. Então, eu imagino que houve sucesso justamente pelo fato de que os valores de uma equipe multidisciplinar fossem de alguma forma absorvidos. (...). Enfim, mas eu tenho que satisfazer esses princípios através de valores. Se eu não tiver valores como a idéia centralizadora de qualquer ação multidisciplinar, eu não vou conseguir derrubar as barreiras das vaidades pessoais, profissionais, etc (EF14, 2008).

E principalmente acho que é a questão do trabalho em equipe também que a gente tem ressaltado bastante, de saber dialogar, de saber conversar com os outros profissionais, de saber respeitar as diferenças e principalmente construir esse diálogo. Porque acho que é importante a questão da formação profissional, porque ela pode dar um tom diferenciado nessa percepção do outro. Diálogos das diferenças e da construção de um objetivo comum que é esse cuidado, o cuidar do cuidador ao usuário (SS26, 2008).

É também inserir na sua prática a visão multi e interdisciplinar. É considerar o outro profissional de saúde também importante e articular com ele quais as melhores estratégias a serem adotadas. Então, isso tudo não era muito trabalhado. Eu fui formado num currículo anterior, onde isso tudo ficava muito à margem. Era relegado a segundo plano. Então, atualmente isso é discutido com muito mais profundidade. (...) Então, há uma necessidade de maior articulação, dentro da própria universidade no que se refere à saúde como um todo. Pra que de fato essa visão mais do Sistema Único de Saúde, do serviço público seja mais bem incorporada pelas Diretrizes Curriculares. No meu entendimento, o aluno começa a perceber isso na medida em que ele percebe também uma integração maior da universidade nesse sentido, de trabalhar de forma multi e interdisciplinar. De oferecer disciplinas que discutam questões que são comuns a várias áreas da saúde (M27, 2008).

Se fala em equipe se referindo a um grupo de trabalho. Nem sempre. Muitas das vezes se fala em equipe multidisciplinar quando não existe uma multidisciplinaridade no sentido de interdisciplinaridade, de transdisciplinaridade. A gente discute todos esses conceitos, mas a gente, a bem da verdade, não vê isso acontecer. Então eu vejo ainda muito cada um muito preocupado com a sua própria prática, esquecendo que precisa se preocupar muito mais com o coletivo do que com o individual. (...) Eu vejo, assim, muito mais como algo a ser conquistado, como desafio, como um fator até alcançado mesmo, como uma dificuldade (E28, 2008).

Por exemplo, se você tem uma reforma curricular geral de todos os cursos em saúde, mas a estrutura universitária é uma estrutura departamentalizada, por exemplo, você trabalhar a noção de integralidade numa universidade que é totalmente fragmentada em departamentos e esses departamentos não se comunicam, pela estrutura burocrática e administrativa... então, você fica numa lacuna nesse aspecto (P34, 2008).

Sabemos que o trabalho em saúde, por ter como objetivo assistencial o sujeito, envolve todo o contexto em que ele está inserido. Lidar com os fatores que condicionam a saúde, que envolvem questões sociais, fisiológicas, nutricionais, entre outras, exige, pois, um esforço coletivo dos profissionais de saúde.

As disciplinas, isoladamente, não dão conta de produzir as respostas necessárias a um mundo composto de uma multiplicidade de fatores; daí a necessidade de transcender as fronteiras disciplinares (FEUERWEKER; SENA, 1999).

Portela (1995) afirma que a interdisciplinaridade quer dar nova vida à disciplina, retirando-a de seu gueto. Trata-se da importância de contar com a parceria e cumplicidade entre as disciplinas a fim de produzir conhecimento. No caso da saúde, fica claro o objetivo maior da soma de esforços entre as disciplinas que é o bem-estar do usuário do sistema de saúde.

O trabalho multidisciplinar não é sinônimo de interdisciplinaridade (ALMEIDA FILHO, 1997; JANTSCH, 1995). Para que a equipe seja realmente interdisciplinar, é preciso haver uma efetiva comunicação entre os saberes; não é apenas reunir várias categorias profissionais num mesmo ambiente. Vale ressaltar que os professores entrevistados reconhecem a distinção conceitual entre trabalho multidisciplinar e interdisciplinar.

Etges (1995) sustenta que a interdisciplinaridade é necessária para mediar a comunicação entre os cientistas e entre eles e o mundo do senso comum. O autor ressalta que os processos interdisciplinares induzem a materializar o saber no mundo externo.

Destacando a realidade dos serviços de saúde, observamos que a integração entre as disciplinas é necessária para a comunicação entre os profissionais da equipe. Através da comunicação, é possível buscar subsídios para suprir as deficiências das disciplinas, ou seja, uma disciplina contribui com a outra a fim de potencializar cada atuação. Observamos que os professores têm uma preocupação de realizar uma discussão que inclua a realidade dos alunos, ou seja, a interdisciplinaridade não deve se dar apenas no plano teórico; deve ser incorporada às vivências dos acadêmicos. Portanto, a reunião entre as diversas disciplinas deve ser promovida pela universidade desde o momento da graduação, o que se materializa por meio de encontros entre os acadêmicos em diversos momentos como, por exemplo, em sala de aula e estágios.

Observamos que os entrevistados reconhecem a importância do diálogo entre os profissionais para a efetivação de um trabalho em equipe interdisciplinar. O diálogo, bem como a capacidade de estabelecer os limites da atuação e a importância do trabalho do outro profissional foram aspectos apontados nas entrevistas. Para tanto, essas habilidades devem ser

aprendidas ainda durante a formação e as disciplinas da universidade devem ser articuladas, concepções que se ancoram em Henriques (2005), quando afirma que o trabalho em equipe é identificado ao diálogo permanente, ao respeito aos diferentes saberes e práticas.

Salientamos, ainda, que os depoimentos ratificam o pensamento de autores como Jantsch e Bianchetti (1995) ao se referirem à interdisciplinaridade como algo que exige da instituição universitária relativizar a departamentalização, desburocratizar os processos que envolvem os projetos de pesquisa ou de pesquisa-ação e dar prioridade aos projetos interdisciplinares.

Segundo publicação recente do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS, 2008, p.19), os currículos disciplinares apresentam grandes limitações para o desenvolvimento do pensamento complexo, da perspectiva multidimensional, da abordagem integradora e interdisciplinar. “Os currículos integrados possibilitam a articulação da teoria e da prática, da academia e do mundo do trabalho, das disciplinas básicas e profissionalizantes, dos executores e avaliadores e dos estudantes e professores num novo contrato didático”. O citado estudo sugere que:

Implementar uma prática educacional orientada por um currículo integrado exige dos educadores a descentralização da sua própria lógica disciplinar, para entrar na lógica multidimensional. Isto pressupõe que cada educador redimensione a importância absoluta de sua disciplina para considerar a importância relativa e contextualizada às necessidades de cada profissão (CONASEMS, 2008, p.21).

Os discursos dos professores apontam para a necessidade de mudança de valores de cada um para a efetiva comunicação entre as disciplinas. Observamos que os depoimentos revelam a interdisciplinaridade como uma das soluções para a abertura da universidade para um novo tempo onde haveria a integração entre os campos do conhecimento. Para tanto, o ponto de partida seria a abertura de cada professor para as descobertas da riqueza de um trabalho em equipe que teria início na sala de aula. Preparar o futuro profissional para as convivências em equipe, conforme as falas apresentadas registram, exige a concepção ampliada de assistência iniciada precocemente nos tempos de graduação. E é o professor quem introjeta tais valores durante a convivência com seus alunos.

Observamos que, segundo os professores entrevistados, há uma crescente preocupação com a integração entre os cursos da saúde, além de uma tentativa de preparar o profissional para o trabalho em equipe através de disciplinas, projetos de extensão e atuação em estágio em instituições que possuem trabalho multiprofissional.

Ainda segundo os docentes, formar turmas reunindo estudantes de diferentes cursos constitui-se uma saída para superar as convivências conflituosas em equipe. Assim, o momento da formação seria imprescindível para o estudante se colocar frente ao colega de outro curso, orientado pelo professor. Trata-se de um momento onde as dificuldades possam ser discutidas e as resistências superadas. Observamos, por meio dos depoimentos, que os docentes despertam para o trabalho coletivo em saúde, o que nos impulsiona a afirmar tal fato como uma influência a favor da reforma curricular.

O reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção (BRASIL, 1997). Assim, a abordagem da saúde humana exige a consideração da importância da atuação de todos os profissionais da saúde. Tal perspectiva deve ser promovida na graduação.

## 6.2 OS CURRÍCULOS: DIÁLOGOS ENTRE PASSADO E PRESENTE

Nessa categoria apresentaremos as considerações dos entrevistados sobre a estrutura dos currículos. As concepções dos sujeitos foram organizadas em três subcategorias, as quais receberam as seguintes denominações: currículo desorganizado; currículo organizado-ensino, pesquisa e extensão; possibilidades e desafios diante do currículo em curso.

### 6.2.1 Currículo Desorganizado

Nessa subcategoria destacamos os fragmentos das entrevistas que se referem a um currículo desorganizado e fragmentado; vejamos.

(...) essa fragmentação que a gente tem na formação. Isso é uma coisa tão antiga e ainda arraigada. Por exemplo, hoje, para a gente tentar modificar essa questão de primeiro o ciclo básico depois as aplicadas por áreas... a gente teria que mudar toda a estrutura da universidade (F1, 2008).

Está muito fragmentado. Alguns professores tentam isso, mas eu acho que ainda está muito fragmentado. Eu acho que existe a questão de estar muito preso à disciplina. Isso é visto que dificulta; eu acho que dificulta isso. Enquanto nós estivermos presos à disciplina, puramente à disciplina, eu acho que a gente não vai conseguir atender isso (E2, 2008).

Então, não existe cumprimento de um tronco comum e depois a divisão. Eles cursam o bacharelado e depois vão pra licenciatura, que aí faz mais as disciplinas de cunho didático e pedagógico... (...) É difícil porque por mais que a gente seja uma unidade acadêmica, a gente não pensa de uma maneira unitária, única, fechada. É, isso é ruim pra um lado, mas é muito positivo pro outro, porque, afinal de contas, a gente está numa universidade, então, de pensamento, de comportamento, de percepções (EF11, 2008).

Então, nós estamos muito atrasados quanto à essa articulação dos conteúdos, a integração ensino, pesquisa e extensão, os temas transversais, permitir que o aluno cumpra alguns créditos em conteúdos que complementam a formação dele. (...) Bom, a última modificação aconteceu porque algumas disciplinas se reuniram e entenderam que queriam uma mudança. Mas uma coisa segmentada, fragmentada e não tendo em vista uma discussão do currículo como um todo, do primeiro ao nono período (E18, 2008).

Eu acho que ela continua muito falha. Porque, na realidade, você pega determinados assuntos, que eles são, eles ficam repetidos por várias disciplinas durante o curso todo e você não tem abordagem, talvez mais completa daqueles assuntos. (...) Então, eu acho que o currículo é muito mal distribuído, as disciplinas elas são muito independentes pra fazer o seu programa, falta uma coordenação (M25, 2008).

O ensino de graduação na saúde é criticado como: centrado em conteúdos, marcado pela desconexão entre temas, desvinculação entre ensino, pesquisa e extensão e uma orientação pela doença e reabilitação. Tal modelo não está voltado para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade (CARVALHO; CECCIM, 2007).

Na universidade moderna, o saber foi organizado em disciplinas e departamentos, dando origem às especialidades que dificultam as práticas interdisciplinares. Assim, a fragmentação funcionaria como um modo de organizar teoria e prática (op. cit.).

De acordo com as Diretrizes Curriculares dos Cursos da Saúde, o aluno deve ser preparado para atuar no mercado de forma crítica e ser um conhecedor da realidade da população brasileira. Nesse contexto, valoriza-se a articulação entre teoria e prática. Isso implica a articulação entre os conteúdos ministrados ao longo do curso e não a transmissão de conhecimentos de forma compartimentada e imposta. A metodologia deve levar em conta a capacidade de reflexão do aluno e deve capacitá-lo para adaptar o que ele aprendeu na

universidade à realidade do sistema de saúde que conta com diversos perfis epidemiológicos, ou seja, que variam face às singularidades de cada região brasileira (BRASIL, 2001b).

Sabemos que as Diretrizes Curriculares devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades curriculares, vistas como prisões, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações. Além disso, devem garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (op. cit.).

Assim, apesar de se identificar a necessidade de articulação do currículo como um todo, ainda há currículos que possuem um caráter de distanciamento entre as disciplinas, conforme apontam os depoimentos. Cabe observar que, apesar de ainda haver cursos que não cumprem completamente a orientação de articulação entre as disciplinas, os entrevistados expressam seu descontentamento com a situação e há a idéia que para a teoria fazer sentido e para sua eficiente aplicabilidade, é preciso que o currículo como um todo faça sentido para o aluno. Há, portanto, grande crítica sobre o malefício da fragmentação do currículo como verificamos por meio dos depoimentos.

Algumas vezes, os entrevistados reconhecem em seu próprio curso a desarticulação como uma característica atual; outras vezes, como uma característica do antigo currículo. Em todos os depoimentos, observamos uma crítica sobre a desarticulação do currículo relacionada à falta de conexão entre as disciplinas e à falta de comunicação entre os docentes. Há, portanto, uma clara compreensão sobre as tendências da reforma curricular.

É interessante destacar que, segundo os depoimentos, os docentes apontam o distanciamento entre as disciplinas do ciclo básico e do ciclo profissionalizante. Nesse sentido, o ciclo básico não dialoga com o ciclo profissionalizante, o que se evidencia pela grade curricular apontada como, em alguns momentos, rígida e desarticulada. Assim, as mudanças ocorridas ainda não foram capazes de transformar efetivamente o currículo, embora sempre tragam a lógica do mercado.

### **6.2.2 Currículo Organizado - Ensino, Pesquisa e Extensão**

Quando os professores falam da estrutura da organização curricular, seja um currículo organizado ou não, suas falas indicam que há alguns desafios postos para que o

currículo de fato se organize buscando atender às necessidades de formação no sentido de acolher a demanda da sociedade brasileira na saúde.

Desse modo, eles falam da metodologia que utilizam na formação que se refere às estratégias metodológicas necessárias para despertar no aluno a crítica e reflexão, ao mesmo tempo em que motive o professor para implementar, de fato, uma política inclusiva.

Nessa subcategoria destacamos os fragmentos que evidenciam um currículo articulado na prática, segundo a percepção dos professores sobre a realidade dos cursos. Vejamos os depoimentos:

Eu acho que a gente tá tentando, eu acho que falta muito pra gente conseguir a integralidade. (...) A gente não tem esse fio condutor ainda, esse currículo, que tenha essa continuidade no aprendizado. (...) Então, acho que são dificuldades que a gente tem, mas que dentro do possível a gente tem melhorado (F1, 2008).

Não adianta falar em integralidade com o currículo que a gente tinha, que era totalmente separado. O aluno tinha dificuldade de ligar tanto as disciplinas como o conhecimento em si (O6, 2008).

Eu acredito que, especificamente pro nosso curso, eu acho que a proposta, ela está muito bem estruturada (FB7, 2008).

O curso já vai mudar, é, já vai, a gente já está fazendo a flexibilização do curso pro ano que vem. (...) E as disciplinas estão mais integradas, porque as disciplinas eram muito estanques. E agora nós estamos integrando, fazendo uma integração (P17, 2008).

Eu vejo da forma que há uma interligação realmente entre os programas, entre as disciplinas. (...). Antes havia uma dicotomia muito grande. Então, houve um progresso. (...) Realmente os professores se reuniram, viram se não havia uma repetição de programas. Então, essa integralidade está sendo respondida mediante essa reformulação curricular (O19, 2008).

A gente tem uma estrutura básica que passa pelos fundamentos do Serviço Social, são os fundamentos, os pensamentos, e depois as oficinas de trabalho e os laboratórios que entram numa parte mais prática do Serviço Social. (...) Se a gente vê que tem uma coisa fora do lugar ou que repetição de conteúdo, ou questão de repetição bibliográfica, ou que alguma coisa que não tá se adequando, a disciplina que está sendo dada com o período, aí, tem-se essas modificações. Então, é uma coisa mais flexível (SS26, 2008).

Então, com isso, e essas disciplinas começaram a se articular mais com outras disciplinas do curso de Medicina pra que fosse identificada uma visão mais prática, mais realista. Então, isso tudo é muito diferente do que era. (...) Existe também uma articulação destes conteúdos também mais intensa com a clínica, com a técnica, de forma a fazer com que eles percebam que esse conjunto de valores é muito importante (M27, 2008).

Na disciplina que eu estou, eu consigo perceber um avanço em termos de buscar coerência, trabalho conjunto. (...) Quer dizer, a gente busca construir essa questão da articulação no curso, no curso como um todo. Eu penso assim, que a gente ta despertado, me passa isso, pra importância dessa articulação, desse buscar ser inteiro. De ta construindo sempre pontes pra que não tenha aquelas quedas e sempre achar que ta partindo do zero. Mas que tenha esse processo de articulação até do próprio conhecimento mesmo, da própria construção do conhecimento. Então eu penso que nós estamos mais despertados. (...) Porque ainda não ta consolidado na nossa prática docente. (...) Talvez a gente ta inquieta, a gente ta insatisfeito, a gente ta querendo alguma coisa diferente. Eu penso que isso já é um caminho pra gente ta vendo, olha, não dá mais pra discutir articulação, não dá mais pra gente discutir que a gente tem que trabalhar de uma forma, num contínuo, só discutindo. A gente tem que parar de discutir e consolidar isso, efetivar, concretizar isso (E28, 2008).

Nesse momento, observamos que um currículo avaliado de forma positiva, ou seja, de acordo com as Diretrizes Curriculares, é descrito como: integração entre as disciplinas, ensino relacionado às necessidades da categoria profissional e a importância da pesquisa.

O educador deve atuar ativamente no processo de construção do currículo para que possa trabalhar de acordo com as definições nele contidas. É o professor quem fará a articulação entre teoria e prática, entre o que consta no currículo e o que está sendo executado em sala de aula. Daí a importância de sua participação em todo o processo, possibilitando que seja sujeito e protagonista no processo de construção da proposta do currículo (CONASEMS, 2008).

Cabe lembrar que um dos princípios das Diretrizes Curriculares se refere à valorização da pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão (BRASIL, 2001b). Na mesma perspectiva, conforme o CONASEMS (2008, p.13):

O currículo quando visto como um campo de produção e criação simbólica e cultural faz com que seus conteúdos propiciem um processo de produção e criação de sentidos, de significações e de conflitos. É o currículo em movimento proporcionando uma educação crítica e de luta pela superação das divisões sociais.

O comprometimento do educador só acontecerá se ele tiver o sentimento de pertencimento à equipe e à instituição de ensino e se concordar com a concepção de sociedade e de educação proposta no currículo. “O comprometimento dos educadores com os valores e princípios definidos no currículo é essencial para a implementação de mudanças” (CONASEMS, p.14).

Encontramos nos depoimentos uma referência às dificuldades de integração entre as disciplinas e a importância de se superar os desafios de cumprir as orientações das Diretrizes Curriculares. Podemos apontar que há uma compreensão de que para dar andamento às reformas, é preciso integrar o conhecimento das disciplinas, ou seja, o aluno deve fazer a articulação entre os conteúdos, de forma que ele entenda a importância de todo o curso, o que o tornará um profissional generalista capaz de lidar com situações diversas.

Nesse sentido, observamos que, apesar de os professores identificarem no momento a existência de desarticulações no currículo, ou seja, desintegração entre as disciplinas e conteúdos, há um claro reconhecimento sobre os avanços na qualidade do ensino.

Conforme se depreende dos depoimentos expostos, a articulação entre teoria e prática é vista como o pensamento sobre o real, de forma que os conteúdos teóricos façam sentido para o aluno quando este participa de projetos de extensão e estágios. Nesse momento, munido de conhecimento teórico e pensamento crítico, é possível multiplicar os efeitos das habilidades ensinadas na universidade.

Destacam-se as inquietações, insatisfações, questionamentos e vontade de mudar o currículo. Percebemos a idéia de avanço no currículo a partir da articulação do conhecimento. De acordo com as palavras citadas de um dos sujeitos do estudo, para que ocorra essa articulação é preciso construir pontes que liguem os conhecimentos. E completamos: precisamos construir pontes para ligar as pessoas, professores e alunos, sujeitos ativos no processo da reforma curricular.

Sobre a importância da extensão e da pesquisa para se construir um currículo completo, destacamos os seguintes depoimentos.

A gente tem, por exemplo, projetos de extensão e projetos de pesquisa que estão tentando atender realmente, de uma forma mais ampla, a questão tanto da saúde em termos de assistência quanto da prevenção e da promoção à saúde (P12, 2008).

O perfil do profissional que a gente quer formar, os princípios básicos, por exemplo, de se manter a interdisciplinaridade entre ensino, pesquisa, extensão... (SS13, 2008).

A oportunidade de atuar não só no ensino. Então formação voltada também pra investigação, pra pesquisa (F16, 2008).

Então, com isso, permite-se um enxugamento do currículo e uma possibilidade maior do estudante ter um pouco mais de tempo sobrando,

sobrando entre aspas, pra ele poder exercer projeto de pesquisa, projeto de extensão, monitoria e o estudo mesmo em geral (O20, 2008).

A outra coisa é a inclusão do trabalho de conclusão de curso (FB24, 2008).

A gente tem um grupo de pesquisa que ele é bem formado, que funciona. Então, existem várias pesquisas aqui na faculdade direcionadas pra área da saúde. É uma área que sai muito trabalho de conclusão de curso (SS26, 2008).

A Constituição Federal Brasileira determina que as universidades obedeçam ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 1988). Assim, quando discutimos o ensino da saúde nos cursos de graduação, a pesquisa e extensão estão diretamente incluídas no ensino.

O ensino superior de boa qualidade está ligado indissociavelmente à pesquisa, à extensão e à atividade crítica e criativa. Um dos princípios que fundamentam o padrão de qualidade das universidades brasileiras é a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Tal princípio reflete um conceito de qualidade do trabalho acadêmico que favorece a aproximação entre universidade e sociedade, a auto-reflexão crítica, a emancipação teórica e prática dos estudantes e o significado social do trabalho acadêmico (ANDES, 2003).

A partir das falas dos professores, observamos a valorização da pesquisa, a importância dos estágios e das atividades de extensão. Fica clara a importância de oferecer ao aluno um currículo que contemple o tripé da universidade, ensino-pesquisa-extensão, com a finalidade de aproximar o futuro profissional do mercado de trabalho. Tudo isso considerando a importância do aperfeiçoamento teórico e da produção de conhecimento gerado pela participação em pesquisas.

### **6.2.3 Possibilidades e desafios diante do currículo em curso**

A subcategoria 3 aborda algumas possibilidades e desafios apontados pelos professores para a efetivação de mudanças no ensino da saúde. Os desafios postos para superar um currículo desorganizado e a busca de um currículo organizado, segundo os depoimentos, referem-se à aplicação de uma metodologia problematizadora, integração ensino-serviço e a superação de dificuldades de infra-estrutura.

Vejamos os fragmentos destacados sobre a metodologia problematizadora.

Então, às vezes, numa aula teórica, às vezes você consegue dar exemplos, consegue problematizar, consegue trazer casos que você vivenciou, situações vivenciadas... (...) Pra gente ver a importância de você fazer um trabalho em grupo, de você não fazer aquela educação bancária, como Paulo Freire fala, considerando que o docente é aquele que sabe tudo, o aluno aquele que não sabe nada. Na verdade ele tem um conhecimento, ele traz isso (F1, 2008).

Agora, o que se ouve, é que houve uma mudança de currículo, mas, na verdade, não houve uma mudança na expectativa ou na conduta do professor. O professor continua do mesmo jeito que era anteriormente, sendo professor, dando aula, e o aluno escutando. Não houve uma modificação esperada no novo currículo (M9, 2008).

...uma visão crítica, do aluno pra que ele não fique só, de certa forma, como um repetidor, como alguém que pode ter uma participação efetiva de dentro de uma equipe... (...) E aí, é isso, eu acho que é uma coisa interessante, porque a gente vê que vai sendo construída uma nova mentalidade. Eu acho que é uma mentalidade no sentido de que se começa a prestar atenção, não só na coisa técnica ou mais diretamente ligada aquele momento do trabalho, mas a uma coisa mais ampla, mesmo. Isso é muito interessante (P12, 2008).

Eu não separo teoria de prática. A teoria pra mim é justamente o olhar, o meu pensamento sobre o real, sobre aquilo que existe (SS13, 2008).

Então, o que ta acontecendo agora, quando fala da integralidade na formação eu acho que tem vários fatores. Eu dependo da formação que essa pessoa teve, que esse aluno teve, o berço, criação da família, o contexto no qual ela foi criada, na qual ela veio pra cá. Isso eu sempre coloco nas minhas aulas, o aluno que vem trabalhar comigo, é impressionante(...) Então, valor é coisa que você não pega. (...) Isso também sempre repito. Eu não faço nada sozinho. Nenhum professor faz nada sozinho. Então, é necessário que os alunos construam a partir do que eles conhecem (EF14, 2008).

Não ficar só naquela aula expositiva. Hoje nós temos oficinas, nós temos laboratórios, que têm outros formatos (SS23, 2008).

Com essas atividades orientadas realmente esse fluxo do processo da assistência farmacêutica é bastante interessante com conteúdos nesse processo do aprender fazendo. Então, ele vai numa metodologia diferente. (...) Ele dá aula, com certeza, mas não faz essa discussão de integração, uma avaliação dos conteúdos de forma integrada. Isso não acontece. (...) Então, se você trabalhasse, pelo menos, na área da formação dos professores, tudo por aí, você teria um avanço interessante (FB24, 2008).

O cuidar sendo entendido como a finalidade do trabalho do enfermeiro. E pra esse cuidar ser efetivado, eu preciso do administrar, eu preciso assistir diretamente o cliente, eu preciso educar, porque educar primeiro a mim mesmo, a equipe pela qual eu sou responsável. (...) E penso que isso já é um resultado do seu trabalho. Ta tocando a gente; acho isso muito legal. Ta tocando, ta sensibilizando, ta me sacudindo...(...) Sala de aula pra mim não são quatro paredes. Sala de aula é todo e qualquer momento que eu tenho de

interação com o aluno. (...) Só que quem ta recebendo tudo isso aí é um ser que tem uma história, uma história de vida. E ele vai transformar isso conforme a sua própria história de vida, conforme a sua própria visão de mundo. E eu penso que a gente esquece disso, que a gente não valoriza isso. (...) Todos nós, enquanto formadores, enquanto aqueles seres formadores, não no sentido de formatar, mas enquanto alguém que trabalha num órgão formador de recursos humanos, nesse sentido, de pessoas (E28, 2008).

(...) a questão da problematização, da utilização de outras metodologias de ensino, da metodologia ativa de ensino-aprendizagem. Isso também não é muito colocado aqui. O aluno aprender a aprender. (...) O professor ta lá na frente, o aluno ta lá, é, então não se adequa tanto quanto poderia ser. (...) Isso sem tocar na questão das metodologias ativas de ensino aprendizagem que tão colocadas nas Diretrizes Curriculares e que eu acho que tem tudo a ver com a proposta de colocar de efetivar o SUS, de o aluno aprender a aprender. Mas ao mesmo tempo isso é uma dificuldade pra gente professor e pro aluno também que quer sentar e receber passivamente o conhecimento; quer ser uma tabula rasa enquanto você, professor, é o senhor sabedor de tudo. Então, o aluno também ele é muito passivo no processo. E ele não é só passivo na sala de aula, ele é passivo também lá. Ele quer que o supervisor de campo dele dê tudo pra ele, ensine a ele como fazer. Ele não quer também fazer a transferência de ele também tendo que trazer coisas novas. E isso aí eu acho que dificulta muito. (...) Eles não têm iniciativa, eles têm dificuldade de ter iniciativa. Por quê? Por conta de todo um processo de formação, de todo um acúmulo passivo pras coisas. Não foi estimulado a ter iniciativa. Então, por isso ele não tem iniciativa e chega lá no estágio ele não tem (SS29, 2008).

Você vai, muitas vezes, partir das experiências que ela tem e aí na verdade não vai ser uma palestra, não vai ser um grupo fechado, vai ser, na verdade, a questão do diálogo, da problematização (SS30, 2008).

A própria conduta, eu acho que dentro do trabalho médico, aqui dentro, as normas clínicas e éticas que o profissional faz aqui, ele passa pros alunos dele. E isso vai integrando na vida dele, quando ele sair daqui ele vai ter as mesmas condutas. Pelo menos, o que a gente prima dentro de uma Universidade Federal é ensinar, passar para os alunos as condutas atuais, éticas, pra que ele lá fora seja um profissional competente (M31, 2008).

A busca por uma metodologia problematizadora e a integração ensino-serviço foram aspectos que se repetiram nos depoimentos, o que está em consonância com as Diretrizes Curriculares da Saúde e com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB).

Conforme Pinheiro e Ceccim (2006), a graduação na área da saúde não tem tido uma orientação integradora entre ensino, trabalho e cidadania voltada para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade.

As práticas formuladas em cenários de aprendizagem devem considerar as coletividades que compõem os movimentos sociais, usuários potenciais do sistema de saúde, o que afirma a importância de um saber local advindo da experiência cotidiana, o qual é

chamado de saber prático ou sabedoria prática. Trata-se da contextualização dos saberes, portanto, da desconsideração de verdades universais. “O saber prático refere-se não apenas a uma prática específica, no sentido da ação, mas também aos sentidos, significados e valores provenientes de experiências incorporadas cotidianamente” (PINHEIRO; CECCIM, 2006, p.19).

Nesse contexto, Saippa-Oliveira, Koifman e Pinheiro (2006) sugerem que o conhecimento deve receber tratamento multidimensional, permitindo a compreensão complexa da realidade, a circulação de diferentes valores (interesses, enfoques ou pontos de vista) presentes nas questões humanas, científicas e sociais. Além disso, os conteúdos trabalhados no currículo devem ter uma relação mais estreita com as necessidades dos estudantes, de maneira que possam ser utilizados em diferentes contextos e situações profissionais cotidianas. “Para isso, é necessário trabalhar com os estudantes a capacidade de estabelecer relações entre as informações que recebem e as que trazem consigo ou constroem entre si, e relações de aprendizagem que estimulem trocas, confrontos e exposições” (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PINHEIRO, 2006, p.210).

Segundo a LDB, a educação superior tem por finalidade, dentre outras, estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo. Além disso, formar diplomados para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente e prestar serviços à comunidade, estabelecendo com ela uma relação de reciprocidade (BRASIL, 1996).

Como já descrito anteriormente, as Diretrizes Curriculares têm por objetivo levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender. Isso 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. Como princípios das Diretrizes Curriculares, destacamos: encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar e fortalecer a articulação da teoria com a prática (BRASIL, 2001b).

Metodologia problematizadora refere-se à concepção de Educação proposta por Freire (2005) que critica o ato de educar como algo estático, compartimentado e alheio à experiência existencial dos educandos, onde o educador exerce a tarefa de narrar ou dissertar conteúdos aos educandos, nesse momento, considerados objetos pacientes. Em tal concepção, o educador aparece como agente e o educando como sujeito que recebe conteúdos que são desconectados da realidade. Trata-se da chamada educação bancária.

Em contrapartida, a educação problematizadora é baseada na comunicação, na relação dialógica e a superação da contradição entre educador-educando. Assim, o educador, além de educar, educa em diálogo com o educando, que, ao ser educado, também educa. Portanto, ambos se tornam sujeitos do processo, crescendo juntos (FREIRE, 2005).

Freire (1996, p.22) afirma: “A reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação Teoria/Prática”. Assim, entendemos a importância da metodologia problematizadora para a construção de um profissional crítico e atuante nos problemas da sociedade. A interação com a prática e a reflexão sobre o agir potencializa o conhecimento teórico e transforma o ser humano em sujeito de valores, como veremos nos depoimentos colhidos. A participação ativa dos educandos proposta por Paulo Freire constitui-se o chamado protagonismo do estudante e um ensino voltado para a realidade da sociedade, que são orientações das Diretrizes Curriculares da Saúde e da LDB. Essa participação ativa reflete na aplicação do conhecimento às diversas realidades encontradas pelo futuro profissional. Daí a importância de aprender a aprender.

Enfim, observamos o reconhecimento das metodologias ativas no contexto da reforma curricular nos cursos de saúde. Como exemplo disso, citamos um trecho do projeto Pró-Saúde, que sustenta que: “No nosso país, com Educadores da estirpe de Paulo Freire, fica claro que a capacidade de se construir alternativas nacionais já faz parte de nossa história, em que a problematização da prática certamente sugere a abordagem de solução de problemas” (BRASIL, 2005a, p.13).

Ainda na perspectiva de superação dessa estrutura posta do currículo, os docentes falam da necessidade de integração ensino-serviço como prática que se alimenta e se retroalimenta para formar.

Em relação à integração ensino-serviço, apontamos os seguintes depoimentos:

Esse ponto aí é bem importante, porque nós não conseguimos, obtermos sucesso nesse empreendimento, se nós não tivermos a prefeitura, que organiza todo esse setor. Pra onde que os nossos alunos vão e que vão interagir com os profissionais do setor vinculado à prefeitura e se nós não tivermos uma coordenação muito boa nessa situação vai ficar complicado. Essa pergunta é bem pertinente porque nós tivemos agora recentemente um projeto, nós nos integramos. (...) Então, nós reunimos professores, alunos pra organizar esse projeto e tivemos a participação também de funcionários e profissionais da área da saúde da prefeitura e nós vimos que tinham algumas situações complicadas, de receptividade dos estagiários. Enfim, tem que ter uma coordenação muito boa na agência formadora e na agência receptora, porque se isso não ocorrer, vamos ter dificuldades (EF3, 2008).

...eles têm uma disciplina que chama atividade orientada que começa no segundo período, com atividade orientada I e vai até atividade orientada IX no último período. Então, essas atividades orientadas são disciplinas voltadas pro aluno no serviço, é o aluno atuando no serviço. (...) ...porque com essas novas principalmente essas de atividade orientada, que visam praticamente fazer essa orientação, ensinar o aluno e mostrar pro nosso aluno o papel dele nessa equipe de saúde toda de atendimento à população de uma maneira geral. (...) ...mas a grande dificuldade é lá no serviço, falta de espaço, falta de pessoal, falta de qualificação. É toda a dificuldade que ele tem pra atender o nosso aluno que chega pra ta trabalhando e fazendo diagnóstico, fazendo trabalhos e ajudando... (FB10, 2008).

Então, a gente sente que tem um movimento dentro, principalmente por causa do CAS. Com muita dificuldade, um movimento intenso, mas muito lento ainda, mas que a gente vê que ta acontecendo, nessa perspectiva mesmo da integralidade, de ta se discutindo isso. E até pela própria questão da presença dos profissionais dentro das Unidades Básicas de Saúde. E a gente tem agora o CAS, ainda tem o HU, o antigo, e tem a Casa de Parto... (...) ...então, eu acho que estamos caminhando (EF11, 2008).

A universidade formava sem vínculo com o sistema e o sistema não precisava da universidade em tese, entre aspas essa tese. É, aos poucos e aí eu acho que o lance que eu falei das Diretrizes Curriculares, foi-se percebendo que não dá, você não pode formar um profissional que não tenha o vínculo, quer dizer, que não seja formado para o sistema. (...) Então, eu acho que hoje a universidade está buscando, a universidade brasileira, a universidade de Juiz de Fora ta buscando uma integração muito maior. Mas ainda peca muito. (...) O aluno ainda, até por causa do discurso de alguns dos professores, ele ainda não conseguiu entender a importância de ele estar no SUS. (...) E o sistema tem que abrir pra universidade. É, não adianta a universidade querer, estar preparando, se não houver do outro lado a reciprocidade. Por quê? Porque, na verdade, o aluno tem que ta praticando lá, ele tem que ta vivenciando lá, ele tem que ver o que precisa lá, pra ter essa oferta de produtos, vamos chamar assim, para o sistema de saúde. (...) Então, quando chega um grupo de alunos e começa a perguntar porquê, pra quê, como é que eu vou fazer isso, como é que vai ser aquilo e, meio que ainda perdido no sistema, isso traz uma rejeição por parte do sistema, quer dizer, na universidade nós não preparamos direito pra chegar lá e lá há uma rejeição. Isso vai ter que acontecer aos poucos, já melhorou muito e é nesse sentido que eu to falando. (...) O compromisso das pessoas ta aumentando. E isso vale pra essa integração da universidade com o sistema. A universidade é uma torre. Aos poucos ela ta deixando de ser. O sistema não gosta da universidade, porque a universidade é inquisitiva, é chata, é prepotente, nós somos prepotentes, nós achamos que quem detém o conhecimento somos nós. Não é verdade. Então, até que haja essa integração, isso é difícil, isso é dolorido. Depois ter o filho é ótimo, principalmente quando se é avô, não é pai. E isso é a situação que nós estamos vivendo. Por isso, denúncias todo dia contra um e contra outro, até que haja uma integração. Eu acho que realmente tem melhorado muito, mas ta difícil. É dolorido, é ruim em alguns momentos. (...) A universidade ainda é uma torre de marfim. Uma torre que fica aqui no campus, num lugar bonito, agradável e que não pode se misturar com a UBS, que é cheia de povão, cheia de gente pobre, cheia de gente que não cheira bem, coisas do tipo. Difícil quebrar isso aí. Acho que melhorou muito. Hoje professores da universidade têm mais compromisso com o sistema e pessoas do sistema

têm uma visão melhor da universidade. Então, eu acho que isso aí tem melhorado, mas é preciso muito mais (FB15, 2008).

Aí tem que ter uma transformação muito grande no sistema de saúde. Acho que a universidade jamais vai conseguir sozinha. É uma transformação. Mas ela pode ser parceira do Estado, e os governantes, pra que a gente consiga fazer valer esse princípio da integralidade (F16, 2008).

Tem o Sabiá e tem os estágios. Os estágios são em centros comunitários, que são convênios firmados com a prefeitura. (...) O projeto Sabiá é uma extensão. Ele é feito, ele é realizado aqui dentro, como se fosse uma clínica aqui dentro da faculdade. Mas ele atende a comunidade externa na forma de um projeto. (...)e uma integração também com esse pessoal que trabalha nas UBSs, na prefeitura, ligados ao SUS. Porque lá a realidade é uma, aqui a realidade é outra. (...) Então, existe uma barreira muito grande entre o que é ensinado na Universidade e o que é realizado dentro dessas unidades de saúde. Aí vem a questão, quem que deveria ceder,? Eles deveriam se adaptar ao que seria o ideal, que é o que é ministrado na universidade ou nós que deveríamos nos adaptar à realidade? Eu acho que teria que haver um meio termo aí. (...) Melhorou muito, mas eu acho que ainda tem muito a crescer (O20, 2008).

A universidade chega de forma prepotente também... Mas eles não entendem que a participação na formação é uma definição constitucional. Então, quem forma, quem determina a formação é o Sistema Único de Saúde. Então, quer dizer, eles não percebem isso e é um pouco como se eles tivessem fazendo um favor. (...) Se você não forma bem, o profissional lá vai ser defasado e o objeto, o objetivo final, que é o usuário, não vai ser contemplado no processo de saúde que é previsto, nas nossas leis constitucionais e intraconstitucionais aí. (...) Mas, eu acho que a gente ta conseguindo, nesse sentido, com a questão das atividades orientadas (FB24, 2008).

Acho que tem muitas dificuldades. Uma das principais é a questão da integração com os serviços. O profissional hoje, pelas Diretrizes Curriculares, ele tem que começar desde o segundo período a fazer parte de alguma forma, a ser co-participante nos serviços, através do olhar crítico, através da própria presença dele lá. E a gente vê que essa relação ensino-serviço é uma relação ainda muito complicada e muito difícil de se fazer. (...) Mas tem outros, eu acho que o despreparo, a falta de capacitação dos profissionais da rede pra trabalhar com alunos, pra serem supervisores de campo. Despreparo nosso pra sermos supervisores acadêmicos, pra fazermos esse link entre academia e serviço, porque às vezes a gente tem um olhar, que é um olhar muito teórico sobre a coisa. O olhar da prática às vezes é um olhar que se adequa melhor (SS29, 2008).

Eu acho que os alunos despertaram mais.(...) Pra parte prática e essa importância da prática com a teoria. (...) Hoje eles já começaram a modificar, já logo no primeiro período lá, já têm disciplina que estão levando os alunos pros ambulatórios de periferia. Estão fazendo, ta mais interessado. Então, o aluno já se sente, desde o primeiro período, integrado realmente naquilo que ele vai fazer, atuando naquilo que vai ser a vida dele mesmo. E, antigamente, a gente ficava, realmente, muito afastado só com as disciplinas teóricas, lá em cima no campus e quando a gente chegava, muitos que chegavam aqui dentro do hospital, tinham uma visão diferente.

Muitos deles se adaptavam bem, outros não. Eu tenho impressão que essa nova metodologia tá trazendo o aluno mais cedo pra vivência médica (M31, 2008).

Hoje tem se procurado fazer uma formação mais consistente e que procure fazer o que a Psicologia tem se transformado um pouco, que ela se adapte e que reflita sobre sua prática contextualizando nos vários campos. (...) Então, eles têm a parte teórica e tem a parte de vivência, que aí dá consistência à formação dele em relação prática. Você não fica só no campo teórico e vêem como que são as coisas, como que é o dia-a-dia, como é a parte dos profissionais dessa área. E, também, trabalham muito a reflexão do trabalho do psicólogo, nessas práticas, principalmente quem trabalha em Unidades Básicas de Saúde (P34, 2008).

Ceccim e Feuerwerker (2004b) chamam atenção para o fato de que quando eles se referem à importância da integração entre ensino e serviço, o que esbarra na responsabilidade da universidade e do SUS, não se restringe o serviço à noção de práticas de atenção. Inclui-se a estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e organização de conhecimentos do setor.

Assim, ao se propor a interação ensino-serviço-comunidade, aliás, comunidade ao invés de população, há a noção de relevância e responsabilidade social do ensino, ou seja, a formação como um direito social e dever do Estado. A formação e tudo que a envolve somente faz sentido quando tem relevância social, já que o ensino em saúde guarda o mandato público de formar segundo as necessidades sociais por saúde da população e do sistema de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Os autores ainda destacam a importância do protagonismo dos estudantes no processo de formação, ou seja, as instituições formadoras devem se articular com o movimento estudantil. Tal protagonismo deve ser incentivado como movimento político de construção de inovações ao ensino e de sentido aos serviços de saúde. Dessa reflexão nasceu, em 2003, o conceito de quadrilátero da formação: ensino-gestão-atenção-controle social.

Guizardi e outros (2006, p.176) sustentam: “Colocamos, então, o convite para que o encontro entre ensino e trabalho seja olhado no que pode surgir como criação a partir dele, sem que isso implique desconsiderar as especificidades desses territórios institucionais”.

Portanto, uma aliança entre trabalho e formação que reconheça que tanto os processos de formação como os de trabalho produzem conhecimento técnico-político deve balizar o compromisso social das instituições formadoras e uma nova participação do SUS na formação dos profissionais de saúde (CONASEMS, p.27).

Após discutirmos as dificuldades de integração entre universidade e serviço de saúde, cabe abordarmos outro aspecto apontado como um obstáculo a ser superado para

efetivação de um currículo que, de fato, seja capaz de atender às orientações de formar para o SUS. Trata-se da superação da falta de estrutura para o bom funcionamento do ensino na saúde, que se refere, segundo os depoimentos, à infra-estrutura material, de recursos humanos e a má gestão do sistema e da assistência.

A falta de estrutura material, de recursos humanos, bem como o despreparo dos gestores foram questões apontadas pelos entrevistados como fatores que dificultam o andamento da reforma curricular dos cursos de graduação na saúde. Sobre a falta de infraestrutura, destacamos os seguintes depoimentos:

(...) eu acho que uma coisa muito massacrante é a burocracia. A burocracia, eu acho que ainda é uma das coisas que tem mais, de mais terríveis, que atrapalha muito o pensar, o pensar refletidamente, o poder estimular a criatividade (P12, 2008).

Então, as dificuldades que a gente tem, pra te falar a verdade, são as dificuldades da política do município, por exemplo, de recurso, que não tem recurso (SS23, 2008).

A própria aplicação de dinheiro em saúde, que é ruim no Brasil, o sistema de saúde tá um caos.(...) Quando eles criaram o SUS, eles esqueceram de ver quem ia pagar aquele atendimento. Então, cria o SUS, mas, pra onde vai, quem vai bancar, de onde vem o dinheiro, isso ninguém teve essa preocupação (M25, 2008).

Carência de material. (...) Superar isso é a estrutura do país pra poder dar um apoio tanto aqui dentro das universidades, dentro das Faculdades de Medicina, dentro dos Hospitais Universitários e lá. Eu acho que isso aí é falta de uma estrutura básica decorrente do país (M31, 2008).

Conforme já abordado anteriormente, o sistema de saúde e o mercado de trabalho são indissociáveis da formação. Intervir na saúde pressupõe um envolvimento com as políticas públicas que ultrapassam o setor saúde. Não há como negar a influência da realidade sócio-econômica do país nas políticas de saúde e, conseqüentemente, na formação. Como vemos, os depoimentos evidenciam que os professores contextualizam a formação às políticas.

Já em relação aos recursos humanos, os depoimentos expressam a resistência dos próprios professores em concretizar as mudanças propostas pelas Diretrizes Curriculares. A mentalidade atrelada ao perfil especialista foi apontada como um fator que dificulta a reforma curricular. Nesse sentido, mudar a proposta das disciplinas apenas no papel não significa que as mudanças estão em andamento. É preciso mais do que propostas; é preciso praticá-las.

Enfim, os depoimentos identificam que se não mudar a mentalidade, a reforma fica só no papel.

Ainda no que tange aos recursos humanos, os depoimentos indicam uma insatisfação dos docentes em relação à falta de um contingente adequado de professores devido à não efetivação de concursos públicos para o preenchimento do quadro docente, bem como a disposição de alguns em fazer parte, de fato, da proposta de mudanças na formação para o SUS. Assim, observamos que o número de professores não acompanha a ambiciosa proposta da reforma curricular vinculada à ampliação da qualidade da assistência à saúde. O que está posto é que a universidade vem aumentando o número de vagas sem o devido cuidado com o quadro docente. Há salas de aula com número de alunos que superam qualquer tentativa de formar para o SUS ou até mesmo para o mercado.

Vejamos as falas dos docentes.

Eu acredito que o que acontece de maior dificuldade é na hora de implementar isso dentro das instituições, devido ao próprio problema da própria universidade mesmo. Quer dizer, a universidade, ela tem uma dificuldade estrutural mesmo, quer dizer, de renovação de quadros. Você vê que é difícil, você precisa de profissionais nessas áreas novas que estão sendo inseridas no currículo, mas há dificuldades pra contratar profissionais. Os professores que já estão, os profissionais que já estão trabalhando na universidade, muitas vezes eles não têm um processo de reciclagem, de formação, de até mesmo de comprometimento com esse tipo de visão (FB7, 2008).

Quando você fala de Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação e a articulação disso com o sistema, com a ação do profissional no Sistema Único de Saúde, eu acho que tem muita relação com essa coisa da educação em saúde, tanto nossa enquanto professores que contribuimos pro processo de formação dos profissionais da área de saúde, quanto pros próprios profissionais (EF11, 2008).

Os docentes resistem bastante a abrir mão da especialidade. Eles não querem abrir mão de um conteúdo sequer na disciplina. Eles acham que a disciplina dele é a mais importante do currículo e que eles não podem diminuir a carga horária, por exemplo, na especialização pra poder dar mais carga horária pra uma que é de formação mais geral (F16, 2008).

Eu acho que a maior dificuldade é o número de pessoas, de professores. Nós temos um número muito pequeno de professores. Então, às vezes, é difícil a gente poder atender burocraticamente, atender clínica, você participar de eventos, você criar programas de extensão, você dar a atenção merecida para o aluno. Eu tento fazer o máximo que eu posso, mas o grande empecilho pra mim, a meu ver, agora na Faculdade de Odontologia, é justamente o número exíguo de professores (O19, 2008).

Porque, na realidade, o número de professores da Medicina, ele diminuiu muito nos últimos anos, como o número de professores de outros

departamentos também. (...) E isso aí é péssimo, porque você não faz nenhuma mudança sem recompor, pelo menos, o corpo docente. (...) Outra coisa que na Faculdade de Medicina a gente observa em algumas disciplinas, eles, o professor finge que dá o curso, o aluno finge que faz. (...) Então, eu acho que... inclusive que a Faculdade de Medicina aproveita pouco o potencial dos alunos que ela tem, que eles são os alunos que passam no vestibular mais difícil da universidade, mais concorrido e ela oferece pouco e já que ela oferece pouco, a contrapartida também é cobrar pouco (M25, 2008).

Olha, no meu entendimento e também pelo que vem sendo discutido em todas as reuniões, pelo que pode ser observado do ponto de vista histórico mesmo, houve, ao longo do tempo, uma perda dos valores do profissional médico e com isso ele, inclusive, perdeu um campo de atuação importante. Então, isso fez com que houvesse uma necessidade de repensar quais eram os valores, o que deveria ser feito de fato e nós estamos observando, com isso, uma queda da qualidade de saúde como um todo, da prevenção, da assistência (M27, 2008).

(...) o curso de Enfermagem, o currículo, ele não se constrói somente através de meia dúzia de professores. É o coletivo. E pra que dê certo, pra que haja realmente a integração entre todos os cursos, entre todas as disciplinas do curso de Enfermagem, é necessário e importante que haja o apoio tanto da direção quanto da coordenação do curso. É necessário que todos caminhemos numa única direção (E33, 2008).

Então, assim, se você tem professor pensando com cabeça antiga, imagina você botar nome novo em disciplina, tentar criar ementas, sendo que a prática do professor, que é uma fonte de identificação importante pro aluno, não mude, não vai mudar. Então, isso é uma grande barreira porque os colegas da Psicologia, infelizmente, ainda têm uma visão muito de profissional liberal e inclusive um desconhecimento total do que é saúde pública, do que é Saúde Coletiva, etc. E muito menos de SUS, de uma forma... às vezes, são até contrários ao SUS nesse aspecto. Então, uma das principais fontes é, hoje, a formação do professor, que precisa ser, ele precisa ser reciclado, capacitado também pra esse tipo de coisa. Então, se for assim, vai ficar uma reforma muito mais no papel do que uma reforma prática, aí no dia-a-dia da formação (P34, 2008).

As instituições de ensino têm dois tipos de currículo, um explícito e formal e outro oculto e informal. O currículo formal é aquele definido pela equipe que atua na instituição ou pelas autoridades educacionais, contemplando todos os elementos presentes na ação educativa produzida no papel. Já o currículo real é o que se pratica na sala de aula, juntando os elementos definidos no currículo oficial com valores e subjetividades do educador. É o que é executado de fato numa vivência educacional. Enfim, o currículo oculto refere-se às crenças e valores transmitidos por meio das relações sociais e rotinas que caracterizam o cotidiano da experiência escolar (CONASEMS, 2008).

Observa-se, ainda, que, muitas vezes, o educador escolhe a ordem de prioridades que executará em sala de aula, deixando de fora muitos dos saberes definidos no currículo oficial. Além disso, o enfoque que o educador dará aos temas do currículo depende de seu conhecimento e concepção sobre o assunto a ser abordado. De acordo com o CONASEMS (2008, p.18):

O currículo oculto, portanto, é muito mais sutil, pois ele é a interação entre o conhecimento definido no currículo oficial com os saberes e os valores dos educadores e dos educandos, com o material didático, organização espacial de sala de aula, com os tempos escolares, ou seja, com as múltiplas relações da vida cotidiana do processo educativo.

Aqui cabe retomar o pensamento de Merhy (2005) sobre as semelhanças entre o processo de trabalho na saúde e na educação na medida em que ambos têm prevalência do trabalho vivo em ato. Assim, ambos os trabalhadores exercem escolhas no modo de trabalhar e aplicar as tecnologias, o que implica criatividade, responsabilidade e subjetividade. No caso da educação que por ora analisamos, o professor conta com uma certa liberdade para executar as propostas do currículo; por isso, não há garantias de que o currículo formal será praticado se os professores não estiverem realmente comprometidos com o projeto pedagógico formal.

Como podemos observar, para que o currículo oficial seja implementado, é preciso que os professores estejam dispostos a seguir seu conteúdo e metodologia. Assim, a disposição para mudanças e as concepções educacionais dos docentes serão fatores decisivos para dar andamento ao currículo oficial.

Os depoimentos indicam a importância da mudança de currículo a partir da mudança de mentalidade daqueles docentes acostumados com modelos de ensino ultrapassados. Assim, não adianta mudar nome de disciplina se não mudar a visão do professor. Nesse sentido, caso mude a disciplina sem contar com a concepção de reforma curricular do professor, o currículo oculto estará se sobrepondo ao currículo formal.

Outro aspecto relevante a partir dos depoimentos, no contexto das dificuldades relacionadas aos recursos humanos, é a questão do contingente insuficiente de professores. É possível identificar uma insatisfação dos docentes no que diz respeito à falta de professores para oferecer um ensino de qualidade e que valorize o trabalho docente. O que está posto é que a universidade vem aumentando o número de vagas sem o devido cuidado com o quadro docente. Há salas de aula com número de alunos que superam qualquer tentativa de formar para o SUS, talvez para o mercado.

É interessante ressaltar, em relação aos desafios para consolidação da reforma curricular, a gestão do SUS e do ensino da saúde. A gestão do SUS foi apontada pelos entrevistados como um desafio a ser superado para dar andamento à Reforma Sanitária Brasileira, fato que tem efeitos na qualidade da formação dos profissionais de saúde. Já abordamos a importância da integração entre ensino e serviço; logo, é possível compreendermos que a gestão do sistema de saúde afeta o ensino nos cursos de graduação. Os depoimentos expressam uma posição crítica em relação à integração entre universidade e gestão da saúde, o que será exposto a seguir.

É, sem sombra de dúvida, eu posso te dizer que, às vezes, você tem a determinação para fazer um determinado gesto o qual é requerido por uma esfera do poder e, na outra, ele é impedido, entendeu? (...) A coisa acontece hoje, você não sabe se daqui a três meses tá valendo. Amanhã, você tem outro foco de gestão e, de repente, desfala tudo que foi falado há três anos atrás. Você vê, às vezes, projetos belíssimos iniciados e eles serem interrompidos. Isso é muito sério, entendeu? Porque, além de te desmotivar, o seu poder de convencimento de agregadores, né, pra que você tenha vários colaboradores no bem comum, você tenta uma vez, alguém vem e destrói aquela intenção (M4, 2008).

As vaidades pessoais, a falta de competência de gestores, isso é importante colocar, eu acho que gestores, você, com bons gestores, você consegue ajudar o currículo, tanto os gestores da universidade, desde o nível do secretário de saúde, estadual, secretário municipal, os gestores, aquela cadeia de gestores até chegar na formação. Porque tudo isso tem que ser aproveitado, mas tem que ter uma mudança na coisa. Esse tem que ter conhecimento, porque você tem gestor que não tem conhecimento do que é ensino médico, não tem (M9, 2008).

Eu estou querendo que essa interdisciplinaridade possa, enfim, se apresentar na prática da sala de aula no cotidiano e não acontece porque não tem muito como. Eu acho que até já se barra lá na coordenação (P12, 2008).

Acho que aí entra o gestor. Ele entender que com saúde não se brinca. É difícil da gente entender a cabeça do gestor. A gente como professor, pesquisador, é tão óbvio, mas pro político ou pro gestor isso não é tão óbvio assim. É, mas a partir do momento em que se respeitar o que está na lei, o que tá dentro do que rege as diretrizes do que seja um Sistema Único de Saúde, evidentemente o gestor público que acho que um dia pegar isso como bandeira, eu acho que vai facilitar uma série de coisas (EF14, 2008).

O SUS marca consulta pra você de 7 em 7, de 10 em 10 minutos. Então, esse político que orienta essa conduta, ele não tem noção disso. Os médicos aceitam porque têm que dar vazão. É muito complicado mexer com isso, porque uma consulta dessa eu gasto tempo. Eu tenho que voltar, retornar (M22, 2008).

Então, aí é uma questão que envolve o Estado, o governo, seja ele federal, estadual e municipal. Ele tem que se preocupar em valorizar mais aquele profissional que trabalha no serviço público (M27, 2008).

(...) dificuldade está justamente na questão da atual direção e atual coordenação do curso, porque nós, professores, estamos caminhando com uma linha de pensamento xis e eles estão caminhando pra outro lado. Então, não existe, não ta existindo essa integralidade entre nós, no momento (E33, 2008).

Em relação à gestão dos recursos humanos na saúde, observamos que para que os profissionais sejam bem orientados, é preciso uma boa gestão. Pierantoni (2001) aponta dificuldades em relação à formação do administrador na área da saúde relacionadas com a precariedade das escolas de graduação na área. Trata-se da distância entre os conteúdos teóricos ensinados na graduação e a realidade enfrentada por esse profissional na administração pública.

Os entrevistados apontaram o despreparo do gestor para lidar com as reais necessidades da população, além de pouca valorização das mudanças assistenciais que produzam ações integrais. Além disso, os depoimentos indicam falta de sensibilidade dos gestores para integrar ensino e serviço.

Segundo Schraiber e outros (1999), o novo gestor, aquele que ultrapassa as características de um administrador tradicional, deve otimizar a produtividade, contornar conflitos, envolver eficácia-eficiência empresarial. Deve atuar a partir de um crítico discernimento, aliando técnica administrativa à sensibilidade para intervenções no processo saúde-doença, individual e coletivo. Enfim, o novo gestor deve ter:

[...] domínio da arte de flexibilizar as normas para o cotidiano particular deste ou daquele estabelecimento ou conjunto deles, e não mais com o geral social, ainda que sigam sendo tais atuações, com bastante freqüência, questões da esfera organizativa da oferta dos serviços para consumo (SCHRAIBER et al., 1999, p.225).

Os serviços de saúde, ao se constituírem em espaços habitados por múltiplos atores, atravessado por múltiplas racionalidades, ideologias, interesses e controles de poderes-saberes requerem, portanto, múltiplos e contínuos processos de negociação. Uma gestão que se pretende democrática deve reconhecer e trabalhar essa correlação de forças existente entre os atores sociais em prol da criação de novas subjetivações, de arranjos flexíveis, resgatando o valor de uso do trabalho e estimulando a construção de sujeitos livres, criativos e solidários (op. cit.).

### 6.3 OS PRINCÍPIOS DO SUS ORIENTANDO A FORMAÇÃO

Nessa categoria destacamos a percepção dos entrevistados sobre a integralidade na formação. Dividimos a categoria em duas subcategorias, sendo a primeira nomeada de universalidade e equidade e a segunda, de integralidade. A primeira refere-se à percepção dos professores sobre o conceito e aplicação da universalidade e equidade no contexto do SUS. A segunda subcategoria expressa, segundo a visão dos professores, a integralidade no ensino da saúde.

#### 6.3.1 Universalidade e equidade nos discursos docentes

O que se pretende alcançar com as Diretrizes Curriculares? Retomando tal documento, temos que a formação deve ser voltada para atender às necessidades de saúde da população, tomando como pressuposto os princípios doutrinários do SUS. Como veremos, os depoimentos expressam a percepção dos professores sobre o ensino na saúde baseado nos fundamentos do SUS.

Nos fragmentos a seguir destacamos a percepção dos docentes sobre a importância da organização curricular incluir no processo de formação os princípios doutrinários da universalidade e da equidade.

Então eu diria que essa questão da universalidade e a equidade, a gente procura, tá trabalhando no sentido, por exemplo, trabalhar política de medicamentos, mostrar pro aluno a questão de melhorar o acesso, que todas as pessoas tenham direito ao medicamento. Se a pessoa não tiver condições, que o profissional, ele tem o dever de procurar, oferecer condições, informar a pessoa da forma como ela pode estar adquirindo esse medicamento pra que ela não tenha interrupção do seu tratamento (FB7, 2008).

(...) a universalidade do SUS, essa já existia porque nós já damos atendimento a todas as camadas, independentemente de renda (O8, 2008).

Pois é, eu acho a hora que fala de equidade, por exemplo, a Educação Física, ela naturalmente já lida com isso. A ação dela, na prática, ela já tem isso, talvez faltava simplesmente alguém transpor o que são os princípios orientadores do SUS para nossa prática. E identificar isso, já na nossa

prática. Que a gente já socializa, já evidencia características individuais, a gente já tem técnicas, métodos e técnicas de intervenção... (EF14, 2008).

Equidade, também nesse caso, é um princípio importante, porque já que não temos acesso a todos, nós acabamos tendo que fazer algumas seleções. Então, a gente vai pros grupos que realmente têm maior necessidade, apesar de não fazermos distinção de atendimento. Mas acabamos desenvolvendo atividades mais, em locais mais carentes e voltamos as nossas ações mais pra essas pessoas que não têm, então, condições de ter acesso de uma outra forma que não pelo SUS (P17, 2008).

Mas também acho que é uma política de procurar atender, ao máximo possível, as pessoas. (...) Então, quer dizer, eu acho que ta trabalhando a questão da quantidade, mas a quantidade com uma qualidade tremendamente prejudicada. Eu acho que a gente oferece é isso pro doente, você oferece... E, por um outro lado, você vai e oferece uma imagem de um hospital com alta tecnologia que vai cobrir uma meia dúzia de gatos pingados (M22, 2008).

Então, a equidade, que é a questão da discriminação positiva, com certeza faz parte da nossa formação, até porque nós trabalhamos com essas pessoas que estão mais vitimizadas pela desigualdade ou por outras questões que perpassam as necessidades de saúde dessas pessoas (SS29, 2008).

A questão da universalidade, porque nós entendemos que as políticas públicas, elas são direito de todos e dever do Estado, mas esse dever do Estado, ele não exclui a sociedade, a comunidade, a família, porque todos são co-participantes (SS30, 2008).

Conforme abordado no presente estudo, a Lei nº 8.080/90 que regulamenta o SUS determina os treze princípios que fundamentam as ações na saúde pública brasileira. Retomando o pensamento de Cecílio (2001), observamos que os princípios que se destacam e que se inter-relacionam são os princípios da equidade, universalidade e integralidade. Segundo o autor, tais princípios constituem um conceito tríplice, entrelaçado, capaz de expressar o ideário da Reforma Sanitária Brasileira.

A fim de relacionarmos nossos resultados com o embasamento teórico, cabe retomar brevemente o conceito de universalidade e de equidade. A universalidade assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso, sem discriminação, ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema. Já a equidade refere-se à prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Observamos, a partir dos depoimentos, que os professores compreendem a universalidade e equidade, bem como a importância de transmitir aos alunos esses princípios. Ambos foram contextualizados a questões amplas, conforme a discussão da saúde pressupõe.

Tais fatos demonstram a sensibilidade dos professores entrevistados para questões como acesso aos serviços, vulnerabilidade social e qualidade da assistência.

Cabe reafirmar que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e ao estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990a). As falas demonstram o conhecimento acerca da importância do acesso universal e igualitário aos serviços, considerando a equidade atrelada à justiça social, ou seja, à prioridade da população exposta a maiores riscos sociais.

### **6.3.2 Integralidade nos discursos docentes**

Remetendo aos estudos de Mattos (2001), há várias formas de se pensar a integralidade que se constitui como um conceito polissêmico (que permite vários sentidos). É possível perceber tal concepção nos discursos docentes. Vejamos os depoimentos.

A gente não pode esperar que a pessoa entre na sua porta para você atender, seja no consultório, seja num ambulatório público, enfim, no hospital. Que é uma pessoa que tá ali, simplesmente porque não consegue mexer o ombro e esse é o problema dela. Esse não mexer o ombro, às vezes, traz implicações no seu dia-a-dia, nas suas atividades diárias, nas suas atividades profissionais, caso ela trabalhe. Às vezes, no relacionamento com a família, no relacionamento com seu esposo, às vezes, pode ter uma dificuldade de um relacionamento íntimo. Enfim, às vezes, ela deixa de ter as suas atividades sociais em função daquele problema. Então não é só o ombro que não mexe; existe uma implicação muito maior. Então, a gente procura, dentro do possível, na disciplina, poder tá passando isso para os alunos. (...) Integralidade enquanto é um ser que tem as suas questões emocionais, sociais e a integralidade enquanto um indivíduo inserido em uma sociedade, numa cultura (F1, 2008).

Mas eu sei que têm vários autores que conceituam essa temática por várias óticas. (...) É o princípio também do acolhimento, é todo um sistema complexo que vai atender essa demanda (EF3, 2008).

Efetivação, ela ainda não foi atingida. Efetivação da integralidade, você, é como se atestasse que tudo está funcionando e o termo, ele é muito abrangente. (...) Então, eu acho que a efetivação da integralidade, ela ainda é permeada por enormes desafios. Pra mim tá longe de ser conseguida no momento atual. Porém, muito almejada, inclusive pela gente (M4, 2008).

Então, eu diria que essa questão da integralidade seria o mais importante na Farmácia. (...) Mas eu acho que, aos poucos, eu falei, na atividade orientada e em outros cursos provavelmente ganhem outros nomes, na hora que essas disciplinas comecem a funcionar, ela necessariamente vai obrigar você a ter, dentro da formação do profissional, uma visão mais integral do homem, mais integral da profissão e mais integral da saúde. Aí eu acho que a gente começa a minimizar. Mas isso leva algum tempo. A formação, essas mudanças pra isso são demoradas, mesmo. Não adianta a gente querer acelerar isso aí. A gente tem que mudar primeiro a cabeça da gente (FB15, 2008).

Vendo isso como uma das questões mesmo de saúde, que você trabalhando essa parte no sujeito, você pode, às vezes, minimizar ou, trabalhando o conflito psicológico muitas vezes você diminui a questão das doenças. Então, dentro desse enfoque, mas sempre vendo o sujeito dentro da sua totalidade, não separando as coisas, mas sempre vendo o sujeito dentro da sua totalidade (P17, 2008).

A questão da integralidade do cuidado, ela não é prevista no currículo. Assim, não existe uma base conceitual pra dizer que o nosso currículo trabalha a integralidade. Quando se trabalha uma maior integralidade, isso é por conta da disciplina e do professor. Não é algo do currículo como um todo, que é lamentável (E18, 2008).

A gente tem reforçado muito o lado humano, o acolhimento. Esse é outro fator muito observado e que a gente tem cobrado muito por parte dos professores, dos alunos, dos técnicos administrativos, o acolhimento do paciente, que é também um dos tripés do Sistema Único de Saúde (O19, 2008).

As pessoas não entendem que a questão fundamental é a questão, vamos dizer assim, psico espiritual emocional. Eu trabalho com a idéia de que tudo que você tem na parte somática tem a sua origem, obrigatoriamente, na parte psico espiritual ou o nome que você queira dar. (...) Então, eu acho que isso, o aluno não ta preparado. Ele medica lá, vai, toma remedinho, some da minha frente, o próximo! (...) Orientei um livro pra ele e tal. Isso o aluno não aprende a fazer na faculdade, não. Não que ele devesse aprender tudo aquilo. Ele ia aprender primeiro na família, na sociedade, mas aqui também. Então, eu acho que a faculdade não faz isso. E, pra maioria dos colegas, essa conversa aqui é uma bobagem tremenda, não serve pra nada, entendeu? Também tem isso. O cara vai lá, opera, tira um pedaço, vai pra biópsia, faz um exame e nunca mais vai ver o doente. Superespecialistas. Sabem muito tecnicamente. E ver a pessoa, faz um exame, dá um diagnóstico brilhante, nunca mais vai ver o paciente (M22, 2008).

A gente discute muito na Enfermagem a importância de não se ter uma visão não fragmentada do ser. (...) Eu tenho que ta atenta à questão de que eu sou sujeito que posso modificar os cenários de atuação, dentro de um processo de saúde, que posso intervir em políticas de saúde, que eu tenho que tratar cada um conforme a sua necessidade, a sua individualidade, seja o indivíduo, uma comunidade, uma população, não importa. (...) Eu acho que isso ta inserido na nossa formação de tal forma que não tem como a gente desvincular. Não vejo que a gente ta longe do ideal, mas eu vejo que a gente ta inquieto, que isso incomoda, que isso preocupa. (...) Quando eu falo integralidade, eu tenho uma tendência muito grande de falar de

articulação. Porque me vem a questão do completar-se, de fazer ponte, de afirmar um lado sem negar o outro lado (E28, 2008).

Então, acho que a gente trabalha muito nessa perspectiva da atenção integral e da humanização, a questão do acolhimento de criar acolhimento, de criar vínculos, de trabalhar muito com a escuta, com a escuta qualificada. A gente trabalha muito nessa perspectiva. (...) Então, eu acredito que a integralidade, ela é, dentro daquele conceito que é mais um objetivo, uma imagem objetivo, mas que a gente tenta, eu acho que em todos esses espaços de formação profissional, a gente sempre tenta tá trabalhando nessa perspectiva de entender a questão da integralidade, pensando na atenção integral, ou seja, na possibilidade de você tá acessando também os outros níveis de atenção à saúde. Eu acho que a integralidade passa pela nossa formação e isso perpassa todos esses espaços que eu te falei. (...) Então, eu acredito que a gente tem já um terreno bem fértil em termos de formação, de dar uma formação integral, no âmbito da saúde, de dar uma boa formação pra esse aluno (SS32, 2008).

A integralidade se tornou um tema que está além das Diretrizes e Leis do Sistema de Saúde Brasileiro e expressa as características desejáveis do SUS. Trata-se da forma de se construir uma assistência à saúde de qualidade, ampla e humana. É o sistema de saúde idealizado pela Reforma Sanitária Brasileira.

Mattos (2001) afirma que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS; é uma bandeira de luta, um enunciado das características desejáveis do sistema de saúde. Refere-se a um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária.

Portanto, em qualquer sentido que a integralidade seja tomada, esta implica na recusa ao reducionismo, na objetivação dos sujeitos e, talvez, em uma afirmação da abertura para o diálogo. Nas palavras de Mattos (2001, p.61-62): “O profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos”.

Através dos depoimentos, observamos que os professores entendem a integralidade como um meio de se alcançar uma assistência de qualidade e que cumpra as exigências do SUS. Os entrevistados criticaram profissionais que relacionam o ensino da saúde ao modelo biomédico, apontando, desse modo, a necessidade de mudança.

Os depoimentos demonstram que os docentes conceituam a integralidade à sua maneira, de acordo com as habilidades e necessidades de cada categoria profissional, o que demonstra que eles expressaram o tema de forma reflexiva, subjetiva e não se prenderam a definições memorizadas. Daí coletarmos dados polissêmicos, o que enriqueceu ainda mais o estudo. Desde o início de nosso projeto, já almejávamos obter dados da realidade dos sujeitos

e não era nosso objetivo testar o conhecimento teórico exato sobre o conceito de integralidade expresso na constituição e nas leis que fundamentam o SUS. Se a integralidade é uma característica desejável do sistema de saúde, compreender a integralidade como uma mentalidade e como uma lógica de trabalho já é colocar em prática esses fundamentos.

Podemos afirmar que os depoimentos se referem à percepção dos professores sobre os três sentidos da integralidade sistematizados por Mattos (2001). Retomemos tais sentidos: um valor da boa Medicina<sup>15</sup>, o modo de organizar as práticas e as políticas especiais oferecidas pelo governo.

Em relação ao modo de organizar as práticas, os professores referem-se ao modo de organizar as ações sanitárias de forma articulada, oferecendo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. Assim, observamos o entendimento sobre a importância da articulação entre os profissionais e ações de saúde no contexto do sistema de saúde. Tudo isso, segundo os depoimentos, é articulado à formação nos respectivos cursos, à medida que reconhecem a importância da integração entre os campos de saber. Portanto, os depoimentos indicam a maneira correta de articular as práticas de saúde e a exposição desse pensamento para os alunos.

A questão da articulação entre os serviços, ou melhor, entre os níveis de complexidade do sistema nos remete à definição de integralidade contida na Lei nº8.080/90. Na citada lei, a integralidade é formulada como um conjunto de ações articuladas entre os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990a). Como observamos, os depoimentos evidenciam a percepção dos docentes sobre tal articulação.

O sentido da integralidade referente às políticas especiais oferecidas às populações com necessidades específicas é ilustrado por meio dos depoimentos, já que observamos a compreensão dos docentes acerca de um atendimento direcionado às singularidades de cada caso.

Aqui vale retomar o pensamento de Cecílio (2001) sobre as necessidades de saúde que são sempre singulares. Há uma clara referência à complexidade das necessidades de saúde que abrangem questões sociais, biológicas, familiares, entre outras. Temos, então, a relação entre o reconhecimento governamental da complexidade do campo da saúde humana e

---

<sup>15</sup> Cabe esclarecer que quando nos referimos ao valor da boa Medicina, nos baseamos no pensamento de Mattos (2001) e realizamos uma analogia entre a boa Medicina e o bom profissional de saúde. Nem todos os entrevistados comentaram sobre a profissão médica, mas expressaram suas concepções sobre os valores de um profissional de saúde qualificado para atuar no SUS. Portanto, o valor da boa Medicina, a nosso ver, tem a função de valor de um bom profissional de saúde; está relacionado à categoria profissional do docente entrevistado.

as ações necessárias para atender a tal complexidade, o que envolve o uso de tecnologias diversas.

Nesse contexto, cabe ainda retomarmos o pensamento de Merhy (2005) que expõe a valorização de tecnologias diversas que incluem desde as máquinas até a tecnologia leve. A partir do reconhecimento das amplas e singulares necessidades de saúde, bem como a importância de construir tal lógica assistencial durante a formação, podemos apontar um caminho fértil para a efetivação da reforma curricular. Acreditamos que tal lógica se refere ao pensamento dos professores, mesmo que eles ainda não reconheçam uma total aplicação na atualidade.

Já o sentido apontado por Mattos (2001) como o valor da boa Medicina, a nosso ver, foi o que mais se sobressaiu nos depoimentos. Nesse sentido, salientamos que a integralidade foi relacionada ao acolhimento, humanização e estabelecimento de vínculos que dependem da postura do profissional diante do usuário.

Cabe salientar que o valor está intrinsecamente ligado à constituição de sentido, que é algo que só o ser humano pode realizar. A valoração do mundo define o tipo das escolhas e a finalidade das ações; são as escolhas e as ações que determinam o sentido humano da vida (RUIZ, 2003).

Enfim, fica evidente a necessidade de privilegiar, na graduação, uma visão singular sobre o usuário, entendendo que ele é um ser que possui uma história de vida e pertence a um contexto social. Trata-se da formação de uma nova mentalidade, de uma concepção de boa assistência que vai além da prática da boa Medicina; é o valor inerente a um bom profissional de saúde. É uma prática construída por todas as categorias de profissionais de saúde. Temos, então, a integralidade como um valor que desponta na formação desses profissionais.

Finalmente, cabe retomarmos a integralidade descrita por Mattos (2001) como uma imagem-objetivo. Trata-se de uma situação desejável que pode se tornar real. É o que se almeja construir. Como vemos, os depoimentos indicam uma direção para as transformações necessárias no sistema de saúde que estão associadas ao ensino. Essa direção é o que podemos identificar como imagem-objetivo.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chega o momento de tecermos nossas considerações finais, fruto de um trabalho que teve como ponto de partida a integralidade no contexto do ensino da saúde. A fim de entendemos como se dá uma formação de profissionais de saúde condizente com as reais necessidades da população, recorreremos aos principais documentos que sustentam a reforma curricular dos cursos de graduação. Trata-se da LDB e das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação, sobretudo das profissões de saúde. Tais documentos subsidiaram nossa discussão e nos permitiram uma compreensão mais clara acerca das características necessárias da reforma curricular. Enfim, a partir desse material e da busca de autores que problematizam a Educação nos cursos da saúde, promovemos o diálogo entre Saúde e Educação, já que o arcabouço teórico inicial de nosso projeto se sustentou pelo campo da Saúde Coletiva.

Compreender os movimentos necessários da universidade no contexto das políticas públicas, sobretudo da Reforma Sanitária Brasileira foi fundamental para a reflexão acerca da relação entre direito à saúde e compromisso do setor educacional com a melhoria do perfil sanitário do povo brasileiro. Trata-se da parceria entre Saúde e Educação para produzir transformações na qualidade de vida do usuário cidadão, concepção formulada na Constituição Federal de 1988 que cria um esquema de proteção social inédito no país. E a saúde como direito fundamental da pessoa humana necessita, de fato, de muitas parcerias.

Cabe ressaltar que, quando tratamos da parceria entre Saúde e Educação, estão envolvidos vários sujeitos. São singulares histórias de vida que se entrelaçam e se encontram para a efetivação dessa parceria. Referimos-nos ao encontro entre os usuários, gestores, professores e trabalhadores de saúde que, no cotidiano dos serviços, tentam construir uma saúde digna para o Brasil. E aqueles que ainda não foram contaminados pela paixão pela Saúde Pública Brasileira, ainda é tempo de mudança de mentalidade, o que desejamos incentivar com o presente estudo.

Após analisarmos a estrutura curricular dos cursos pesquisados, bem como realizarmos as entrevistas com os professores, foi possível identificar uma tendência à adequação das Diretrizes Curriculares à realidade dos cursos. Percebe-se que a mudança é necessária, apesar das dificuldades de sua aplicação prática diante de uma cultura pedagógica tradicional e de uma concepção de saúde influenciada pelo paradigma flexneriano. De fato, as

mudanças acontecem por meio de um processo lento e doloroso, mas muito desejadas pelos docentes de uma maneira geral.

Quando comparamos as Diretrizes Curriculares às falas dos docentes e à estrutura curricular, observamos um envolvimento dos professores no sentido de compreender as Diretrizes e tomar conhecimento dos pontos importantes. Reflete-se sobre o que se aplica e o que ainda não se aplica à realidade dos respectivos cursos.

Os resultados da pesquisa realizada nos cursos que formam profissionais da saúde na UFJF indicam que estamos num momento de mudanças, onde os ecos da Reforma Sanitária se materializam nas Diretrizes Curriculares das profissões da saúde. Apesar de os docentes reconhecerem mudanças concretas no ensino, apontam que ainda há a influência do paradigma flexneriano nos cursos da saúde na UFJF.

Observamos que a crítica está, sempre, relacionada aos colegas. Diante disso, temos duas hipóteses: ou todos os entrevistados concordavam com o conceito ampliado de saúde e buscavam praticá-lo ou a crítica a terceiros era uma forma de assumir a necessidade de mudanças, sem fazer uma autocrítica explícita. Na verdade, aqueles fiéis ao modelo metodológico flexneriano estariam refletindo sobre suas práticas a partir da culpabilização de outros.

Entendemos tal crítica como uma dificuldade dos próprios docentes em assumir que eles possam estar desenvolvendo suas práticas docentes com base em um modelo considerado ultrapassado. E se eles se defendem contra um perfil indesejado e inaceitável no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, já é um movimento de autocrítica e de reconhecimento de um caminho novo. Mais do que isso; apontamos que não assumir um perfil ultrapassado já indica um constrangimento diante da própria postura é perceber os limites de suas convicções. O que mais nos interessa, seja qual hipótese for, é que os entrevistados reconhecem a necessidade de superação do modelo biomédico e que a integralidade é vista como uma mentalidade a favor das mudanças preconizadas pelo ideário do SUS.

A partir do reconhecimento dos docentes das amplas e singulares necessidades de saúde dos usuários, bem como a importância de construir uma formação generalista, podemos apontar um caminho fértil para a efetivação da reforma curricular na saúde. Acreditamos que tal lógica se relaciona ao pensamento dos professores, mesmo que eles ainda não reconheçam uma total aplicação na atualidade.

Sabemos que as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Saúde valorizam habilidades pessoais e interpessoais dos alunos, tais como a capacidade de trabalhar em equipe, a participação ativa do aluno e a formação do pensamento crítico. Tal fato constitui-se em um grande avanço no que se refere à valorização das potencialidades de cada estudante que passa a ser visto como protagonista do processo ensino-aprendizagem.

Nesse contexto, o reconhecimento da importância da integração entre ensino e serviço de saúde, entendida como laço indissociável entre teoria e prática, torna-se a tônica desse protagonismo. Assim, no momento de uma prática dita responsável, o futuro profissional de saúde é capaz de causar transformações no sistema de saúde brasileiro. Trata-se de um momento onde o estudante pode pensar agindo e fazer sua crítica responsável, ou seja, o estudante pode, ao mesmo tempo, apreender uma teoria e refletir sobre as transformações que ele pode produzir nos serviços, na direção do fortalecimento do SUS.

Um dos aspectos que nos chamou atenção nos discursos, contextualizando com os objetivos das Diretrizes Curriculares, é a importância da inserção do aluno no serviço de saúde e a aplicação de uma metodologia ativa no processo ensino-aprendizagem. Uma metodologia ativa e a integração com o serviço permitem ao aluno aprender a aprender e conviver em equipe. Nesse sentido, as habilidades interpessoais são essenciais para pôr em prática o princípio da integralidade, já que entender integralmente as necessidades de saúde do usuário implica em uma sensibilidade para ouvir o outro e atendê-lo singularmente. Isso exige capacidade de ser, de fazer, de viver junto e de conhecer.

Cabe relacionar tais competências e habilidades preconizadas para o novo profissional da saúde ao pensamento de Merhy, amplamente explorado no presente estudo. Entendemos que os aspectos não contemplados pelo paradigma biomédico residem no terreno das tecnologias leves. Assim, o acolhimento, a produção de vínculos e a escuta, esquecidos diante do aparato tecnológico das máquinas de última geração, são resgatados por meio do princípio da integralidade que sustenta que o usuário é um sujeito complexo e suas necessidades devem ser acolhidas sob um olhar integral.

A idéia de um valor privilegiado da tecnologia das relações que norteou nosso estudo nos auxiliou a compreender que o trabalho na saúde é essencialmente vivo. E para que os futuros trabalhadores se mantenham vivos e desejosos de mudanças, é preciso considerar todos os recursos que eles podem oferecer ao sistema de saúde, que incluem todas as competências e habilidades trabalhadas pela universidade.

Pensar os conflitos e sofrimentos do trabalho na saúde é considerar o contexto do grupo de trabalhadores, ou seja, não é possível desconsiderar as relações entre dois ou mais trabalhadores. Ninguém trabalha sozinho, por mais que desconheça a interdisciplinaridade. Os efeitos da presença do outro insistem em nos lembrar da existência do coletivo.

Em relação à presença do usuário ocorre o mesmo fenômeno. A presença do usuário e a troca de informações com o mesmo suscitam lembranças, sensações, sentimentos. Despertam afetos relacionados tanto a um bem-estar, através da valorização do trabalho, agradecimentos, troca de gentilezas, quanto a um mal-estar manifestado através das dificuldades de convivência ou não adesão ao tratamento.

Por isso, ninguém sai ileso. Tanto os profissionais da equipe, na sua convivência diária, quanto a relação profissional-usuário, todos são sujeitos que sofrem os males e as alegrias da convivência. São relações entre histórias de vida que se entrelaçam no cotidiano dos serviços de saúde. E cada história que chega ou que parte deixa um rastro de experiência que se soma à história daquele serviço de saúde. Tudo isso porque o sujeito é um ser de relações. Trata-se de um ser que não apenas está no mundo, mas está com o mundo, conforme nos ensina Paulo Freire. O homem se relaciona o tempo todo, mesmo que os efeitos dessa relação se dêem de forma silenciosa. Por isso, ninguém sai ileso.

A partir daí, podemos compreender a importância da universidade estar atenta a uma formação ética sólida para seus alunos. Prestar serviço para o ser humano saudável ou doente é tarefa bastante complexa que exige o preparo para lidar com as relações. Portanto, ensinar saúde implica ensinar a cuidar.

Sabemos que o cuidado é o cerne das práticas eficazes da integralidade das ações, já que implica uma atividade intrinsecamente humana; portanto, se refere a um olhar amplo sobre as necessidades de saúde do usuário. O cuidado com o outro pressupõe a concepção de saúde do cuidador e sua capacidade de compreender as singularidades de cada sujeito que procura o serviço de saúde. Se a saúde é um direito e um processo de afirmação da vida, logo requer profissionais com um compromisso ético com os usuários e um modelo de atenção centrado no usuário e suas necessidades.

Sustentamos que, conforme os depoimentos coletados em nosso estudo, a integralidade é percebida como um dos valores de um bom profissional de saúde. Valores, portanto, que ultrapassam os da boa Medicina. Sustentamos que os professores dos cursos pesquisados percebem a integralidade como um valor da Reforma Sanitária Brasileira. Assim,

entendemos o valor da integralidade como uma escolha presente nos discursos docentes, amparada por uma crítica às dificuldades e reflexão sobre a realidade vivenciada na UFJF.

Compreender a integralidade como uma imagem-objetivo, ou seja, situação que pode se tornar real e não como uma utopia, constitui-se um fator favorável para o andamento da reforma curricular. Se a imagem-objetivo se refere a um lugar onde queremos chegar e a algo possível de ser realizado, devemos nos mover por esses valores postos pelos professores como meio de alcançar a qualidade do ensino e assistência à saúde. Temos, portanto, um processo formado por muitos protagonistas: o estudante, o usuário e o professor. Este tem a função de formar a consciência e lapidar valores defendidos pela Reforma Sanitária Brasileira.

No âmbito da reforma curricular dos cursos que formam profissionais de saúde na UFJF, onde estamos, afinal? Podemos apontar que estamos construindo pontes, conforme metáfora apreendida das entrevistas. Estamos insatisfeitos, estamos buscando o novo. Encontramos-nos no meio do caminho entre o passado que criticamos e o futuro que desejamos; daí estarmos construindo pontes. Tudo isso fica evidente nos discursos, quando os docentes ora afirmam o atraso no andamento das reformas, ora apontam, com orgulho, os avanços conquistados.

Trata-se de um momento de efervescência das transformações e, por isso mesmo, difícil de avaliar, mas é possível produzir conhecimento a partir de nossa realidade atual. Tal fato nos impulsiona a continuar caminhando rumo à consolidação da imagem-objetivo da Reforma Sanitária que é a efetivação de um SUS que cumpra seus princípios que um dia foram desejo de um movimento e, hoje, podem ser práticas integrais dos trabalhadores de saúde.

Enfim, é interessante ressaltarmos que, a nosso ver, o maior desafio do SUS é cumprir efetivamente seu ideário. Para tanto, os trabalhadores da saúde devem considerar como ponto de partida a grandiosidade do projeto da Reforma Sanitária e compreender que tal ideário refere-se a aspirações, sonhos e desejos. Com um projeto coletivo formado pelo desejo de todos, alcançaremos o sonho de garantir um sistema de saúde público, de qualidade e verdadeiramente destinado a todos os brasileiros. No entanto, é preciso permitir que instituição formadora e instituição de saúde se articulem, dialoguem e envolvam o usuário no processo de formar trabalhadores capazes de cuidar no e para o SUS.

Finalmente, podemos apontar uma limitação do estudo relacionada ao aprofundamento da realidade de todos os cursos pesquisados. Como nosso objetivo foi

analisar os cursos que formam profissionais de saúde na UFJF e não privilegiamos um único curso, um estudo mais detalhado de cada curso torna-se pertinente. Porém, por ora, afirmamos que o estudo cumpriu seus objetivos, além de promover um momento de reflexão sobre a prática docente com os próprios entrevistados.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Disponível em:

<[http://www.biblioteca.ufjf.br/index.php?](http://www.biblioteca.ufjf.br/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=65)

[option=com\\_content&task=view&id=47&Itemid=65](http://www.biblioteca.ufjf.br/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=65)>. Acesso em: 14 jan. 2009.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.11, n.1/2, p.5-20, 1997.\_

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DOCENTES DE ENSINO SUPERIOR. **Cadernos ANDES**. N.2. Proposta do ANDES para a Universidade Brasileira. Brasília, 2003. Disponível em: <[http://www.andes.org.br/caderno2\\_andes.pdf](http://www.andes.org.br/caderno2_andes.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2008.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

AYRES, J. R.M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2007. p. 127-144.

\_\_\_\_\_. Subjetividade, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.63-72, 2001. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7025.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2008.

\_\_\_\_\_. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.549-560, 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a13v10n3.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2008.

\_\_\_\_\_. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface, comunicação, saúde e educação**, Rio de Janeiro, v.4, n.6, p.117-120, fev. 2000. Disponível em:

<<http://www.interface.org.br>>. Acesso em: 28 dez. 2008.

\_\_\_\_\_. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface, comunicação, saúde e educação**, Rio de Janeiro, v.8, n.14, p.73-92, set. 2003- fev. 2004. Disponível em:

<<http://www.interface.org.br>>. Acesso em: 28 dez. 2008.

BRASIL. **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a proteção, promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 20 ago. 2007.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 20 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislação/const>>. Acesso em: 20 ago 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Lei nº 9.394/1996**. Estabelece as diretrizes e Bases da educação nacional. Brasília, 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/LEIS/L9.394.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/L9.394.htm)>. Acesso em: 22 set. 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218/97, de 06 de março de 1997**. Disponível em : <<http://www.conselho.saude.gov.br/resoluções/1997/Reso218.doc>>. Acesso em: 20 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287/98**, de 08 de outubro de 1998. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resoluções/1998/Reso287.doc>>. Acesso em: 13 jul. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação**. Brasília: Ministério da Educação, 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>> Acesso em: 22 set. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília: Ministério da Educação, 2001b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/113301EnfMedNutr.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional**. Brasília: Ministério da Educação, 2001c. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces1210\\_01.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces1210_01.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**. Brasília: Ministério da Educação, 2001d. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Filosofia, História, Geografia, Serviço Social, Comunicação Social, Ciências Sociais, Letras, Biblioteconomia, Arquivologia e Museologia**. Brasília: Ministério da Educação, 2001e. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0492.pdf>> Acesso em: 22 set. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Psicologia**. Brasília: Ministério da Educação, 2001f. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/131401Psicologia.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Educação Física**. Brasília: Ministério da Educação, 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/13802EdFisica.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília, 2004a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vpdf.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf)> Acesso em: 11 nov. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília, 2004b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_aprender\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf)> Acesso em: 11 nov. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Ver SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília, 2004c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernoVER\\_SUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernoVER_SUS.pdf)> Acesso em: 11 nov. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Brasília, 2005a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro\\_saude\\_cgtes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro_saude_cgtes.pdf)> Acesso em: 11 nov. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A Educação que produz saúde**. Brasília, 2005b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/a\\_educacao\\_que\\_produz\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/a_educacao_que_produz_saude.pdf)> Acesso em: 11 nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria nº 2.118/05**. 2005c. Institui cooperação técnica entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação para a formação de recursos humanos na área da saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/alerta\\_legis/alerta/nov2.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/alerta_legis/alerta/nov2.html)>. Acesso em: 20 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº196/96**, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996 (mimeogr.).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Rede Observatório de Recursos Humanos**. 2007a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1081](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1081)>. Acesso em: 5 set. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde- Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. 2007b, Brasília, 2007.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.219-230, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/scs/v5n2/7093.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2008.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R.(Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 229-266.

CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v10, n.3, p.573-583, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a15v10n3.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2008.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p.137-170.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p.113-126.

CECÍLIO. Os Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p.469-478, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2008.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006. p.37-50.

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**. 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p.69-92.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2008.

\_\_\_\_\_. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41-64, 2004b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2008.

CHAUÍ, M. S. A universidade na sociedade. In: \_\_\_\_\_. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo: Editora UNESP, 2001.p. 9-41.

\_\_\_\_\_. A universidade hoje. In: \_\_\_\_\_. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo: Editora UNESP, 2001.p. 175-193.

CHIZZOTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2000.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p.219-246.

CONASEMS. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. **A Formação de Profissionais de Saúde em Sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar**. [S.l.].

2008. Disponível em: < [http://www.conasems.org.br/files/formacao\\_profissionais\\_2008.pdf](http://www.conasems.org.br/files/formacao_profissionais_2008.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2009.

CRUZ, A. C.; MENDES, M. T. R. **Estrutura e apresentação de projetos e trabalhos acadêmicos, dissertações e teses**. Rio de Janeiro: Interciência; Niterói: Intertexto, 2007.

DESLANDES, S. F. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 3. ed. rev. E atual. Petrópolis: Vozes, 1994. p.31-50.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde- Notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

ESCOREL, S; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As Origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. (Org.) et al. **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p.59-81.

ETGES, N. J. Ciência, Interdisciplinaridade e Educação. In: JANTSCH, A. P., BIANCHETTI, L. (Org.). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 1995. p.51-84.

FARIA, E. V. F. Formação do profissional de saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, ano 2, n. 4, p. 10-11, nov. 1999 a fev. 2000.

FERRREIRA, A. B. H. **Miniaurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. 6. ed. revista e atualizada. Curitiba: positivo, 2004.

FEUERWERKER, L. M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? **Revista Olho Mágico**, Londrina, ano 5, n. 18, mar.1999. Disponível em: < <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N18/home.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A Produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p.181-193.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 46. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 35. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996 (Coleção Leitura).

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade**. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

GOMES, R. A. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 67-80.

GOMES, R. S.; GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. A. Orquestração do Trabalho em Saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). **Construção Social da Demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p.105-116.

GUIZARDI, F. L. et al. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. 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. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p. 153-177.

HAGUETTE, T. M. F.H. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

HENRIQUES, R. L. M. Interlocação entre Ensino e Serviço: possibilidades de resignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p.147-159.

JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI . Universidade e Interdisciplinaridade. In: JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. (Org.). **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes, 1995. p.195-204.

JANTSCH, E. Interdisciplinaridade: os sonhos e a realidade. **Revista Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, n. 121, p.29-41, abr./jun. 1995.

KOIFMAN, L.; OLIVEIRA, G. S.; FERNANDEZ, V. Reflexões sobre o papel do docente em saúde na constituição de valores e sentidos sobre o ato de cuidar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2007. p.165-181.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”- anos 80. **PHYSIS- Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, 1991. p.77-96.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p.39-64.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 285 p. 71-112.

MERHY, E. E.. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 197-228.

\_\_\_\_\_. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p.305-314, 1999. Disponível em: <[http:// www. scielo.br/pdf/csc/v4n2/7114.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7114.pdf)> Acesso em: 01 out. 2007.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.113-150.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 9-29.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Declaração de Alma-Ata. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 11 nov. 2007.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.341-360, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7007.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2008.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 2001. p.65-112.

\_\_\_\_\_. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESQ: ABRASCO. 2007. p.15-28.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. 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**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p.13-35.

PONTES, A. L. M.; SILVA JÚNIOR, A. G., PINHEIRO, R. Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem. 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**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p.251-274.

PORTELLA, E. A liberdade da disciplina. **Revista Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, n. 121, p.5-6, abr./jun. 1995.

RONZANI, T.M.; RIBEIRO, M.S. Identidade e Formação Profissional dos Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n.3, p. 299-236, set./dez.2003.

RUIZ, C. M. M. B. O que é a vida? O que é a vida humana? Disponível em: <<http://www.pfilosofia.xpg.com.br>>. 2003. Acesso em: 20 dez. 2008.

SAIPPA-OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L.; PINHEIRO, R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em 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**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p.205-227.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.221-242, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7110.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2008.

SILVA JUNIOR, A. G.; PONTES, A. L. M.; HENRIQUES, R. L. M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p.93-110.

SOUZA, A. S. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, ano 2, n.2, p.10-14, mar./jun. 1999.

SOUZA, A. S.; MOURÃO, A. M. A. A construção do trabalho em equipe: uma tarefa do coletivo dos profissionais de saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, ano 4, n.9, p.33-38, dez.2001/maio 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais; a pesquisa qualitativa em educação**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1995.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p.531-562.

VIANA, A. L. D. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde para ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. p.113-133.

VIANNA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.11-48. jul./dez.1998.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p.635-667.

APÊNDICES

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, voluntariamente, de uma pesquisa com o título provisório, “**A Integralidade na Formação dos Profissionais de Saúde**”, que está sendo desenvolvida por mim, Gabriela Guerra Gonze, mestranda em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob orientação da Profª Drª Gírlene Alves da Silva. O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Os objetivos do estudo são caracterizar os currículos no que se refere ao eixo da integralidade em saúde e analisar a percepção dos professores sobre a formação orientada pela integralidade.

Sua participação é livre e voluntária e, para tanto, você deverá responder a algumas perguntas que constam no roteiro de entrevista, a ser realizada em local, data e horário previamente agendados. Você poderá deixar de participar do estudo no momento em que desejar e fazer todas as perguntas que julgar necessárias. Informamos, ainda, que, de acordo com as normas éticas da pesquisa, será respeitado o sigilo absoluto quanto à identidade do entrevistado e quanto às informações fornecidas e que a utilização dos resultados será exclusivamente para fins científicos, sendo que, por ocasião da divulgação dos resultados, o participante receberá um pseudônimo. Além disso, declaramos que o entrevistado terá acesso ao texto da entrevista para conferência e garantia de que nada será publicado sem a sua autorização. As gravações das entrevistas ficarão retidas com os pesquisadores responsáveis durante cinco anos; após o referido prazo, serão destruídas.

As características da pesquisa prevêm risco mínimo, pois envolve como modalidade de apreensão dos dados a técnica de entrevista, o que pode levar a ocorrência de dados de natureza psicológica na medida em que busca acessar valores, crenças e saberes sobre sua prática docente. Ressaltamos que sua participação não inclui nenhuma forma de pagamento, mas caso ocorra algum dano que possa ser comprovado em relação ao estudo, você será indenizado.

Desde já agradecemos sua importante colaboração e colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que julgar necessários.

Autorização:

Declaro que fui devidamente orientado(a) quanto à finalidade e objetivo desta pesquisa e concordo em participar da mesma como sujeito de investigação, uma vez que será mantido o meu anonimato e que não terei qualquer tipo de prejuízo pessoal. Estou ciente de que não haverá nenhuma forma de pagamento ou indenização por minha participação, a não ser que ocorram danos decorrentes do estudo para minha pessoa. Tendo sido minhas dúvidas esclarecidas, autorizo, por escrito, a realização e gravação em meio digital/magnético da entrevista bem como a utilização dos dados para fins científicos. O presente termo foi assinado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e a outra comigo enquanto sujeito da pesquisa.

Diante do exposto, asseguro que as informações que prestarei serão baseadas na verdade e relevantes para o bom êxito da pesquisa.

Juiz de Fora, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Entrevistado

Nome: \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

---

Gabriela Guerra Gonze  
Pesquisadora responsável  
Tel: (32) 3229-3832  
Endereço: Núcleo de Treinamento  
e Assessoramento em Saúde (NATES)  
Campus Martelos. CEP:36036-900  
Juiz de Fora. Minas Gerais.  
e-mail: gabrielaguerrajf@yahoo.com.br

Profª Drª Gírlene Alves da Silva  
Orientadora  
Tel: (32) 3229-3821/3279  
Endereço: Faculdade de Enfermagem da UFJF  
Campus Martelos. CEP: 36036-900  
Juiz de Fora. Minas Gerais.

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).**

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa da UFJF. Campus Martelos.

CEP:36036-900. Juiz de Fora - MG

Telefone: 32-3229-3788

## APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Pesquisa: “A INTEGRALIDADE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE”

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Gabriela Guerra Gonze

### ROTEIRO DA ENTREVISTA

Entrevista número \_\_\_\_\_

#### PERFIL DO PROFESSOR:

Sexo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão da graduação: \_\_\_\_\_

Titulação: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho na UFJF: \_\_\_ anos.

Já trabalhou em outra universidade como professor? Sim ( ) Não ( )

Possui outro emprego? Sim ( ) Não ( )

Dedicação exclusiva à UFJF? Sim ( ) Não ( )

Disciplinas ministradas

#### QUESTÕES:

- 1) Como está estruturado o currículo da graduação deste curso?
- 2) Quando aconteceu a última reestruturação no currículo?
- 3) Por que aconteceu?
- 4) Em sua opinião, o que mudou em relação ao currículo anterior?
- 5) No currículo, como se dá a articulação das Diretrizes Curriculares propostas pelo Ministério da Educação e as orientações para o Sistema Único de Saúde?
- 6) Na sua concepção, quais são os princípios orientadores do SUS que predominam na formação?
- 7) Como você percebe a efetivação da integralidade na formação para a prática em saúde?
- 8) Quais as dificuldades para pensar um currículo que atenda às Diretrizes Curriculares orientadas para a formação do profissional preparado para atuar no SUS?

**APÊNDICE C – MODELO DE SOLICITAÇÃO DA CARACTERIZAÇÃO DOS  
CURRÍCULOS**

SOLICITAÇÃO DE MATERIAL REFERENTE À CARACTERIZAÇÃO DAS  
DISCIPLINAS DO CURSO DE ----- DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ  
DE FORA

Ao Coordenador do Curso de ----- da UFJF  
Prof. Dr. -----

Prezado Senhor (a),

Solicito, através desta, a disponibilização da grade curricular do Curso ---, bem como a caracterização das disciplinas, a fim de realizar a etapa da coleta de dados da pesquisa intitulada “A Integralidade na Formação dos Profissionais de Saúde”, da qual sou a pesquisadora. Cabe informar que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, sob o parecer N. 344/2007 e a(o) Diretor (a) desta unidade está ciente dos objetivos e procedimentos da pesquisa.

Atenciosamente,

-----  
Gabriela Guerra Gonze

ANEXOS

---

**ANEXO A – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA (MEDICINA)**

De: Direção da Faculdade de Medicina

Prof. Dr. Júlio Maria Fonseca Chebli

Para: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora

**DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA**

Venho, através desta declaração, comunicar que a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora apresenta toda a infraestrutura necessária para que a pesquisadora Gabriela Guerra Gonze realize a pesquisa sob o título provisório “A Integralidade na Formação dos Profissionais da Saúde”.

Colocamo-nos a disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.



Prof. Dr. Júlio Maria Fonseca Chebli

Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade  
Federal de Juiz de Fora

**FACULDADE DE MEDICINA - UFJF**  
**PROF. JÚLIO M. FONSECA CHEBLI**  
Diretor



Prof. Dra. Luciana Andrea Salvio  
COORDENADORA CEP-UFJF

**ANEXO B – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA (EDUCAÇÃO FÍSICA)**

De: Direção da Faculdade de Educação Física

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Edna Ribeiro Hernandez Martin

Para: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora

**DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA**

Venho, através desta declaração, comunicar que a Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Juiz de Fora apresenta toda a infraestrutura necessária para que a pesquisadora Gabriela Guerra Gonze realize a pesquisa sob o título provisório “A Integralidade na Formação dos Profissionais da Saúde”.

Cabe esclarecer que a infraestrutura da Faculdade de Educação Física refere-se às salas com mesa e cadeiras para realização das entrevistas com os professores convidados a participarem da pesquisa. Todos os demais materiais, como gravador, computador e impressora, são de responsabilidade da pesquisadora.

Colocamo-nos a disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'ERM', written over a horizontal line.

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Edna Ribeiro Hernandez Martin

Diretora da Faculdade de Educação Física da  
Universidade Federal de Juiz de Fora

*Prof.ª Dr.ª Edna Ribeiro Hernandez Martin*  
Diretora da Faculdade de Educação Física  
↳ Desportos – UFJF

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'LAS', written over a horizontal line.

Prof.ª Dra. Luciana Andrea Salvo  
COORDENADORA CEP-UFJF

**ANEXO C – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA (FARMÁCIA E BIOQUÍMICA)**



De: Direção da Faculdade de Farmácia e Bioquímica

Prof. Dr. Lúcio Guedes Barra

Para: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora

**DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA**

Venho, através desta declaração, comunicar que a Faculdade de Farmácia e Bioquímica da Universidade Federal de Juiz de Fora apresenta toda a infraestrutura necessária para que a pesquisadora Gabriela Guerra Gonze realize a pesquisa sob o título provisório "A Integralidade na Formação dos Profissionais da Saúde".

Colocamo-nos a disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Prof. Dr. Lúcio Guedes Barra

Diretor da Faculdade de Farmácia e  
Bioquímica da Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof. Lúcio Guedes Barra  
Diretor da Faculdade de Farmácia e Bioquímica  
UFJF

Prof. Dra. Luciana Andrea Salvio  
COORDENADORA CEP-UFJF

**ANEXO D – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA (ODONTOLOGIA)**

De: Direção da Faculdade de Odontologia

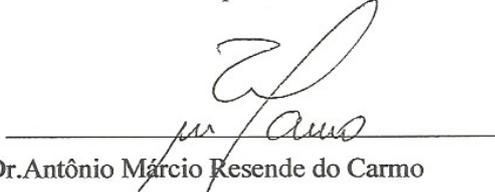
Prof. Dr. Antônio Márcio Resende do Carmo

Para: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora

**DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA**

Venho, através desta declaração, comunicar que a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora apresenta toda a infraestrutura necessária para que a pesquisadora Gabriela Guerra Gonze realize a pesquisa sob o título provisório "A Integralidade na Formação dos Profissionais da Saúde".

Colocamo-nos a disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

  
Prof. Dr. Antônio Márcio Resende do Carmo  
Diretor da Faculdade de Odontologia da Universidade  
Federal de Juiz de Fora

**Prof. Dr. Antonio Marcio Resende do Carmo**  
DIRETOR DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA

  
Prof.ª Dra. Luciana Andrea Sabro  
COORDENADORA CEP-UFJF

---

**ANEXO E – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA (SERVIÇO SOCIAL)**



De: Direção da Faculdade de Serviço Social  
 Profª Drª Leila Baumgratz Delgado Yacoub  
 Para: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora

**DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA**

Venho, através desta declaração, comunicar que a Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora apresenta toda a infraestrutura necessária para que a pesquisadora Gabriela Guerra Gonze realize a pesquisa sob o título provisório “A Integralidade na Formação dos Profissionais da Saúde”.

Colocamo-nos a disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

---

Profª Drª Leila Baumgratz Delgado Yacoub  
 Diretora da Faculdade de Serviço Social da  
 Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª. Dra. Leila Baumgratz Delgado Yacoub  
 Diretora de F. S. S. – CEP/SS 1433

Profª. Dra. Luciana Andrea Salvio  
 COORDENADORA CEP-UFJF

**ANEXO F – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA (ENFERMAGEM)**

De: Direção da Faculdade de Enfermagem

Profª Drª Maria Cristina Pinto de Jesus

Para: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora

**DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA**

Venho, através desta declaração, comunicar que a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora apresenta toda a infraestrutura necessária para que a pesquisadora Gabriela Guerra Gonze realize a pesquisa sob o título provisório "A Integralidade na Formação dos Profissionais da Saúde".

Colocamo-nos a disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "MCP de Jesus", is written over a horizontal line.

Profª Drª Maria Cristina Pinto de Jesus

Diretora da Faculdade de Enfermagem da  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Maria Cristina Pinto de Jesus  
DIRETORA - FACULDADE DE  
ENFERMAGEM UFJF

A handwritten signature in black ink, appearing to read "L. Salvio", is written over a horizontal line.

Profª. Dra. Luciana Andrea Salvio  
COORDENADORA CEP-UFJF

**ANEXO G – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA (INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS)**



De: Direção do Instituto de Ciências Humanas

Prof. Dr. Eduardo Salomão Condé

Para: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora

**DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA**

Venho, através desta declaração, comunicar que o Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora apresenta toda a infraestrutura necessária para que a pesquisadora Gabriela Guerra Gonze realize a pesquisa sob o título provisório “A Integralidade na Formação dos Profissionais da Saúde”.

Colocamo-nos a disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.



Prof. Dr. Eduardo Antônio Salomão Condé  
DIRETOR DO ICH

Prof. Dr. Eduardo Salomão Condé

Diretor do Instituto de Ciências Humanas da  
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dra. Luciana Andrea Salvio  
COORDENADORA CEP-UFJF

ANEXO H - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO  
DA PESQUISA (MEDICINA)

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA  
PESQUISA

Ao Diretor da Faculdade de Medicina da UFJF

Prof. Dr. Júlio Maria Fonseca Chebli

Prezado Senhor:

Solicitamos, através desta, autorização para a realização da pesquisa intitulada provisoriamente de "A Integralidade na Formação dos Profissionais de Saúde". Sou aluna do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora e estou desenvolvendo a pesquisa sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Girlene Alves da Silva.

Os objetivos do estudo são caracterizar os currículos no que se refere ao eixo da integralidade em saúde e analisar a percepção dos professores sobre a formação orientada pela integralidade.

Esta unidade acadêmica foi selecionada para participar do estudo por estar envolvida na formação dos profissionais da área da saúde. A coleta de dados se dará por entrevista semi-estruturada com alguns professores do curso de graduação.

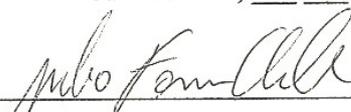
Cabe ressaltar que serão observados os critérios éticos preconizados na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Informamos ainda que o projeto será apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Atenciosamente,

Gabriela Guerra Gonze (tels: 3229-3832/9988-9383)

Declaro estar ciente dos objetivos e procedimentos que serão executados na pesquisa e permito o livre acesso da pesquisadora na Unidade Acadêmica para coleta de dados.

Juiz de Fora,   1   /2007.



---

Prof. Dr. Júlio Maria Fonseca Chebli

Diretor da Faculdade de Medicina da UFJF

FACULDADE DE MEDICINA - UFJF  
PROF. JÚLIO M. FONSECA CHEBLI  
Diretor



Prof. Dra. Luciana Andrea Salvio  
COORDENADORA CEP-UFJF

**ANEXO I - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA  
PESQUISA (EDUCAÇÃO FÍSICA)**

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA  
PESQUISA**

À Diretora da Faculdade de Educação Física da UFJF

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edna Ribeiro Hernandez Martin

Prezada Senhora:

Solicitamos, através desta, autorização para a realização da pesquisa intitulada provisoriamente de "A Integralidade na Formação dos Profissionais de Saúde". Sou aluna do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora e estou desenvolvendo a pesquisa sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Gírlene Alves da Silva.

Os objetivos do estudo são caracterizar os currículos no que se refere ao eixo da integralidade em saúde e analisar a percepção dos professores sobre a formação orientada pela integralidade.

Esta unidade acadêmica foi selecionada para participar do estudo por estar envolvida na formação dos profissionais da área da saúde. A coleta de dados se dará por entrevista semi-estruturada com alguns professores do curso de graduação.

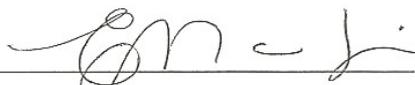
Cabe ressaltar que serão observados os critérios éticos preconizados na Resolução n<sup>o</sup>. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Informamos ainda que o projeto será apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Atenciosamente,

Gabriela Guerra Gonze (tels: 3229-3832/9988-9383)

Declaro estar ciente dos objetivos e procedimentos que serão executados na pesquisa e permito o livre acesso da pesquisadora na Unidade Acadêmica para coleta de dados.

Juiz de Fora, 25/09/2007.



Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edna Ribeiro Hernandez Martin

Diretora da Faculdade de Educação Física da UFJF

*Prof.ª Dr.ª Edna Ribeiro Hernandez Martin*  
Diretora da Faculdade de Educação Física  
Desportes - UFJF



Prof.ª Dra. Luciana Andrea Salvio  
COORDENADORA CEP-UFJF

**ANEXO J - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA  
PESQUISA (FARMÁCIA E BIOQUÍMICA)**

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA  
PESQUISA**

Ao Diretor da Faculdade de Farmácia e Bioquímica da UFJF

Prof. Dr. Lúcio Guedes Barra

Prezado Senhor:

Solicitamos, através desta, autorização para a realização da pesquisa intitulada provisoriamente de "A Integralidade na Formação dos Profissionais de Saúde". Sou aluna do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora e estou desenvolvendo a pesquisa sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Girlene Alves da Silva.

Os objetivos do estudo são caracterizar os currículos no que se refere ao eixo da integralidade em saúde e analisar a percepção dos professores sobre a formação orientada pela integralidade.

Esta unidade acadêmica foi selecionada para participar do estudo por estar envolvida na formação dos profissionais da área da saúde. A coleta de dados se dará por entrevista semi-estruturada com alguns professores do curso de graduação.

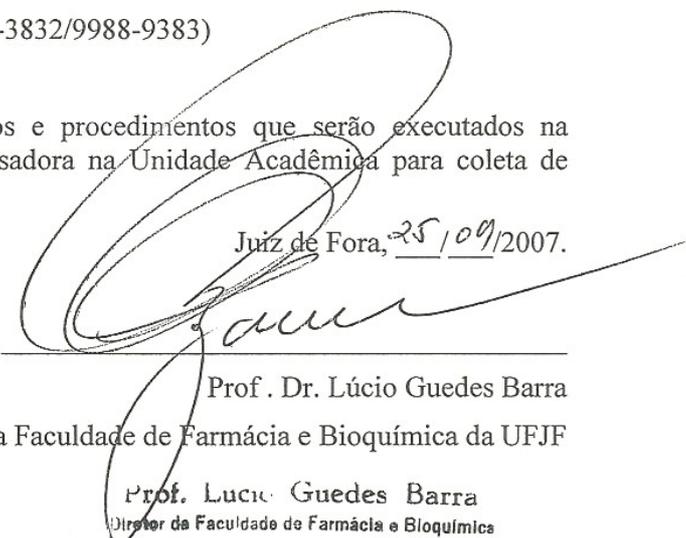
Cabe ressaltar que serão observados os critérios éticos preconizados na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Informamos ainda que o projeto será apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Atenciosamente,

Gabriela Guerra Gonze (tels: 3229-3832/9988-9383)

Declaro estar ciente dos objetivos e procedimentos que serão executados na pesquisa e permito o livre acesso da pesquisadora na Unidade Acadêmica para coleta de dados.

Juiz de Fora, 25/09/2007.

  
Prof. Dr. Lúcio Guedes Barra  
Diretor da Faculdade de Farmácia e Bioquímica da UFJF

Prof. Lúcio Guedes Barra  
Diretor da Faculdade de Farmácia e Bioquímica  
UFJF

  
Prof. Dra. Luciana Andréa Salvo  
COORDENADORA CEP-UFJF

**ANEXO K - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO  
DA PESQUISA (ODONTOLOGIA)**

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA  
PESQUISA**

Ao Diretor da Faculdade de Odontologia da UFJF

Prof. Dr. Antônio Márcio Resende do Carmo

Prezado Senhor:

Solicitamos, através desta, autorização para a realização da pesquisa intitulada provisoriamente de "A Integralidade na Formação dos Profissionais de Saúde". Sou aluna do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora e estou desenvolvendo a pesquisa sob a orientação da Profª Drª Gírlene Alves da Silva.

Os objetivos do estudo são caracterizar os currículos no que se refere ao eixo da integralidade em saúde e analisar a percepção dos professores sobre a formação orientada pela integralidade.

Esta unidade acadêmica foi selecionada para participar do estudo por estar envolvida na formação dos profissionais da área da saúde. A coleta de dados se dará por entrevista semi-estruturada com alguns professores do curso de graduação.

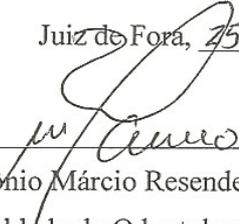
Cabe ressaltar que serão observados os critérios éticos preconizados na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Informamos ainda que o projeto será apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Atenciosamente,

Gabriela Guerra Gonze (tels: 3229-3832/9988-9383) *Gabriela Guerra Gonze*

Declaro estar ciente dos objetivos e procedimentos que serão executados na pesquisa e permito o livre acesso da pesquisadora na Unidade Acadêmica para coleta de dados.

Juiz de Fora, 25/09/2007.

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Antônio Márcio Resende do Carmo  
Diretor da Faculdade de Odontologia da UFJF

**Prof. Dr. Antônio Márcio Resende do Carmo**  
DIRETOR DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA

  
Prof.ª Dra. Luciana Andrea Salvio  
COORDENADORA CEP-UFJF

**ANEXO L - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO  
DA PESQUISA (SERVIÇO SOCIAL)**

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA  
PESQUISA**

À Diretora da Faculdade de Serviço Social da UFJF  
Profª Drª Leila Baumgratz Delgado Yacoub

Prezada Senhora:

Solicitamos, através desta, autorização para a realização da pesquisa intitulada provisoriamente de "A Integralidade na Formação dos Profissionais de Saúde". Sou aluna do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora e estou desenvolvendo a pesquisa sob a orientação da Profª Drª Girlene Alves da Silva.

Os objetivos do estudo são caracterizar os currículos no que se refere ao eixo da integralidade em saúde e analisar a percepção dos professores sobre a formação orientada pela integralidade.

Esta unidade acadêmica foi selecionada para participar do estudo por estar envolvida na formação dos profissionais da área da saúde. A coleta de dados se dará por entrevista semi-estruturada com alguns professores do curso de graduação.

Cabe ressaltar que serão observados os critérios éticos preconizados na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Informamos ainda que o projeto será apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Atenciosamente,

Gabriela Guerra Gonze (tels: 3229-3832/9988-9383)

Declaro estar ciente dos objetivos e procedimentos que serão executados na pesquisa e permito o livre acesso da pesquisadora na Unidade Acadêmica para coleta de dados.

Juiz de Fora, 14/09/2007.



Profª. Drª Leila Baumgratz Delgado Yacoub  
Diretora da Faculdade de Serviço Social da UFJF

Profª. Drª. Leila Baumgratz Delgado Yacoub  
Diretora da Faculdade de Serviço Social da UFJF



Profª. Dra. Luciana Andrea Salvio  
COORDENADORA CEP-UFJF

**ANEXO M - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO  
DA PESQUISA (ENFERMAGEM)**

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA  
PESQUISA**

À Diretora da Faculdade de Enfermagem da UFJF

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Pinto de Jesus

Prezada Senhora:

Solicitamos, através desta, autorização para a realização da pesquisa intitulada provisoriamente de "A Integralidade na Formação dos Profissionais de Saúde". Sou aluna do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora e estou desenvolvendo a pesquisa sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Girlene Alves da Silva.

Os objetivos do estudo são caracterizar os currículos no que se refere ao eixo da integralidade em saúde e analisar a percepção dos professores sobre a formação orientada pela integralidade.

Esta unidade acadêmica foi selecionada para participar do estudo por estar envolvida na formação dos profissionais da área da saúde. A coleta de dados se dará por entrevista semi-estruturada com alguns professores do curso de graduação.

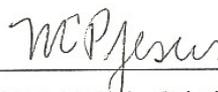
Cabe ressaltar que serão observados os critérios éticos preconizados na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Informamos ainda que o projeto será apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Atenciosamente,

Gabriela Guerra Gonze (tels: 3229-3832/9988-9383)

Declaro estar ciente dos objetivos e procedimentos que serão executados na pesquisa e permito o livre acesso da pesquisadora na Unidade Acadêmica para coleta de dados.

Juiz de Fora, 26/09/2007.



Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Pinto de Jesus

Diretora da Faculdade de Enfermagem da UFJF

MARIA CRISTINA PINTO DE JESUS  
DIRETORA - FACULDADE DE  
ENFERMAGEM UFJF



Prof<sup>a</sup> Dra. Luciana Andrea Salvo  
COORDENADORA CEP-UFJF

**ANEXO N- DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA  
PESQUISA (INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS)**

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA  
PESQUISA**

Ao Diretor do Instituto de Ciências Humanas da UFJF

Prof. Dr. Eduardo Salomão Condé

Prezado Senhor:

Solicitamos, através desta, autorização para a realização da pesquisa intitulada provisoriamente de "A Integralidade na Formação dos Profissionais de Saúde". Sou aluna do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora e estou desenvolvendo a pesquisa sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Gírlene Alves da Silva.

Os objetivos do estudo são caracterizar os currículos no que se refere ao eixo da integralidade em saúde e analisar a percepção dos professores sobre a formação orientada pela integralidade.

Esta unidade acadêmica foi selecionada para participar do estudo por estar envolvida na formação dos profissionais da área da saúde. A coleta de dados se dará por entrevista semi-estruturada com alguns professores do curso de graduação.

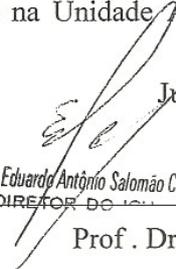
Cabe ressaltar que serão observados os critérios éticos preconizados na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Informamos ainda que o projeto será apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Atenciosamente,

Gabriela Guerra Gonze (tels: 3229-3832/9988-9383)

Declaro estar ciente dos objetivos e procedimentos que serão executados na pesquisa e permito o livre acesso da pesquisadora na Unidade Acadêmica para coleta de dados.

Juiz de Fora, 24/9/2007.

  
Prof. Dr. Eduardo Antônio Salomão Condé  
DIRETOR DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS

Prof. Dr. Eduardo Salomão Condé

Diretor do Instituto de Ciências Humanas da UFJF

  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Andrea Salvio  
COORDENADORA CEP-UFJF

## ANEXO O – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRO-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

## Parecer nº 344/2007

Protocolo CEP-UFJF: 1226.272.2007 FR: 158206 CAAE: 0206.0.180.000-07

Projeto de Pesquisa: "A Integralidade na Formação dos Profissionais de Saúde "

Área Temática: Grupo III

Pesquisador Responsável: Gabriela Guerra Gonze

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora - Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva

Sumário/comentários do protocolo:

- Justificativa: A integralidade é um dos princípios do sistema de saúde brasileiro e sua prática é discutida, como uma estratégia para a concretização de uma assistência voltada para as reais necessidades da população. A constituição federal brasileira de 1988 delinea o Sistema Único de Saúde (SUS), e propõe o "atendimento integral" como uma de suas diretrizes. Legalmente, a integralidade é definida como: "conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (Lei n. 8.080/90). Sabemos que a formação atual ainda tem um predomínio do modelo bio-médico. Trata-se de uma concepção de saúde atrelada ao cuidado do órgão doente, em detrimento de uma abordagem do sujeito em sua singularidade. Disso decorre uma assistência tecnicista e fragmentada, o que é alvo de críticas de correntes de vanguarda, hoje atuantes na conquista das propostas de saúde ampliada. É necessário que haja uma formação voltada para as demandas da saúde e para o trabalho interdisciplinar. Para tanto, os conteúdos curriculares também devem ser revistos, a fim de que teoria e prática não se distanciem, ou seja, a universidade deve estar preparada para capacitar seus alunos a esse rico e crescente mercado. Investigar como está o andamento da reestruturação curricular das Faculdades que formam futuros profissionais de saúde pode ser uma forma de investigação de uma situação que refletirá no futuro das novas gerações de profissionais. Sabemos que os profissionais que vivenciaram uma formação tradicional, não tiveram oportunidades de serem apresentados a essa visão ampliada de saúde. A fim de pesquisarmos uma experiência de formação de profissionais de saúde, cabe investigarmos as iniciativas da UFJF em relação aos cursos de graduação que formarão as profissões da saúde. Portanto, as inquietações presentes no cotidiano das ações em saúde, no que tange à formação dos profissionais, motivam-nos a propor o estudo que tem como objeto a integralidade nos currículos de graduação em saúde da UFJF.
- Objetivo: Caracterizar os currículos no que se refere ao eixo da integralidade em saúde; Analisar a percepção dos professores dos cursos da saúde sobre a formação orientada pela integralidade.
- Metodologia: análise da estrutura curricular dos cursos envolvidos, bem como entrevistas semi-estruturadas.
- Revisão e referências bibliográficas sustentam os objetivos do estudo.
- Características da população a estudar: o coordenador ou o vice-coordenador e o chefe de departamento ou o vice-chefe de departamento dos cursos de graduação das profissões da saúde na UFJF. Os vice-coordenadores e os vice-chefes de departamento só serão convidados a participar da pesquisa no caso de os coordenadores e os chefes de departamento se recusarem a participar.
- Orçamento detalhado está presente.
- Instrumentos de coleta de dados estão de acordo com os objetivos estabelecidos
- Cronograma está em presente.
- Identificação dos riscos e desconfortos possíveis e benefícios esperados estão presentes.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE: Está em linguagem adequada ao público alvo,.
- Qualificação do pesquisador é compatível com o projeto de pesquisa.
- Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final da pesquisa.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado  
Juiz de Fora, 18 de outubro de 2007

Prof. Dra. Luciana Andréa Salvo  
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: 30 / 10 / 2007
ASS: