

EDUCAÇÃO E SAÚDE: INTERFACES, MODELOS E TENDÊNCIAS DELIMITADORAS DA FORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Aline Aguiar da Silva

Universidade Regional de Blumenau
ninezzinha@hotmail.com

Neide de Melo Aguiar Silva

Universidade Regional de Blumenau
nmelo@furb.br

Resumo: Este estudo aborda as políticas de formação profissional, explicitando modelos e tendências delimitadoras da formação em saúde no Brasil. De cunho bibliográfico, baseia-se em estudos que visam fundamentar propostas curriculares ou ampliar o cenário de ação das políticas de saúde. As tendências visualizadas apontam influência histórica da técnica na formação do profissional. No entanto confirmam que evolui socialmente e se manifesta de modo direto nas instituições formadoras e nas políticas, a procura de alternativas para transposição dos modelos curativos vigentes por preventivos e educativos.

Palavras-chave: formação em saúde. modelos de formação. políticas de formação em saúde.

INTRODUÇÃO

Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla, desenvolvida em nível de iniciação científica e que visa compreender, entre acadêmicos de Medicina e Medicina Veterinária, o processo de construção social da formação em saúde. Como recorte da pesquisa supracitada, serão aqui abordadas as tendências delimitadoras da formação médica no Brasil.

A formação de profissionais na área da saúde vem sendo pauta de diversas discussões, especialmente acerca da qualificação para atuação no serviço público de saúde. O conhecimento agregado é objeto de preocupação social e exige estudos, haja vista a demanda, a intenção e as condições concretas de formar profissionais que saibam integrar e operacionalizar o conhecimento na resolução de diferentes problemas.

Estudos apontam a necessidade de adequações no cenário educacional para que as metas sejam alcançadas na formação, lançando-se mão de novas metodologias de ensino, viabilizando o desenvolvimento de diferentes correntes pedagógicas e, essencialmente, fomentando a elaboração e implementação de políticas de específicas para formação profissional.

TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

A metodologia de ensino adotada durante o século XX, predominantemente voltada à técnica de ensinar e denominada pedagogia tecnicista, parte do pressuposto da neutralidade científica e inspira-se na racionalidade, eficiência e produtividade. Também defende a reordenação do processo educativo para que este se torne mais objetivo e operacional. Dessa forma, minimiza-se a subjetividade, racionalizam-se os objetivos e cria-se uma mecanização do processo

ensino-aprendizagem , de forma que a formação de recursos humanos passe a ser um produto (SAVIANI, 1998).

Na área da saúde as tendências de formação predominantes ao longo do séc. XX expressam-se como modelo biologicista ou flexneriano. Este modelo visa formação de profissionais aptos à atuação curativa, com atenção voltada para a doença, sem direcionar importância ao cuidado integral e à prevenção.

No final do século XIX, houve a emergência de uma visão higienista da saúde, que associada às idéias microbiologistas na época emergentes, fundamentou a Saúde Pública daquele período (VERDI, 2002). Até então, a responsabilidade da doença era atribuída ao indivíduo, incentivando-se o desenvolvimento de medicamentos e equipamentos, seguindo uma lógica capitalista (MACHADO, 1995).

No início do século XX surge a necessidade de políticas de Saúde Pública no país, sendo elaborado um plano com três frentes: a reforma do porto, a reforma urbana e a reforma sanitária. A Diretoria Geral de Saúde Pública foi então assumida por Oswaldo Cruz, sendo este um período importante para as políticas de Saúde Pública no país. Houve a introdução de um modelo sanitário que ainda pode ser notado nas instituições de saúde (VERDI, 2002).

Porém, durante o regime militar, nas décadas de 1960-70, vigora a tendência a biologização dos problemas sociais, ocorrendo a valorização e a implantação de currículos da área da saúde que estivessem alicerçados no campo da medicina curativa. Assim, a Saúde Pública deixa de ser uma cadeira obrigatória no currículo de formação e torna-se uma especialização em forma de pós-graduação (BACKES, 1992). Entre 1970 e 1980, começaram a ser discutidas a Medicina Preventiva e a Medicina Comunitária.

Nesta perspectiva, o conceito ecológico de saúde-doença, a história natural das doenças e a multicausalidade constituíam os elementos básicos da Medicina Preventiva. A Medicina Comunitária foi criada nos Estados Unidos após o Movimento Preventivista, e visava a prestação de serviços às comunidades problemáticas – entenda-se menos favorecidas, através de programas de atenção à saúde (ALMEIDA, 1999).

Ainda na década de 1970, há o surgimento do Movimento Sanitário, com objetivo de resgate da prática profissional humanista, defendendo a Reforma Sanitária, por meio da criação de um sistema de saúde que determine a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (DA ROS, 2000).

Tais tendências se manifestam de modo similar em nível mundial. No ano de 1978, em Alma-Ata, antiga URSS, aconteceu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Essa conferência, conhecida como Conferência de Alma-Ata, definiu como meta que até o ano 2000 todos os povos deveriam atingir um nível de saúde que lhes permitissem uma vida social e economicamente produtiva. Para isso, criticou-se a privatização do cuidado em saúde e enfatizou-se a importância da atenção primária e da participação comunitária, priorizando os serviços básicos de natureza pública e descentralizada (CHIANCA, 1994).

Em 1986, na VIII Conferência Nacional em Saúde, foi indicada a necessidade de revisão na forma de preparação e capacitação dos profissionais da saúde, com o intuito de promover formação adequada às necessidades de saúde da população. Assim, houve dissociação entre os interesses do corporativismo médico e a saúde coletiva, devido à sua natureza social e pública. Desse modo, a saúde pública passou de uma especialidade médica a uma ocupação multiprofissional, na qual diversas classes se completam, havendo troca de experiências, conhecimentos e práticas (MACHADO, 1995).

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, que no art. 196 prevê a saúde como um direito de todos e um dever do estado. Para se contemplar essa exigência, faz-se necessária a reorganização do sistema público de saúde.

A proposta da Promoção da Saúde é unir os esforços individuais, sugerindo ações coletivas e político-governamentais no intento de intervir sobre a realidade sanitária, de forma a resolver problemas de saúde da população, promovendo melhora da qualidade de vida (MASCARENHAS, 2005).

Mediante este quadro histórico, na primeira década do século XXI confere-se a responsabilidade da saúde individual à clínica e das coletividades à saúde pública, isto determinado pelo modelo biomédico vigente. Desta maneira, não há interação com a realidade sócio-econômica-cultural e os sujeitos não se fazem coletivos. Defende-se que qualquer ação sanitária deveria envolver o sujeito, suas escolhas morais e sua vontade política (CARVALHO, 1996), o que pode estar relacionado ao aumento da assistência médica curativa e individual, simultaneamente a algumas medidas de prevenção de doenças e de promoção da saúde (MASCARENHAS, 2005).

Há uma reflexão sobre os modelos assistenciais adotados pelo sistema de saúde no Brasil, relacionada a sugestões de modelos assistenciais que se fundamentem em uma nova concepção de saúde (MASCARENHAS, 2005). Assim, são abertas novas possibilidades de intervenção, como a Vigilância da Saúde e a Estratégia da Saúde da Família. Estas vêm com a intenção de articular ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação, individual e coletivamente.

CONCEPÇÕES DE FORMAÇÃO E POLÍTICAS DE SAÚDE

O redimensionamento das perspectivas da formação do profissional em saúde tem sido amplamente debatido no contexto da educação brasileira. Buscam-se profissionais que estejam atentos ao domínio de conhecimentos científicos, para a cidadania, ética e compromisso social, conforme esboçam as novas diretrizes curriculares. Estas indicam a necessidade de formação profissional plena, na qual os currículos priorizem o aprofundamento teórico na área de atuação e, na mesma proporção, situem os conhecimentos e suas implicações na formação das subjetividades e construção da identidade social.

Entretanto, os profissionais que estão em formação reproduzem um sistema que permanece embasado nos paradigmas da educação tradicional, a qual está fundamentada na transmis-

são do conhecimento e na experiência do professor, e que supervaloriza o conteúdo e incita a expectativa de que o aluno absorva este conteúdo e reproduza-o. Tais questões podem comprometer o perfil destes profissionais (ALMEIDA, 1999), havendo diminuta ênfase em prevenção e promoção da saúde. Segue-se a formulação de grades curriculares que dificultam aos estudantes o acesso a atividades de ensino específicas em seu processo de formação, pois limita a liberdade das instituições de ensino superior (REDE UNIDA, 2002).

O sistema de ensino-aprendizagem, bem como as tendências predominantes no séc. XX, vêm sendo questionados nas últimas décadas, seguindo uma contra-hegemonia na intenção de adotar concepções pedagógicas críticas, reflexivas e problematizadoras. Também intenta-se adotar metodologias que permitam a participação ativa dos estudantes/futuros profissionais em novos e diferentes cenários de ensino, a fim de adequar a formação à realidade da população e dos serviços de saúde.

Assim, discussões acerca de Novas Diretrizes dos Cursos de Graduação em Saúde foram iniciadas em 1997, estando em seus princípios a articulação entre Educação Superior e Sistemas de Saúde. Têm por objetivo a formação de profissionais atentos à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos e à atenção curativa. E, ainda, propõem moldar-se um perfil acadêmico com capacitação para atuar com qualidade no Sistema Único de Saúde. Desta maneira, o estudante apresentará, ao final de sua graduação, habilidades profissionais que poderão contribuir com a comunidade por meio de ações de prevenção e do estímulo à prática da promoção da saúde (Ibidem, 2002).

As Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde apresentam como objetivo:

Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender, o 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 (CNE, 2001).

Com as referidas Diretrizes, sugere-se que a formação dos profissionais agregue aos conhecimentos outras competências e habilidades como liderança, tomada de decisões, administração e gestão, comunicação, atenção à saúde e educação permanente. Atentando-se, porém, conforme as políticas tanto de formação quanto de saúde, ao caráter de humanidade que deve marcar a qualificação profissional.

AS CONCEPÇÕES, A APRENDIZAGEM E AS PRÁTICAS DE FORMAÇÃO

Para se contemplar as exigências das Novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Saúde é necessário também a adoção de novas metodologias que possibilitem a atuação do aluno no processo ensino-aprendizagem. Saviani (1995, p.55), ao analisar as pedagogias, afirma que:

Se na pedagogia tradicional a iniciativa cabia ao professor que era, ao mesmo tempo, o sujeito do processo, o elemento decisivo e decisório; se na pedagogia nova a

iniciativa desloca-se para o aluno, situando-se no nervo da ação educativa na relação professor-aluno, portanto relação interpessoal, intersubjetiva – na pedagogia tecnicista, o elemento principal passa a ser a organização racional dos meios, ocupando professor e aluno posição secundária, relegados que são a condição de executores de um processo cuja concepção, planejamento, coordenação e controle ficam a cargo de especialistas supostamente habilitados, neutros, objetivos, imparciais. A organização do processo converte-se na garantia da eficiência, compensando e corrigindo as deficiências do professor e maximizando os efeitos de sua intervenção.

Assim, nessa *nova* pedagogia, privilegiam-se os processos de obtenção do conhecimento, enquanto na pedagogia tradicional privilegiam-se os métodos de transmissão dos conhecimentos previamente obtidos (SAVIANI, 1995). Com relação à organização do ensino e dos currículos, a perspectiva construtivista torna-se referência para as propostas educacionais, de forma a contrapor às tendências tecnicistas, proeminentes até o final da década de 1970.

Na educação, passa-se a referir os pressupostos teóricos de Piaget, ainda que seu trabalho paute-se no desenvolvimento ontogenético do conhecimento, que foram embasamento para algumas propostas pedagógicas (CORREIA, LIMA, ARAÚJO, 2001). O cenário da educação começa a se configurar questionando-se o papel da escola. Considerando-se o fim do governo militar, busca-se superar a visão utópica de escola como redentora da sociedade e a visão do negativismo, que considerava a escola como instrumento do Estado. Dessa forma, iniciaram-se discussões acerca da formação de profissionais, para se efetivar o atendimento à demanda da sociedade em transformação. Inicia-se uma ênfase na formação de um cidadão crítico e reflexivo, ciente de sua responsabilidade social. Neste momento, passa a ser questionada a prática educativa alicerçada no professor como doador do conhecimento para alunos que chegavam ao meio educacional vazios de saber.

Nesse contexto há uma crescente procura e adoção pela Teoria de Vygotsky, quanto à educação infantil, considerando-se suas obras *A Formação Social da Mente e Pensamento e Linguagem*. Na área da saúde há a iminência da reflexão e adoção de metodologias traçadas por Paulo Freire.

Com a necessidade de reorganização do modelo assistencial, preconizando-se a atenção primária e sabendo-se da urgência da formação de profissionais aptos a atuar na integralidade e não apenas na atenção curativa, passam a ser institucionalizadas novas alternativas pedagógico-didáticas. Busca-se a adoção de metodologias ativas de ensino, nas quais há participação do aluno em sua formação, bem como o cuidado com a ação de todos os agentes e atores envolvidos no processo.

Através dessas metodologias, busca-se implementar efetivamente as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Saúde nas propostas pedagógicas das Instituições de Ensino Superior, que indicam estratégias de ensino-aprendizagem como elementos essenciais na construção de uma nova proposta pedagógica.

As DCENF assumem, portanto, como base filosófica, os quatro pilares da Educação, em que o aprender a conhecer envolve o aprender a pensar a realidade, a pensar o novo, a reinventar o pensar, a pensar e reinventar o futuro e está relacionado ao prazer da descoberta, da curiosidade, da busca da compreensão, da construção e reconstrução.

ção do conhecimento. O aprender a fazer oferece oportunidades de desenvolvimento de competências amplas para enfrentar o mundo do trabalho e está relacionado à competência pessoal que possibilita ao profissional trabalhar coletivamente, adquirir qualidades para as relações interpessoais no trabalho, em detrimento da pura qualificação profissional. O aprender a viver junto oferece possibilidades para a compreensão do outro, para a busca do esforço comum e para a participação em projetos de cooperação com o outro. O aprender a ser integra os outros três pilares; cria condições para o desenvolvimento integral da pessoa com inteligência, sensibilidade, sentido ético e estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade, pensamento autônomo e crítico, criatividade, iniciativa e rigor científico. Enfim, condições que favoreçam ao indivíduo a aquisição de autonomia e discernimento (FERNANDES *et al.*, 2005, p. 445).

Dessa forma, as DCN tornam possível a formação por competências, indicando a necessidade de experiências e metodologias de ensino-aprendizagem que possibilitem o desenvolvimento para além do cognitivo. Destacam a necessidade de se oportunizar o desenvolvimento, apoiando-se em conhecimentos previamente adquiridos, entretanto, sem limitar-se a eles, para que os alunos adquiram capacidade de agir com eficácia perante diversas situações, evidenciando-se a diferença entre competência e conhecimento. O conhecimento, visto como representação da realidade, constrói-se no decorrer das vivências e do processo de formação, enquanto as competências consistem da capacidade de utilizar os conhecimentos adquiridos, integrando-os ou mobilizando-os para a resolução de problemas cotidianos.

Para se alcançar esse objetivo, descarta-se a prática de ensino que pauta o professor como centro da aprendizagem e adota-se o aluno como centro da aprendizagem tendo o professor como facilitador e orientador; supera-se um modelo disciplinar fragmentado em troca de um modelo curricular integrado; destaca-se a articulação teoria/prática; abandona-se a concepção de saúde como ausência de doenças em prol da saúde como condições de vida; e muda-se a concepção de avaliação como processo punitivo para instrumento de (re)definição de paradigmas. (FERNANDES *et al.*, 2003).

Dessa forma, busca-se o enfrentamento de metodologias tradicionais e reflete-se a partir de novas correntes pedagógicas e metodologias de ensino-aprendizagem, como desafio e meta para a promoção do conhecimento e da aprendizagem baseada em competências nos acadêmicos. Duas metodologias bastante adotadas são a Metodologia da Problematização e a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas (BERBEL, 1998).

A problematização é uma metodologia que pode ser utilizada para o ensino de temas de uma disciplina, nem sempre apropriada para todos os conteúdos; a segunda é uma metodologia que direciona toda uma organização curricular, definindo-se novos papéis a serem desempenhados por todos os envolvidos, inclusive na biblioteca, que deve apresentar-se suficientemente equipada e espaçosa. Na metodologia da problematização, as mudanças ocorrem na organização da disciplina, requerindo alterações na postura do professor e do aluno, para o tratamento reflexivo e crítico dos temas e na flexibilidade de local de estudo e aprendizagem, considerando-se que a realidade social é o ponto de partida e chegada dos estudos pelos grupos de alunos.

Na Metodologia da Problematização, os problemas são identificados pelos alunos, pela observação da realidade, na qual as questões de estudo estão acontecendo. Observada de diferentes ângulos, a realidade manifesta-se para alunos e professores com suas características e contradições, nos fatos concretos e daí são extraídos os problemas. A realidade é problematizada pelos alunos. Não há restrições quanto aos aspectos incluídos na formulação dos problemas, já que são extraídos da realidade social, dinâmica e complexa. Na Aprendizagem Baseada em Problemas, os problemas são cuidadosamente elaborados por uma Comissão especialmente designada para esse fim. Deve haver tantos problemas quantos sejam os temas essenciais que os alunos devem estudar para cumprir o Currículo, sem os quais não poderão ser considerados aptos para exercer a profissão. E, como lemos em Sakai e Lima(1996), devem “consistir de uma descrição neutra do fenômeno em estudo, ser isento de distrações e ainda serem completamente entendidos de um ponto de vista científico” (BERBEL, 1998, p. 45).

As Diretrizes Curriculares Nacionais são visualizadas como referência para as discussões a respeito dos projetos pedagógicos a serem adotados pelas Instituições de Ensino Superior, com o objetivo de se estabelecer currículos e formatos para os cursos, visando efetivar um modelo de saúde pública eficiente e consolidar o Sistema Único de Saúde. Sabe-se da autonomia de cada instituição quanto a formar seus próprios projetos pedagógicos, mas entende-se que todas se direcionam para um objetivo. Considerando-se o conhecimento apreendido e a formação por competências, o profissional estará apto a atuar com a sua *(in)formação mais valiosa*, aliando os conhecimentos que lhe foram transmitidos, aos que ele buscou e aos que vivenciou.

Por que limitar-se a transmitir conhecimentos se os estudantes dispõem para isto, além da imprensa escrita, inventada há mais de 500 anos, outros meios de acesso às informações? Por que não privilegiar discussões em torno de temáticas levantadas junto aos alunos? Por que não prestigiar a aquisição de mentes criativas e inquiridoras, através de debates, de resoluções de problemas extraídos da própria realidade sócio-cultural? (BALZAN, 1999, p. 178).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação em saúde no Brasil do século XX esteve pautada, essencialmente, em modelos curativos e de tratamento da doença. Ao que se descortina no início do século XXI, visível nas políticas de saúde e nas propostas curriculares para formação profissional, é possível considerar um quadro de mudanças nesta realidade. Os modelos de formação caminham próximos aos que se propõem em educação, com base na prevenção e no cuidado de si e do outro.

Nesse cenário de mudança predominam esforços para adoção de planejamentos estratégicos e conjuntos, aliando educação e saúde, com vistas ao estabelecimento de discussões e análise permanentes dos problemas institucionais e sociais. Este processo só pode ser viabilizado e sustentado levando-se em conta as forças políticas em ação no interior das instituições formadoras e na sociedade como um todo.

As mudanças visualizadas contrapõem concepções de educação médica, fundadas na perspectiva de processo de produção de profissionais da área, às de educação em saúde, norteadas pelo cuidado. E, como todo processo de transformação, a construção de um paradigma

de educação em saúde também incorre em avanços e retrocessos. Daí o papel fundamental dos sujeitos sociais na gestão e construção de um *bom desenho* para as políticas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.J. **Educação médica e saúde** – possibilidades de mudança. Londrina: UEL, Rio de Janeiro: ABEM, 1999.
- BACKES, V. M. S. **As políticas oficiais de saúde e o ensino de enfermagem**. 1992. Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS.
- BALZAN, NC. Formação de professores para o ensino superior: desafios e experiências. In: Bicudo MA, organizador. Formação do educador e avaliação educacional. São Paulo: Editora UNESP; 1999. p. 173-88.
- BERBEL, N.A.N. A Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2. Fev 1998, p.139-154.
- DA ROS, M. A. **Estilos de pensamento em saúde pública**: um estudo da produção da FSP - USP e ENSP - FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. 2000, 207p. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- CHIANA, T.C.M. O **sistema único de saúde**: a proposta de viabilização e a inserção da Enfermagem. Saúde em Debate 1994 setembro; (44):48-54.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina**. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf> Acesso em: 10 mai. 2009.
- CORREIA, M.F.B. *ET al.* **As contribuições da psicologia cognitiva e a atuação do psicólogo no contexto escolar**. Psicologia, Reflexão e Crítica, 2001. v. 14, n. 3, p. 553-561.
- FERNANDES, JD; XAVIER, IM; CERIBELLI, MIPF; BIANCO, MHC; MAEDA, D; RODRIGUES, MVC. **Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica**. Revista Brasileira de Enfermagem. USP, 2005. 39(4):443-9.
- FERNANDES, J.D; FERREIRA, S.L.A; OLIVA, D.S.R; SANTOS, M.P; COSTA, H.O.G. **Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia**. Revista Brasileira de Enfermagem, 2003; 56(4):392-5.
- MACHADO, M. H. (org). **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, 226 p.
- MASCARENHAS, C. V. **Promoção da Saúde**: Representações Sociais dos Acadêmicos dos cursos de Graduação na área da Saúde. 2005, 124 p. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós graduação em Saúde Pública – GSP, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- REDE UNIDA. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. Documento veiculado no Seminário “Impulsionando as mudanças nos cursos para-uaenses da área da saúde: rumo à implantação das novas diretrizes curriculares”. Curitiba, 21 e 22 de junho de 2002.
- SAVIANI, D. **Pedagogia histórico crítica**: primeiras aproximações. 5.ed. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **História e história da educação:** o debate teórico metodológico atual. Campinas: Autores Associados, 1998.

VERDI, M. **Da haussmannização às cidades saudáveis:** Rupturas e Continuidades nas Políticas de Saúde e Urbanização na Sociedade Brasileira do início do século XX. 2002, 216 p. Tese de Doutorado. Programa de Pós graduação em Saúde Pública – GSP, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.