

**LIMITES E DESAFIOS CURRICULARES NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS
PARA ATUAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE****LIMITS AND CURRICULUM CHALLENGES IN THE FORMATION OF
PROFESSIONALS TO ACT IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM**Danielly Ferri Gentil¹Elenita Sureke Abilio²Maria José de Jesus Alves Cordeiro³**Resumo**

Este artigo nasceu da confluência de dois projetos de pesquisa em andamento no Mestrado Profissional - Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), os quais discutem o contexto da formação e das práticas educativas em saúde, tendo o ensino como foco, e uma interlocução teórica sobre o modelo vigente de formação em saúde e os resultados pedagógicos alcançados. A partir de referencial bibliográfico, realiza-se uma reflexão crítica quanto à necessidade de mudanças na formação em saúde e uma maior articulação da educação superior com o Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase nos conceitos e na promoção da saúde, nos princípios e diretrizes do SUS e na liberdade de integralização e flexibilização curricular. Para isso, discutiu-se, sucintamente, sobre o contexto histórico das políticas públicas educacionais para a saúde e o que se espera da formação do profissional em saúde para a efetivação do SUS.

Palavras-chave: Formação. Currículo. Diretrizes Curriculares.

Abstract

This article was born of the confluence of two research projects in the Professional Master's Degree – Education in Health at State University of Mato Grosso do Sul (UEMS), which discuss the context of the formation and the educational practices in health, having the education as focus and a theoretical dialogue about the current model of the formation in health and the pedagogical results achieved. From the bibliographic references, it was realized a

¹ Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) – Dourados-MS. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação, Gênero, Raça e Etnia (GEPEGRE); e-mail: danielly_ferri@hotmail.com

² Psicóloga, mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) – Dourados-MS. Chefe da Unidade de Telessaúde do HU/UFGD/EBSERH. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HU/UFGD. Docente da Faculdade Anhanguera de Dourados. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação, Gênero, Raça e Etnia (GEPEGRE) e do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES); e-mail: elenita.sureke@aedu.com

³ Doutora em Educação, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Professora adjunta da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), na graduação e na pós-graduação. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação, Gênero, Raça e Etnia (GEPEGRE/CNPq/UEMS); coordenadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Extensão em Educação, Gênero, Raça e Etnia (CEPEGRE/UEMS); e membro do Grupo de Estudos e Pesquisas Políticas de Educação Superior/Mariluce Bittar (GEPES/MB); e-mail: maju@uems.br

critical reflection about the need of changes in the formation in health and a greater articulation of higher education with the Health system, with emphasis on the health concepts, health promotion, principles and guidelines of SUS (Unified Health System) and freedom of complement and flexibility the curriculum. For this, it was discussed briefly the historical context of the educational public policies for health and what is expected of the formation of the professional in health to SUS success.

Key-words: Formation. Curriculum. Curriculum Guidelines.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS)⁴ traz uma concepção de saúde⁵ que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade, incluindo a prevenção, o cuidado, a proteção, o tratamento, a recuperação, a promoção, enfim, a produção de saúde e defesa da vida.

Para atender a nova concepção de saúde formulada na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1988, havia a preocupação com a formação de recursos humanos para atuar nesse novo sistema, o que pode ser notado no art. 200, da Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de n. 8080/1990, os quais apresentam como uma das atribuições do SUS a formação de recursos humanos na área da saúde, focada nas diretrizes políticas.

Entre as diretrizes do SUS destaca-se sua perspectiva descentralizada e democrática, que busca a participação da comunidade na saúde e fundamenta-se em três princípios: universalidade, integralidade e equidade. Há, também, o panorama de uma gestão integrada e sistêmica da saúde, estruturada na proposição de práticas, dinâmicas e processos capazes de impactar, positivamente, a qualidade de vida da população, algo fácil na teoria, difícil na prática.

A Reforma Sanitária no Brasil, conforme Souza et al (2013), exige uma demanda de mudança na formação dos profissionais de saúde, evidenciando que as bases teóricas necessárias à formação de bons profissionais deixam de ser prioridade na formação, incluídas

⁴ O SUS foi criado pela Constituição Federal Brasileira em 1988 e, segundo o artigo 4º, da Lei Orgânica da Saúde n. 8080, de 1990, é constituído pelo "conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público".

⁵ Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país tendo, a saúde, como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Lei Orgânica da Saúde, 8080/90).

aí, como condição insuficiente para que os profissionais estejam qualificados para atender a demanda sócio-sanitária e possam, assim, modificar a maneira de pensar e fazer saúde.

No fim da década de 1990, iniciaram-se as discussões sobre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área da saúde, que só seriam homologadas nos anos de 2001 e 2002 e que resultaram da correlação de forças entre diferentes ideologias. Todavia, essas diretrizes não foram suficientes para que seus eixos norteadores fossem incorporados ao ensino, pois necessitaria da implantação de um currículo em cada escola e da forma em que fossem avaliados os resultados. (ROSSONI; LAMPERT, 2004).

Após as determinações das novas diretrizes curriculares para a área da saúde, esperava-se uma transformação na filosofia da formação inicial nas universidades. Os cursos da saúde deveriam estar preparados para oferecer aos seus discentes um vasto conhecimento que promovesse uma formação interdisciplinar⁶ da profissão, focada em problemas regionais. Como a formação estava centrada em habilidades tecnológicas, seria necessária uma reformulação no projeto político-pedagógico das instituições, visto que “o caráter tecnicista daria lugar à formação de um profissional com conhecimentos técnico-científicos, permeados de atividades de caráter humanístico, com capacidade de criticar, refletir e ser um agente de mudanças”. (PRADO, 2012, p. 41).

O apoio à mudança no ensino deveria ter como objetivo o engendramento de novas relações de compromisso e responsabilidade entre as instituições formadoras e o SUS. Novas relações de compromisso e responsabilidade incluem, necessariamente, a implementação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação do grupo de ciências da saúde, por seu modo ímpar de produção. (CECCIN; FEUERWERKER, 2004).

Para o desenvolvimento deste artigo foi feito uma pesquisa bibliográfica exploratória, desenvolvida com base em materiais constituídos, principalmente, de livros, legislações da área da saúde e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. (GIL, 2007, p. 44).

⁶ Interdisciplinaridade: interação existente entre duas ou mais disciplinas, em contexto de estudo de âmbito mais coletivo, no qual cada uma das disciplinas em contato é, por sua vez, modificada e passa a depender claramente uma(s) da(s) outra(s). Isso resulta em enriquecimento recíproco e na transformação de suas metodologias de pesquisa e conceitos.

Com a pretensão de comparar, discutir e refletir sobre alguns aspectos relacionados às recomendações originárias das diretrizes curriculares nacionais aplicadas aos cursos de graduação em saúde, este artigo procurou realizar uma interlocução entre a formação dos profissionais, o projeto pedagógico, as diretrizes curriculares e as práticas de pesquisa que vêm sendo feitas pelas autoras no mestrado de Ensino em Saúde. Para isso, destacaram-se os entraves para um alinhamento na formação de profissionais que atenda às necessidades de saúde da população e às dificuldades das instituições para se adaptarem a essas diretrizes direcionando os estudos para a formação do profissional para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Formar profissionais para atuar no Sistema Único de Saúde constituiu um grande desafio, pois essa formação, até então, tem um predomínio do modelo biomédico, pautado em conceitos e modos de formação antagônicos ao proposto pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Neste trabalho há um posicionamento crítico, pois se considera que o entrelaçar das Diretrizes Curriculares Nacionais, do Projeto Pedagógico dos cursos da área da saúde e o embate, com forte influência do modelo biomédico em muitas práticas pedagógicas, deixa evidentes os processos verticalizados a partir dos quais se faz a gestão educacional dos cursos de graduação no Brasil.

Pensar o currículo implica pensar como a integração ensino e serviço, tanto no contexto pedagógico quanto nos cenários de prática, podem atender à necessidade da formação inicial e continuada baseada em um perfil profissional que possa atender às políticas de saúde, conforme sua idealização.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Influência do Modelo Flexeneriano na Formação em Saúde

O modelo flexeneriano⁷ implantado no Brasil, na década de 1940, influenciado pelos novos cursos de medicina, odontologia e enfermagem, teve como principais características a segmentação em ciclos básico e profissional, o ensino baseado em disciplinas ou especialidades e ambientado, em sua maior parte, dentro de hospitais. Foi denominado de

⁷ Modelo de ensino implantado por Abraham Flexner, pesquisador social e educador norte-americano, exerceu forte influência na formação dos profissionais da área da saúde. (ALMEIDA FILHO, 2011).

modelo tradicional ou modelo biomédico, tinha como características a negação da determinação social da saúde, motivação para as disciplinas, formação especializada, ensino hospitalocêntrico, passivo, individualista, educação superior estilizada, subordinação do ensino à pesquisa, privatização da assistência e ênfase a prática meramente curativa. (ALMEIDA FILHO, 2011).

Até os dias de hoje, esse modelo exerce fortes influências no modelo assistencial. Os departamentos de medicina preventiva criaram os projetos de medicina comunitária, na década de 1950. Novos Projetos se iniciaram na busca de uma assistência voltada à integralidade do cuidado, às ações de promoção e prevenção e inclusão das camadas sociais menos favorecidas.

Haubrich et al (2015) cita que o crescimento da indústria farmacêutica exerceu forte influência sobre as instituições de ensino e ainda destaca que a proposta de Flexner possibilitou a reorganização e a regulamentação das escolas médicas, mas trouxe outras mudanças drásticas reduzindo o número de escolas, centrando a educação médica como ponto-chave para a formação e prática dos profissionais da saúde.

Para Ludke e Cutolo (2010), o modelo biomédico tem limitações evidentes quando colocado diante dos enfrentamentos sociais do nosso país, sendo este incapaz de intervir com a responsabilidade social que a área da saúde demanda, tampouco é capaz, no plano coletivo, de ser modificador de indicadores sociais.

As influências do modelo biomédico na formação contribuíram para desigualdades na assistência e as crises no setor da saúde. No Brasil, vários segmentos populacionais insatisfeitos com a assistência de saúde da época, a qual se mostrava desigual, desumana e especializada, uma vez que somente tinham acesso a serviços de saúde quem detinha o poder econômico, começaram a se mobilizar na busca de melhores condições de saúde.

Nas práticas pedagógicas de saúde este modelo prevalece voltado para a medicalização do cuidado e traz, ainda, o autoritarismo embutido nas práticas de saúde com a “centralização do saber”, o empoderamento médico, a fragmentação do cuidado, em decorrência das especialidades, que descaracterizam o sentido humano da integralidade proposta pelo SUS e tornam-se um desafio a ser enfrentado.

Os procedimentos técnicos e a produção desenfreada acabam sendo mais valorizados sem considerar, primeiramente, o usuário como ser humano singular, de direito, cogestor do processo de efetivação do sistema. Tal fato passou a ser objeto de questionamento e de luta de grupos populacionais, os quais reivindicavam, entre outras coisas, melhores condições de saúde. (BRASIL, 2006b).

Destaca-se que a formação passou a ser centrada no treino de técnicas e habilidades, especificamente dentro da instituição hospitalar, e nas práticas medicalizadoras, influenciando na formação de outras profissões. (HAUBRICH et al, 2015).

As preocupações com a formação de recursos humanos para o setor público de saúde estão presentes no cenário político de concepção do SUS, incluindo na Constituição Federal de 1988, a atribuição da saúde em ordenar a formação dos profissionais da área. O tema compôs as proposições do movimento da Reforma Sanitária, presentes na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1986, sinalizando a necessidade de modificação nas graduações e a importância da integração ensino-serviço. Mesmo com o desenvolvimento dessas ações, persistem as mesmas preocupações.

Constata-se, assim, a necessidade de mudanças nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação da área da saúde com vistas à flexibilização curricular, pois apesar das muitas tentativas de embate e das mudanças do modelo de ensino, os traços do modelo biomédico flexneriano permanecem e dificultam a plena concretização de um sistema de saúde que preza por princípios antagônicos ao proposto por muitos anos nas instituições de ensino da área da saúde. Dessa forma, o modelo de ensino vigente mostra-se deficitário e incapaz de resolver os problemas de saúde da população.

2.2 Novos Rumos da Formação em Saúde

A trajetória da política educacional de saúde é marcada pela crescente aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, ressaltada a sua maior institucionalidade a partir de 2003. Tal contexto propicia efetivar o ordenamento da formação dos recursos humanos para o SUS, por meio da operacionalização conjunta de políticas para o setor. No conjunto das mudanças operadas, destaca-se a maior participação das estruturas de gestão do sistema, dos profissionais dos serviços no processo político e decisório em que se concebem os projetos.

Em menos de uma década de implantação do SUS, o Ministério da Educação lançou as Leis de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), demonstrando preocupação com a formação voltada para a realidade da sociedade brasileira. (BRASIL, 1996).

O Ministério da Saúde contempla em sua legislação que a integração entre ensino e serviço constitui-se como o eixo estruturante da política de formação de recursos humanos na saúde. (BRASIL, 1988).

A Resolução CNE/CES n. 223, de 04 de agosto de 2004, estabeleceu o prazo de dois anos para que as instituições de ensino estivessem completamente adaptadas às novas diretrizes, ou seja, a partir de 2006 todas as Instituições de Ensino Superior (IES) deveriam cumprir este novo modelo de formação. (BRASIL, 2004).

Um dos grandes pressupostos das políticas públicas em saúde é o de garantir o direito a ações e serviços de saúde de qualidade, por meio de mão de obra qualificada e humanizada, buscando atingir princípios como a integralidade do cuidado e universalidade do acesso.

Por outro lado, colocar em prática o que está no papel, não é tarefa simples, uma vez que colocar em ação um sistema de saúde público que preze por equidade, integralidade e universalidade, em grande parte, depende de mudança na formação vigente.

Segundo Almeida Filho (2013), os trabalhadores de saúde no Brasil correspondem a 1,5 milhão de profissionais registrados em conselhos profissionais e que para a geração desta força de trabalho, são oferecidos quase 3.500 cursos de nível universitário, em média 185 faculdades de medicina abrindo quase 100.000 alunos, sendo um quantitativo considerável.

O fato é que nem todos os profissionais tiveram uma formação voltada para atuação no SUS, comprometida com as questões sociais e com os princípios e diretrizes propostas por esta política pública. Formar para o SUS ainda é um grande desafio e exige a superação do modelo biomédico ainda hoje presente nos cursos da saúde. Para Almeida Filho (2011), nota-se um distanciamento entre a missão política do SUS e os objetivos concretos dos sistemas de ensino, fato que tem contribuído para a reprodução da crise no campo da saúde.

Esse distanciamento fica mais evidente no estudo realizado por Cavalcante (2012), o qual analisou a visão de discentes, o projeto pedagógico do curso de graduação de uma área da saúde e a articulação com o SUS, na tentativa de compreender os desafios que permeiam o processo ensino/aprendizagem. Os resultados apontaram várias dificuldades no processo

ensinar/aprender para o fortalecimento do SUS, sendo citada a desarticulação das instituições de ensino com serviços, profissionais, gestores e comunidade; a dicotomia entre teoria/prática, realidade dos serviços como campo de aprendizagem, fragmentação e descontextualização do ensino, uso metodologias inadequadas, ausência de participação de discentes no processo de avaliação e condução e construção do projeto pedagógico do curso. (CAVALCANTE, 2012).

Outro estudo realizado por Rossoni e Lanpert (2004), com o propósito semelhante ao de Cavalcante (2012), ao comparar as diretrizes curriculares dos cursos da saúde, também identificou como nós críticos na formação de profissionais o ensino fragmentado, a medicalizado, a individualizado e a ênfase tecnicista.

Além disso, Rossoni e Lanpert (2004) ressaltam que no processo de formação em saúde também há dificuldade dos docentes de romperem com a sua própria formação, a qual também foi fragmentada e pautada no modelo biomédico. Por outro lado, observa-se que a mudança exigida nos processos de formação está atrelada à construção de relações com outras áreas do conhecimento e exploração de cenários diversificados de prática na realidade local como proposto nas diretrizes curriculares.

Para uma formação em saúde comprometida com os princípios do SUS, alguns autores apostam em questões como a maior aproximação do ensino, pesquisa e extensão, o uso de metodologias ativas e problematizadoras, maior aproximação do estudante com a comunidade e com o campo de estudo, criação de projetos pedagógicos flexíveis e práticas interdisciplinares.

Para Moita e Andrade (2009), ensino, pesquisa e extensão constituem o eixo fundamental da universidade brasileira, não podendo ser compartimentado. Este tripé é importante, já que a pesquisa contribui para o conhecimento científico, o ensino tem a dimensão formativa que dá sentido à universidade, enquanto a extensão é capaz de proporcionar a compreensão ético-político-social, havendo uma complementaridade entre elas.

Dessa forma, Brasil (2006a), visualizando a relevância desse tripé abordado, enfoca a necessidade das instituições de ensino superior rever seus processos de pesquisa, ensino e extensão incluindo nestes a valorização do senso comum que, muitas vezes, é confrontado com o próprio saber científico. Assim, haverá um maior comprometimento da comunidade acadêmica com as demandas sociais e com os princípios do SUS.

Outro ponto que merece destaque na busca do fortalecimento do SUS é considerar a prática profissional como eixo norteador do projeto pedagógico dos cursos da saúde, apostando para que estes tomem a prática como objeto de reflexão e produção de conhecimento, entendendo-o não como mero exemplo da aplicação teórica, mas como núcleo da produção e difusão das teorias científicas, que emerge como representativo de tempos de tão agudas transformações sociais. (BATISTA, 2008).

Berbel (1998) aposta em metodologias de ensino ativas e problematizadoras, citando a problematização na formação como um artefato significativo ao ser utilizado, uma vez que seus efeitos são potencializados em cursos em que os temas estejam relacionados à questão social e à prestação de serviços à sociedade como os da saúde.

Ainda quanto ao estímulo às práticas problematizadoras de ensino, Freire (2006) refere-se que o ato de problematizar leva o indivíduo a procurar respostas para a realidade em que está inserido e tal fato o torna capaz de transformá-la pela sua própria ação, ao mesmo tempo em que se transforma. Com isso, é possível a descoberta de novos problemas num processo ininterrupto de buscas e transformações.

Segundo Berbel (1998), quando a problematização faz parte do processo de formação do estudante, este passa a analisar o contexto social de uma maneira crítica, adquirindo, assim, a capacidade de identificar dificuldades, carências e discrepâncias de várias ordens, que ao serem transformadas em problemas despertam no discente um novo olhar em relação à questão social e à busca por soluções de possíveis problemas.

Em relação à interdisciplinaridade Belei, Paschoal e Nascimento (2008) inferem que esta deve estar presente no currículo, podendo se manifestar por meio da interação entre os módulos e entre os conteúdos, os quais se articulam entre um Projeto Pedagógico, buscando, em conjunto, respostas para a realidade em que estão inseridos.

Atualmente, a forma de educar vem tomando novos rumos e uma modificação significativa vem ocorrendo, como a tentativa do rompimento do ensino tradicional focado na figura do professor como centro e tendo o aluno como um ser passivo e estático.

Em contrapartida, ainda há cursos e profissionais estagnados como modelos de ensino tradicionais, baseados em práticas hospitalocêntricas⁸ e pouco humanistas, os quais formam profissionais pouco comprometidos com as diretrizes do SUS.

Diante do exposto, Palhares, Martim e Rabelo (2010) ressaltam a importância da postura dinâmica e ativa do estudante no processo de aprendizagem, estabelecendo elos entre o aprendizado, a experiência e a diversidade de metodologias de ensino. Além disso, tais autores criticam as formas tradicionais de metodologia educacional centrada na figura do docente e no espaço do território da instituição educacional.

Ainda em relação ao assunto, Brasil (2006 a) enfatiza a importância desta postura ativa do estudante e facilitadora do docente, repugnando a modalidade tradicional de mera transmissão de informações. Além disso, Chagas et al (2009) acrescenta que a pedagogia tradicional confunde “ensinar” com “transmitir”, contribuindo para um discente passivo em relação a sua aprendizagem.

Outro aspecto que deve ser enfatizado na formação em saúde é o da integração com a comunidade, uma vez que o estudante que está sendo formado para atuar no SUS precisa, durante a sua formação, entrar em contato com a realidade social, objeto de seu estudo.

Complementando o autor citado, Gomes (2007) ressalta, ainda, que o indivíduo é marcado pela interação contínua com o seu meio e que é no contexto das relações sociais que se constroem o conhecimento, os valores, as representações e as identidades. Sendo assim, a realidade social e toda a diversidade que a cerca não pode ser ignorada na formação e na atuação profissional.

Durante a formação não se pode deixar de lado a questão da dinamicidade do plano pedagógico, ou seja, todo projeto precisa ser construído e reconstruído permanentemente e conjuntamente, assim como avaliado frequentemente. (BELEI; PASCHOAL; NASCIMENTO, 2008).

Essas transformações acabam por refletir, também, no campo do currículo, uma vez que para Belei, Pascoal e Nascimento (2008), para acompanhar todo o desenvolvimento que vem ocorrendo tanto no campo da saúde, como da educação são relevantes as mudanças curriculares, em que não predomine a tradicional transmissão de informação, mas que o

⁸ [...] práticas individualistas, biologicistas, curativistas praticadas no hospital e que se contrapõem à efetivação do princípio da integralidade [...].

currículo seja reformulado de forma a propiciar o desenvolvimento do senso crítico, reflexivo, que leve a atitudes e habilidades capazes de mudar a realidade.

Segundo Batista e Gonçalves (2011), apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante da ideal. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas, fato que exige um maior preparo desses estudantes na academia, buscando (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS.

As políticas educacionais focadas na comunidade, que enfatizam ações de prevenção e promoção, emergiram, atualmente, devido às necessidades socioculturais motivadas pelas exigências das Diretrizes Curriculares Nacionais, aprovada em 2001. Essas políticas, influenciadas pelo contexto histórico já descrito, trazem fortemente a necessidade de reformular a formação em saúde, visando a responder às limitações de acesso aos sistemas de serviços que ampliam sua tecnologia e seus gastos.

O perfil profissional desejado requer uma trajetória de formação que privilegie o desenvolvimento de competências adequadas para uma atuação no desafiante sistema educacional brasileiro. Essa trajetória deve ser ampliada para além da formação inicial, na graduação, para alternativas de formação continuada que, diante das especificidades deste perfil profissional, promovam uma concreta articulação entre teoria e prática, pesquisa e intervenção. (ARAÚJO; NEVES, 2007, p. 07).

Libâneo (1998) cita que ao dispormos de práticas de ensino intencionais e sistemáticas podemos promover o ensinar a aprender a pensar, numa perspectiva crítica dos conteúdos ministrados, colaborando para que o aluno apreenda as realidades enfocadas nos conteúdos escolares de forma reflexiva.

A formação dos profissionais de saúde que atuam no SUS tem suscitado sempre grandes discussões. Essas estratégias visam, principalmente, a contribuir para a reorientação do modelo, investindo na integralidade da Atenção à Saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Isso implica em novos modos de fazer Saúde, com redefinição de responsabilidades entre os serviços/gestores, trabalhadores e população.

Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de Saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de Saúde demonstra qualificação

insuficiente para as mudanças das práticas. Uma necessidade crescente de Educação Permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à Saúde no SUS é um grande desafio.

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

A Reforma Sanitária no Brasil, conforme citado por Souza et al (2013), exige uma demanda de mudança na formação dos profissionais de saúde, evidenciando que as bases teóricas são insuficientes para que os profissionais estejam qualificados para atender a demanda sócio-sanitária, pois esta exige um novo modo de pensar e fazer saúde.

Qualquer abordagem das discussões sobre as diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde, necessárias à formação de bons profissionais, incluídas como condição, só vieram a ser homologadas nos anos de 2001 e 2002 e resultaram da correlação de forças entre diferentes ideologias. Todavia, essas diretrizes aprovadas não foram suficientes para que seus eixos norteadores fossem incorporados ao ensino, pois necessitaria da implantação de um currículo em cada escola e na forma em que fossem avaliados os resultados. (ROSSONI; LAMPERT, 2004).

Diante do exposto, fica a seguinte indagação: de que maneira os cursos de formação superior profissional poderão contribuir para que o cidadão tenha então seu direito à saúde garantida conforme referido na constituição? A resposta é simples. Primeiramente é preciso a vontade de fazer mudança na formação vigente que se inicia com uma maior aproximação entre instituições de ensino/saúde e população, e reconstrução coletiva de metodologias ativas de ensino, as quais são necessárias para formar um profissional com um perfil diferenciado, que seja crítico, humano e comprometido com as questões sócias de saúde pública.

2.3 Do currículo à formação: apostas na mudança

No setor do ensino, entretanto, revela-se necessário e urgente semelhante movimento social por uma Reforma da Educação que expresse o atendimento dos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho tecnoprofissional cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 44).

As escolas têm sido poderosas máquinas de produção de subjetividades sujeitadas. São inúmeros os estudos que mostram que, do ponto de vista ético-político, os estudantes saem

dos cursos mais empobrecidos do que entram. Perdem porosidade para o mundo e para os encontros. A defesa da vida deixa de ser uma aposta importante em sua produção no mundo.

Se deve haver uma reversão de pensamento sobre o sistema de saúde (reforma sanitária), igualmente deve haver uma reversão de pensamento da formação (reforma universitária). Para uma nova exigência de formação cabe pensar não o que é ou o que deve, mas o que pode uma formação: buscar a potência, levantando questões, investigando realidades e interrogando paisagens, na perspectiva de uma aprendizagem de si, dos entornos e dos papéis profissionais (potências profissionais). (FEUERWERKER, 2014, p. 127).

Apesar dos muitos avanços e conquistas, a especialização do cuidado à saúde, a distância do sujeito nos processos de cuidado e as grandes diferenças entre o que pensam os usuários, os trabalhadores e gestores da saúde, têm se configurado como uma grande tensão na construção do modelo de saúde sonhado, chegando, algumas vezes, a diminuir o acesso dos usuários ao sistema ou sua exclusão.

No decorrer dos escritos de Feuerwerker (2014), cita-se que em função das DCN outras iniciativas para pensar o trabalho em saúde têm sido disparadas, pensando em inovações em saúde. Ela acrescenta que, assim como são pensadas as agendas de discussão, o processo necessita ser, cada vez mais, coletivo, dialógico, inclusivo e que promova a participação do maior número de pessoas possível.

Feuerwerker (2014) cita o incômodo como um potencializador para incorporar novos elementos a nossa prática, a percepção de que a maneira de fazer ou pensar já não é suficiente para dar conta dos desafios do trabalho no SUS e o incômodo passa a ser um mobilizador na aprendizagem de adultos.

Uma informação ou experiência pedagógica somente produz sentido quando dialoga com toda a acumulação anterior que os trabalhadores trazem. Partir dos incômodos, dialogar com o acumulado e produzir sentido: essas são as chaves para a aprendizagem significativa. (FEUERWERKER, 2014, p. 9).

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Lei Orgânica da Saúde, 8080/90).

Foi se o tempo em que o conceito de saúde se limitava apenas à ausência de doença; na atual conjuntura ele se relaciona a uma série de determinantes e condicionantes que podem, direta ou indiretamente, afetar a saúde.

Segundo Barros, Mori e Bastos (2006), promover saúde nos cenários de prática implica, necessariamente, no fortalecimento da capacidade individual e coletiva para transformar as situações que agridem e fazem sofrer. Então, o processo Saúde/Doença se manifesta no cotidiano e corresponde a experiências singulares e subjetivas e, por isso, não pode ser restringido aos conceitos redutores dessa temática, que são incapazes de dar conta da complexidade dos processos de Saúde e adoecimento e podem engendrar práticas autoritárias e tuteladoras.

Entre as diretrizes do SUS, destaca-se sua perspectiva descentralizada e democrática, que busca a participação da comunidade na saúde e fundamenta-se na universalidade, integralidade e equidade. Há, também, o panorama de uma gestão integrada e sistêmica da saúde, estruturada na proposição de práticas, dinâmicas e processos capazes de impactar, positivamente, a qualidade de vida da população: fácil na teoria; difícil na prática.

As iniciativas implantadas no sistema educacional, para a formação de profissionais para o SUS, propiciaram o desenvolvimento das políticas de formação em saúde e estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação, embora ainda limitadas na capacidade de promover mudanças nas práticas.

As mudanças históricas da formação, com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais, trazem, atualmente, um novo perfil profissional que direciona para mudanças curriculares necessárias para atender às demandas pedagógicas do ensino em saúde e que vislumbra competências diferenciadas.

O currículo sofre mudanças devido aos movimentos de reformulação de ensino, buscando a qualificação dos profissionais de saúde e considerando a necessidade de conscientização e organização das forças institucionais comprometidas com a democratização da saúde.

O processo democrático, necessário para a construção do currículo de cursos de graduação, está pautado nas diretrizes, porém pouco se produz sobre a concretude com que esse processo se articula na prática. A formação em saúde, de acordo com Feuerwerker (2014), é um desafio, pois exige novos modelos de formação de fato para atendermos às

políticas de saúde no Brasil, desde a conciliação entre a teoria e a prática, como novos modos de se produzir saúde, bem como novos modelos pedagógicos de formação.

Para Pacheco (2005 apud BAGNATO, 2007), a construção do currículo depende do significado da experiência que se torna a pedra angular da educação. O currículo é um projeto, cujo processo de construção e desenvolvimento é interativo e abarca várias dimensões. “É uma prática pedagógica que resulta da interação e confluência de várias estruturas (políticas, administrativas, econômica, culturais, sociais, acadêmicas) na base das quais existem interesses concretos e responsabilidades compartilhadas”. (BAGNATO, 2012, p. 177).

Segundo Bagnato (2012), é possível mencionar que o currículo é o resultado de um embate entre o prescrito nas legislações curriculares, o construído pela tradição cultural e o posto em prática, a partir de referenciais teórico-práticos e das experiências dos sujeitos participantes.

Se pretendermos consolidar o SUS, seus princípios e o seu modelo de assistência a população, nós, profissionais da educação na saúde precisamos nos organizar melhor e nos fortalecer tanto no que se refere à formação de docentes quanto no que se refere à discussão do planejamento e objetivos reais da educação na saúde. (LUDKE; CUTOLO, 2010, p. 98)

Feuerwerker (2014) contribui para o entendimento da necessidade das mudanças curriculares para a área da saúde com seus escritos, quando nos apresenta a necessidade das mudanças curriculares no Brasil para todas as áreas profissionais, tanto nas questões de metodologia de ensino-aprendizagem como na busca por atender a demanda de saúde que se apresentava.

Como estratégias para a concretização dessas reformulações, surgiram propostas de mudanças radicais e profundas, tanto no campo das metodologias de ensino-aprendizagem, como no modo de trabalhar os problemas da realidade da população. (FEUERWERKER, 2014, p.112).

Outro aspecto relevante que merece ser abordado nos cursos da saúde é a interdisciplinaridade, como condição necessária para redimensionar as relações entre diferentes conteúdos e áreas, contribuindo para romper com a fragmentação dos conhecimentos. Com a interdisciplinaridade, presente nos currículos e nas práticas docentes,

bem como nas práticas educativas em saúde, é possível formar profissionais que atendam o perfil desejado.

O perfil do profissional ideal para atuar no SUS é o do profissional capaz de fazer sua autocrítica em relação à própria formação, que tenha coragem de reinventar, de refletir, de trabalhar em equipe, de se colocar no lugar do outro, enfim, disposição para ousar.

Nesse sentido, é necessário aprofundar a reflexão sobre os meios e os modos como a formação profissional vem ocorrendo, isto é, de como de fato os conteúdos curriculares e metodologias vêm sendo operacionalizados e quais os resultados que vêm sendo alcançados. Apostar em projetos dinâmicos e articulados entre os mais variados campos do saber é um primeiro passo em relação à aproximação entre formação profissional e real necessidade de saúde populacional.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação em saúde assume o desafio de preparar profissionais para atuação no SUS. Para atender às demandas que as políticas de saúde exigem, a necessidade é formar para um perfil profissional que tenha as habilidades técnicas conjugadas com as habilidades políticas, com a percepção e sensibilidade para as questões de produção de vida, incluindo nestas as questões psicossociais.

Esses profissionais devem estar capacitados para intervir na complexidade que a rede de saúde abrange, juntamente às demais redes que contemplam o cuidado em saúde, visto que a formação atual ainda tem um predomínio do modelo biomédico, que não dá o alcance necessário para legitimar o que se espera da produção e cuidado contemplado no SUS.

Sabe-se que as condições de saúde interferem na educação e vice-versa. Portanto tais temáticas precisam ser abordadas de maneira conjunta. O SUS não poderá ser implementado em sua plenitude se antes não houver um olhar diferenciado para a formação dos profissionais que atuarão neste sistema.

Percebe-se que este novo olhar já está lançado com a criação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais após a publicação da Lei 9394/96 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Brasileira – LDB, e legislações do campo da saúde pública, como a Lei 8080/90 que inclui, no campo de atuação do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde.

Mas ainda há um longo caminho a percorrer. O SUS somente será de fato implementado a partir do momento em que as universidades, conjuntamente com as instituições de saúde, buscarem alternativas no sentido de formar sujeitos conscientizados quanto ao seu papel social e seu potencial de mudar contextos.

Os conteúdos curriculares também devem ser revistos a fim de que teoria e prática não se distanciem, ou seja, a universidade, com seus cursos da área de saúde, deve estar preparada para capacitar seus alunos no sentido de atender às necessidades de saúde da população.

Para tanto, há a necessidade da busca de novas metodologias de ensino, de flexibilização curricular, de uma maior interação entre os sujeitos, alunos, docentes, profissionais de saúde e comunidade para que, juntos, possam construir de fato o SUS que dá certo e, não menos importante, investir em capacitação docente.

Além disso, faz-se necessário pensar, principalmente, sobre as propostas de estágios curriculares para o SUS que trazem um imenso confronto com as práticas, visto às dificuldades para uma formação adequada em cenários de prática que não atendem à complexidade para a formação. Portanto, é imprescindível que sejam formados espaços coletivos de discussão quanto à formação inicial e permanente e que o processo formativo seja, constantemente, debatido, reformulado, reinventado. Ou seja, buscar novas estratégias de enfrentamento para os “nós” críticos da formação de forma coletiva e de atendimento ao SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. M. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública [online]*, v. 26, n.12, p. 2234-2249, 2011.

_____. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v.18, n.6, p. 1677-1682, 2013.

BAGNATO, M. H. S. Recontextualização curricular no ensino da enfermagem. *Curriculo sem fronteiras*, V. 12, n. 3, p. 173-179, set./dez., 2012.

BATISTA, N. A.; BATISTA, SHSS. A prática como eixo da aprendizagem na graduação médica. In: PUCCINI, R. F.; SAMPAIO, L. O.; BATISTA, N. A. (Org.). *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social*. São Paulo, SP: Editora Unifesp, 2008. p. 101-115.

BATISTA, K. B. C.; GONCALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc.*, v.20, n.4, p. 884-899, 2011.

BARROS, M. E. B.; MORI, M. E.; BASTOS S. S. O desafio da Política Nacional de Humanização nos processos de trabalho: O Instrumento “Programa de formação em saúde e trabalho”. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p. 31-48, 2006.

BELEI, R. A; PASCHOAL, S. R. G.; NASCIMENTO, E.N. História Curricular dos cursos de graduação na área da saúde. *História da Educação*, ASPHE-FAE-UFPEL, Pelotas, v.12, n.24, p.101-120, 2008.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu (SP), v.2, n.2, p. 139-154, 1998.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. *Lei Orgânica da Saúde*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário da união, Brasília, 1990, Seção 1.

_____. Constituição Federal de 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 27 de mai. 2015.

_____. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. *Indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão e a flexibilização curricular: uma visão da extensão*. Porto Alegre, RS: UFRGS: MEC-SESu, 2006a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília, DF: CONASS, 2006b.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 233, de 04 de agosto de 2004. Consulta sobre o prazo legal para implementação das diretrizes curriculares do curso de farmácia. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília/DF 4 de outubro de 2004.

CAVALCANTE, R. D. O. Projeto político-pedagógico de enfermagem e o Sistema Único de Saúde: a visão de discentes. *Interface*, Botucatu, v.16, n.41, p. 583-584, 2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER; L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14 (1), p. 41- 65, 2004.

CHAGAS, R. N et al. Cuidado Crítico e Criativo: Contribuições da Educação Conscientizadora de Paulo Freire. *Ciência e Enfermagem*, v.15, n.2, p. 35-40, 2009.

FEUERWERKER, L. C. M.; *Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde*. Porto Alegre: REDE UNIDA, 2014. 174p.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 33. ed. São Paulo, SP: Paz e Terra; 2006.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5.ed. São Paulo, SP: Atlas, 2007.

GOMES, N. L. *Indagações sobre currículo: diversidade e currículo*. Brasília, DF: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, p. 48, 2007.

HAUBRICH, P. L. G. S.; KRUSE, C. T. da; ROCHA, M. H. L.; FAMER C. M. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde com o locus privilegiado da educação permanente em saúde. *Saúde em Redes*, Porto Alegre. v. 1, n. 1, p. 47-56, 2015.

LIBÂNEO, J. C. *Adeus professor, adeus professora? novas exigências educacionais e profissão docente*. São Paulo, SP: Cortez, 1998.

LUDKE, L.; CUTOLO, L. R. A. Formação de docentes para o SUS - um desafio sanitário e pedagógico. *Saúde & Transformação Social / Health & Social Change*, v. 1, n. 1, p. 88-98, 2010.

MARINHO-ARAÚJO, C. M.; NEVES, M. M. B. da J. Psicologia Escolar e a formação continuada em serviço: encurtando distâncias entre teorias e práticas. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.*, v.27, n.1, p. 56-71, 2007.

MOITA, F. M. G. S. C.; ANDRADE, F. C. B. Ensino-pesquisa-extensão: um exercício de indissociabilidade na pós-graduação. *Revista Brasileira de Educação*, v. 14 n. 41. p. 269-393, 2009.

PACHECO, J. A. *Estudos curriculares para uma compreensão crítica da educação*. Porto: Porto Ed., 2005.

PALHARES, G. P. E. M; MARTIN, H. S; RABELO, P. F. C. Educação permanente em saúde: Reflexões e desafios. *Ciência e enferm.*, v.16, n.2, p. 25-33, 2010.

PRADO, M. M. *Ensino de farmácia hospitalar nas instituições de ensino superior do Estado do Rio de Janeiro*. 2012. 78f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2012.

ROSSANI, E.; LAMPERT, J. Formação de Profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre (RS), v. 18, p. 87-98, 2004.

SOUZA, C. F. T. et al. A Atenção Primária na Formação Médica: a Experiência de uma Turma de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.37, n.3, p.448-454, 2013.