

A CENTRALIDADE DA ORGANIZAÇÃO CURRICULAR NA FORMAÇÃO EM
SAÚDE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

THE CENTRALITY OF CURRICULUM ORGANIZATION IN HEALTH TRAINING:
CHALLENGES AND OUTLOOKS

Beatriz Jansen Ferreira¹

Resumo

Problematiza-se a centralidade da organização curricular em saúde a partir da ideia do projeto político pedagógico – PPP como um importante norteador nesta tarefa. A partir da evolução histórica dos modelos de atenção à saúde adotados em nosso país observa-se a criação de programas e políticas de Estado na formação de recursos humanos em saúde e seu impacto nos currículos até o presente momento. Dessa forma, novos desafios surgem na organização do trabalho pedagógico e a concepção curricular passa, portanto, por inúmeros desafios nos binômios objetivos de aprendizagem e avaliação, bem como conteúdo e métodos. A ressignificação do processo de ensino/aprendizagem evidentemente deve conter a perspectiva da autonomia, da crítica à luz da observância da interdependência dos atores envolvidos (academia e serviço) por meio de práticas colaborativas e interprofissionais.

Palavras-chave: Currículo. Modelos de atenção à saúde. Trabalho pedagógico. Interprofissionalidade.

Abstract

The centrality of the curriculum in health is discussed from the idea of the pedagogical political Project – PPP, the guiding direction in this task. From the historical evolution of the models of attention to health followed in our country it may be observed the establishment of programs and State policy in the organization of human resources in health and its curricular impact until now. In consequence new challenges appear in the organization of the pedagogical work and consequently the curricular model suffer several challenges, both in the end in view of learning and assessment and also in the contents and methods. New meanings in the process of teaching and learning obviously must have in view the autonomy, criticism in the light of observance of the interdependence of the involved actors (academy and service) by means of collaborative and interprofessional practices.

¹ A autora é Pós-doutora em Ciências da Saúde na Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. É docente do Programa de Pós Graduação Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS da UNIFESP e possui doutorado em Educação pela Universidade Estadual de Campinas. E-mail: beatrizjansen@terra.com.br

Key-words: Curriculum. Models of attention to health. Pedagogical work. Interprofessionality.

A formação em saúde na contemporaneidade aponta para questões complexas e urgentes. A compreensão de saúde numa perspectiva sustentável revela o necessário reconhecimento de que esta “saúde” só é possível considerando-se todas as dimensões humanas, numa perspectiva intersetorial e por meio de uma assistência interprofissional.

Uma proposta curricular deve, portanto, articular eixos de formação que possibilitem aos seus egressos o exercício de um cuidado integral estimulador de posturas críticas e autônomas de todos os envolvidos.

Nos últimos 20 anos, o governo brasileiro vem, paulatinamente, implementando programas de qualificação da formação de recursos humanos em saúde (BRASIL, 2000; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; BRASIL, 2005). Esses programas têm alicerçado seus pilares em duas grandes áreas: a Saúde e a Educação.

A interlocução evidenciada que as mesmas possuem neste tipo de trabalho e sua complementaridade cada vez mais são reconhecidas.

Com a adoção pelo país em 1989 do modelo de atenção baseado na promoção à saúde, conforme observamos no Quadro 1, é perceptível que a amplitude do exercício da integralidade à saúde passou a congregiar muitas habilidades e competências (CAMPOS, 1992; CAMPOS et al. 2008).

Saímos de um modelo assistencial médico hegemônico para outro de vigilância da Saúde baseado na sua promoção. A amplitude dos sujeitos, objetos, meios de trabalho e formas de organização demandaram novas habilidades e competências para os profissionais de saúde e a complexidade aumentou. Fazer saúde passou a ser direito e dever de todos.

O modo como vivemos, como exercemos nosso lazer, nosso afeto, nossa sexualidade, entre outros, diz respeito primeiramente, a nós mesmos e suas consequências. Dessa forma, o protagonismo que nos é demandado neste novo modelo, exige autonomia e crítica em relação às condições de vida e de trabalho que desenham nosso processo cotidiano de saúde.

Quadro 1 – Organização dos Modelos de Atenção à Saúde no Brasil de 1950 até 2000

Modelo	Sujeito	Objeto	Meio de trabalho	Forma de organização
Médico-assistencial hegemônico	Médico Paramédico	Doença Clínica Processos cirúrgicos	Tecnologia	Rede Hospitalar
Sanitarista	Sanitarista Auxiliar de saúde	Modo de transmissão Fator de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas e programas
Vigilância da saúde Promoção da saúde	Equipe de saúde Cidadãos	Modo de vida Condições de vida e de trabalho	Tecnologia social	Políticas pública Ações setoriais Intervenções específicas Promoção Prevenção Recuperação

Fonte: (CAMPOS, 2001; FERREIRA, 2004).

A Constituição Federal do Brasil aponta que saúde, dentre outros aspectos da vida social, é direito de todo (a) brasileiro (a) e obrigação do Governo nas suas três esferas promovê-la.

Novos saberes e novas perspectivas nasceram para atender a este direito/dever à saúde; um grande desafio se impôs à Academia na tarefa de formar recursos humanos baseados nesta perspectiva ampliada de saúde. (FERREIRA, 2004; PATTON, 1997).

Esta reflexão nos remete à ideia de currículo e seu papel no processo de formação. Podemos definir o currículo à luz de várias perspectivas como o nexos entre a sociedade e a escola, o sujeito e a cultura e o ensino e a aprendizagem.

Do ponto de vista etimológico “currículum” é uma expressão latina que significa pista ou circuito atlético. Alguns autores (HAMILTON, 1992) consideram que o termo vem da palavra latina “currere”, referindo-se à carreira, um percurso a ser atingido. Nesse sentido, compreende-se a escolaridade como um caminho/decurso, e o currículo seu conteúdo e guia que definem as características do processo de ensino/aprendizagem.

Assim a ideia de currículo evidencia uma íntima ligação ao conceito de projeto político pedagógico - PPP, sendo, em última instância, sua tradução à luz dos pressupostos e valores assumidos pela instituição de ensino superior – IES.

Podemos definir o PPP como um instrumento teórico-metodológico que tem como objetivo contribuir no enfrentamento dos desafios do cotidiano de uma IES, de uma forma refletida, consciente, sistematizada, orgânica e, o que é essencial, participativa. É, em síntese, uma metodologia de trabalho que possibilita ressignificar a ação de todos os agentes da instituição. (SACRISTÁN, 2000; VEIGA, 2004; VEIGA, 2003).

Assim, uma organização curricular reflete inexoravelmente o PPP da IES a qual pertence e este deve revelar as demandas da sociedade e seus contornos históricos.

Somos hoje mais de 200 milhões de habitantes num país continental, o quinto maior do mundo, infelizmente ainda marcado por uma forte desigualdade social (BRASIL, 2011b). Temos um sistema nacional de saúde, o Sistema Único de Saúde – SUS, desde 1988, opção única para mais de 165 milhões de pessoas que não têm nenhum outro acesso à assistência à saúde. Contudo, se pensarmos nos procedimentos de alta complexidade como transplantes, uso de medicações específicas como os retrovirais, todos os brasileiros, sem exceção, dependem deste sistema. (FERREIRA, 2014).

Nosso perfil epidemiológico vem mudando rapidamente, com um claro envelhecimento da população e conseqüente aumento das doenças crônicas não transmissíveis; acresce-se a este quadro, uma prevalência importante de danos e sequelas advindas de situações de violência.

Por outro lado, tivemos uma redução importante da mortalidade infantil e a manutenção de um excelente programa de imunização como o Programa Nacional de Imunização – PNI que vem reforçando a diminuição de forma sistemática de doenças que podem ser prevenidas pelas vacinas.

Outro aspecto que tem merecido muitos esforços do Brasil diz respeito ao processo de formação de recursos humanos em saúde, bem como a qualificação do cuidado prestado.

Assim políticas e programas de Estado como a Política Nacional de Educação Permanente – PNEP, a Política Nacional de Humanização – PNH, os Programas Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, entre outros, apontam demandas para o processo de ensino/aprendizagem na formação em saúde e suas competências. (BRASIL, 2011b).

Logo a academia precisa, com urgência, traduzi-las para suas organizações curriculares.

A formação em saúde no Brasil tem nas Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs seu grande norte naquilo que um currículo deve buscar na construção do perfil destes futuros profissionais (MENICUCCI, 2009).

Aspectos como gestão, comunicação, liderança, ética são apontados claramente neste documento como elementos imprescindíveis na formação de recursos humanos em saúde para o século XXI.

É então, numa organização curricular que estas competências se constroem. Um currículo, aqui denominado organização curricular, é um ponto central de referência na melhora da qualidade do ensino, na mudança das condições da prática, no processo contínuo de qualificação do corpo docente, na renovação da instituição de ensino e também nos processos de inovação pedagógica.

Nele se entrecruzam componentes e determinações muito diversas como as pedagógicas, políticas, práticas administrativas, bem como as demandas sociais. (BORDENAVE; PEREIRA, 2000; BOURDIEU; CHAMPAGNE, 1998; BOURDIEU; PASSERON, 1992).

Ao revisitarmos a academia e suas organizações curriculares evidenciamos uma construção que, em última instância, não foi exitosa.

A figura 1 nos mostra a ação da academia ao longo do século XX e suas demandas para o século XXI.

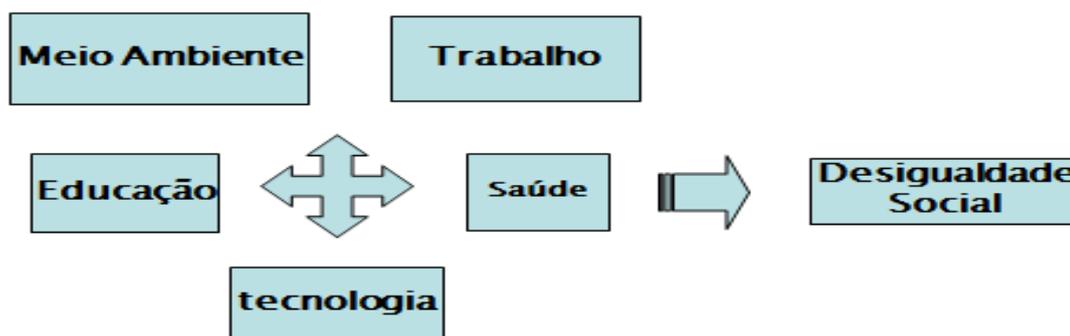
A Ação da Academia ao longo da História



Fonte: (FERREIRA, 2009).

Podemos constatar que, ao longo do século XX, “certezas” como razão, neutralidade e linearidade do conhecimento enquanto ciência levou-nos às formações competitivas, individualistas e excludentes. A figura 2 nos mostra a relação dos principais elementos transformadores do século XX. (WHITEHEAD, 2000).

O Século XX foi marcado por “cenários de transformações”



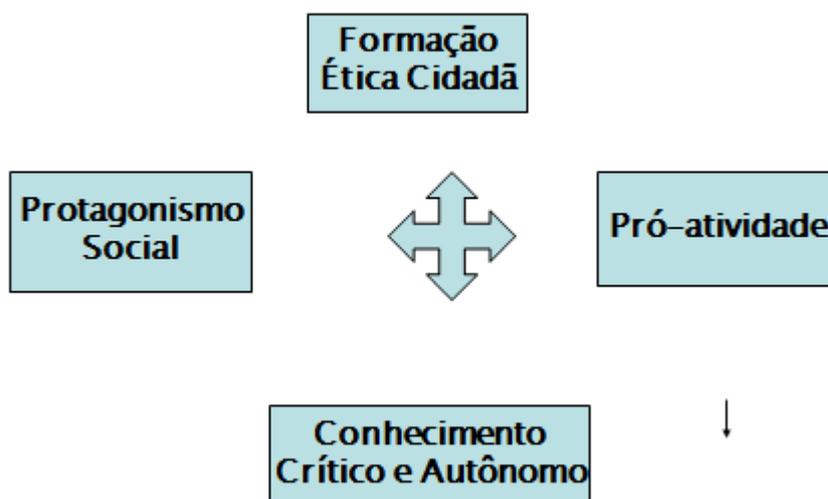
Fonte: (FERREIRA, 2009).

Fica clara a ideia de iniquidade que pode ser traduzida como “desigualdades que além de sistemáticas e relevantes são desnecessárias, evitáveis e injustas”. (WHITEHEAD, 2000).

Assim, a necessidade de iniciarmos este novo século com uma academia que se insira na perspectiva oposta, a da equidade que pode ser definida como “*acesso igual a grupos diferentes*” ou ainda “*forma superior de justiça*”. (SANTOS, 2000).

A figura 3 nos mostra a perspectiva para a contemporaneidade onde saberes afetos a ética, cidadania marcados por uma leitura crítica, autônoma e pró-ativa corroboram para uma nova formação profissional e conseqüente convivência social.

O Século XXI será marcado pela capacidade de superação



Fonte: (FERREIRA, 2009).

Assim novos saberes passam a ser fundamentais para este momento. A academia precisa, com urgência, visitar seus projetos políticos pedagógicos, suas organizações curriculares para uma nova e sustentável possibilidade de formação.

Uma organização curricular neste século XXI exige uma nova dinâmica, uma nova organização no atendimento de novos saberes. Para isso, evidentemente, há que se visitar os processos de ensino/aprendizagem numa perspectiva problematizadora, autônoma e crítica.

A presença inequívoca da conectividade no mundo contemporâneo deve ser qualificada por meio da construção e pactuação de valores norteadores para o exercício profissional e isto se torna profícuo na medida em que o processo de formação, desenhado por uma opção curricular, considera o conhecimento de forma ampla com todas as suas interfaces (Figura 4).



Fonte: (FERREIRA, 2009).

Assim podemos pensar que da universidade brasileira em tempos de tão profundas transformações exige-se a ousadia de não enquadrar as demandas em velhos modelos de aprendizagem e a lucidez de encontrar, nas situações concretas, suas potencialidades. A dialética entre conhecer, aprender e fazer delinea um contexto em que a formação extrapola a dimensão cognitiva, transmissiva e reprodutível:

Formação traz em si uma intencionalidade que opera tanto nas dimensões subjetivas (caráter, mentalidade) como nas dimensões intersubjetivas, aí incluídos os desdobramentos quanto ao trajeto de constituição no mundo de trabalho (conhecimento profissional). Portanto, não se trata de algo relativo a apenas uma etapa ou fase do desenvolvimento humano, mas sim como algo que percorre, atravessa e constitui a história dos homens como seres sociais, políticos e culturais. (VEIGA NETO. 2013, p.134).

Formação, a partir desse entendimento, envolve, dentre outros, um plano epistemológico e prático (experencial) de aprendizagem. No plano epistemológico, identifica-se que aprender articula cognição, afeto e cultura em uma perspectiva histórico-social, trazendo a questão da mediação e da intersubjetividade. Mediar a aprendizagem do cuidado implica sair da ênfase na doença, da abordagem biologicista das condições de vida e

das relações de causalidade linear entre sujeito e objeto. Sair desse espectro possibilita dimensionar uma formação em saúde que se funde nas condições concretas de vida.

Configura-se, assim, a formação como processo na medida em que se questionam opções disciplinares, institucionais e educacionais. Processo que se movimenta em direções múltiplas, conhecendo a contradição, os conflitos, mas também produzindo as possibilidades de negociação, de atribuição de significados. Processo, pois os profissionais vão se formando no decorrer da vida acadêmica, nas interações com os colegas, professores, funcionários, comunidade.

No plano prático (experencial), a aprendizagem vincula-se à prática e ao cotidiano, evidenciando que aprender e fazer apresentam dinâmicas de conexão, complementariedade e atribuição de significados. Nesse âmbito, emerge a formação como projeto: possibilidade de construir novos sentidos para a formação médica, procurando configurar espaços de aprendizagem que estejam coadunados com as necessidades e demandas sociais, respondendo aos desafios contemporâneos da ética, da integralidade, do cuidado e da intersectorialidade.

Urge, por fim, construir interações pautadas no diálogo, na troca de saberes, na sistematização dos conhecimentos historicamente acumulados e na proposição de movimentos investigativos que tomem as questões que atravessam e constituem o cotidiano da educação e da saúde.

Situar o currículo nessa condição evidentemente irá trazer a força da autoria, do potencial transformador, da mobilização de saberes na busca da mudança e intervenção na realidade! (FERREIRA; SORDI, 2009; FERREIRA, 2009).

Referências Bibliográficas

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

BOURDIEU, P.; CHAMPAGNE, P. Os excluídos do interior. In: NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. (Org.). *Escritos de educação*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

BOURDIEU, P.; PASSERON, J. C. *A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

BRASIL. Ministério da Educação / Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior, 2000. *Diretrizes Curriculares Nacionais*. Homologadas em 7/8/2001 CNE/CES 1.133/2001.

_____. *Portaria Interministerial n. 2.101, de 3 de novembro de 2005*. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia.

BRASIL. *Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010*. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde.

_____. *Portaria Nº 2.554, de 28 de outubro de 2011*. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, 2011a.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. *Censo 2010*. Brasília, 2011b.

_____. *Portaria Interministerial nº 1224, de 3 de outubro de 2012*. Altera a Portaria Interministerial no 1.077, de 12 de novembro de 2009, e a Portaria Interministerial no 1.320, de 11 de novembro de 2010, que dispõem sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS.

CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo, SP: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G.W.S. et al. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo, SP: Aderaldo & Rothschild, 2008.

FERREIRA, B. J. As Políticas Indutoras e a Formação em Saúde. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. (Org.). *Docência em Saúde: Temas e Experiências*. 2. ed. São Paulo, SP: Senac, 2014. p. 183-200. v. 1.

_____. *Inovações na formação médica: reflexos na organização do trabalho pedagógico*. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação da Unicamp, 2004. 2V.

_____. A formação ética e cidadã: imperativo contemporâneo, campo fecundo da educação. *Revista Bioética*, v. 17, p. 429-433, 2009.

FERREIRA, B. J; SORDI, M. Ensinar/ Aprender/ Avaliar: Fazeres Pedagógicos Complexos em uma Complexa Sociedade. *Revista de Saúde - Enfermagem*, v. 1, p. 10-14, 2009.

HAMILTON, D. Sobre as origens dos termos classe e curriculum. *Teoria & Educação*, n. 6, 1992.

HOBBSAWM, Eric J. *A Era dos Extremos: o breve século XX*. São Paulo, SP: Cia das Letras, 1994.

MENICUCCI, T.M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.7, p. 1620-1625, 2009.

SACRISTÁN, J. G. *O currículo: uma reflexão sobre a prática*. Porto Alegre, RS: Artmed, 2000.

SANTOS, B. de Sousa. *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: RJ: Record, 2000.

VEIGA NETO, A. Currículo e interdisciplinaridade. In: MOREIRA, A. F. (Org.) *Currículo: questões atuais*. Campinas, SP: Papirus, 2013.

VEIGA, Ilma Passos A. (Org.). *Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível*. Campinas, SP: Papirus, 2004.

_____. Inovações e projeto político-pedagógico: uma relação regulatória ou emancipatória? *Caderno CEDES*, Campinas, v. 23, n. 61, 2003.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 1997.

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. London: Penguin, 2000.