

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
OBSERVATÓRIO RH NESC/ UFRN**

**Saúde da Família e Projetos Políticos Pedagógicos:
Intenção e gesto na inserção do tema no cotidiano dos cursos de
Enfermagem, Medicina e Odontologia***

Pesquisadoras:

Rosalba Pessoa de Souza Timoteo – Prof^ª. do Departamento de Enfermagem/UFRN .

Akemi Iwata Monteiro – Prof^ª. do Departamento de Enfermagem/UFRN.

Severina Alice Uchoa – Prof^ª. do Departamento de Saúde Coletiva/UFRN

* Pesquisa realizada em 2005. Integrante do Plano Diretor (2004/2005) do Observatório RH NESC/UFRN, Estação de Trabalho da ROREHS, coordenada pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde (Representação do Brasil).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 METODOLOGIA	9
3 A Saúde da Família nos Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos: a intencionalidade está explícita?	13
3.1 O PPP da Enfermagem: conjunturas, princípios e estratégias	13
3.1.1 Enfoque Saúde da Família no Curso de Enfermagem.....	17
3.1.2 Suficiência do(s) conteúdo(s) curricular(es) e ementa(s) que contempla(m) os princípios do SUS e o enfoque Saúde da Família no Curso de Enfermagem	20
3.1.3 Estratégias e dificuldades para a implementação.....	22
3.2 A Medicina e a construção do PPP – movimento pela mudança.....	23
3.2.1 Enfoque Saúde da Família no Curso de Medicina	27
3.2.2 Suficiência do(s) conteúdo(s) curricular(es) e ementa(s) que contempla(m) os princípios do SUS e o enfoque Saúde da Família no Curso de Medicina	30
3.3 O ensino da Odontologia – desafios a enfrentar	31
3.3.1 Enfoque Saúde da Família no Curso de Odontologia.....	32
3.3.2 Suficiência do(s) conteúdo(s) curricular(es) e ementa(s) que contempla(m) os princípios do SUS e o enfoque Saúde da Família no Curso de Odontologia.....	34
4 Saúde da Família - Intenção e gesto: o discurso dos coordenadores e professores acerca da inserção do enfoque no cotidiano dos cursos	36
4.1 Enfoque Saúde da Família nos cursos	36
4.2 Suficiência dos conteúdos.....	38
4.3 Aspectos ressaltados e efetivados nos conteúdos programáticos	40
4.4 Estratégias e dificuldades de implementação	43
5 Interpretação do gesto: a visão do aluno sobre a inserção do enfoque Saúde da Família nos cursos	47
5.1 Enfoque da Saúde da Família nos cursos.....	47
5.2 Suficiência dos conteúdos.....	49
5.3 Aspectos ressaltados e efetivados nos conteúdos programáticos	51
5.4 Estratégias e dificuldades de implementação	53
5.5 Preparo profissional para assumir um lugar no PSF.....	56
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	62

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), como política de atenção à saúde da população, é hoje a realidade que vem se expandindo maciçamente no país. Criada em 1994, no contexto de reestruturação do sistema público de saúde, então denominada de Programa Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da Saúde, visava implementar a atenção básica. A partir de resultados concretos na melhoria da assistência às populações atendidas, torna-se, atualmente, uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência (GIL, 2005, VIANA; DAL POZ, 1998, MENDES, 1996).

A ESF, como afirma SOUSA (2000, p. 25),

... propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada.

Em outras palavras, a ESF busca romper com o modelo tradicionalista de assistência, na perspectiva de transformar as práticas de saúde; a intervenção pontual e individualizada; a fragmentação do conhecimento e do sujeito; e as relações verticalizadas existentes entre profissionais, usuários e serviços.

Neste sentido, vem ao encontro dos debates e análises que convergem para a orientação do novo modelo de atenção à saúde, visando a superar o modelo tradicionalista calcado na supervalorização das práticas da medicina curativa, especializada e hospitalar, que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, à fragmentação do cuidado. Este direcionamento encontra, na conformação dos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), um outro desafio. Abre-se a perspectiva

para atuação de um conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com o novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas (GIL, 2005).

Partindo do pressuposto que a saúde da família está efetivamente incorporada à atenção básica, esta deixa de ser um programa vertical para assumir o papel potencial de eixo norteador da organização dos sistemas municipais de saúde. Sua expansão tem se dado de forma contínua com medidas, inclusive, de ampliação específica aos municípios com mais de 100 mil habitantes, como é o caso do Projeto de Expansão da Saúde da Família (PROESF). Desse modo, torna-se fundamental a importância do investimento nas políticas de recursos humanos voltadas às necessidades dos profissionais que atuam nas equipes (BRASIL, 2002).

Pierantoni (2002) argumenta que as proposições para a área de recursos humanos em saúde, na perspectiva da consolidação do SUS, devem considerar o fato de que a saúde da família tem possibilitado ampliar o mercado de trabalho dos profissionais de saúde, na medida em que são médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, odontólogos, assistentes de consultórios e técnicos em higiene dental, que têm sido absorvidos pelos sistemas municipais de saúde.

Ceccim e Feuerwerker (2004) reafirmam que há consenso entre os críticos da educação profissional em saúde, em relação ao fato de ser esta hegemônica quanto à abordagem biologicista, medicalizante e centrada em procedimentos. Neste paradigma, o modelo pedagógico de ensino é conteudista, compartimentalizado e isolado, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando os conhecimentos das áreas básicas com os da área clínica e centrando as oportunidades de aprendizagem no hospital.

Tal perspectiva adota sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, a qual favorece a especialização precoce, e perpetua os modelos tradicionais de prática em saúde. Na abordagem clássica da formação em saúde, o ensino é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado, planejado segundo o referencial técnico/científico acumulado pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional.

Relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos de 1986 e 1993, assim como a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/SUS), são enfáticos em afirmar que o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para a atuação na perspectiva da integralidade do sistema de saúde e de suas práticas (BRASIL, 1986, 1993, 2002a).

Movimentos e organizações sociais em conjunto com as instituições do setor saúde no Brasil vêm cada vez mais reivindicando a necessidade de as escolas de saúde repensarem suas metas e objetivos, como também reformularem seus currículos.

A formação para o setor passou a ser objeto para a gestão do ensino, tendo sido marcada pela reflexão crítica e formulação de recomendações políticas dos gestores e conselheiros de saúde. Em outros termos, simultaneamente às lutas pela reforma sanitária, foram se acumulando ações propositivas no campo da formação e desenvolvimento dos recursos humanos em saúde.

Estas ações se converteram em movimentos sociais com objetivo de imprimir mudanças na educação dos profissionais de saúde. Esses movimentos buscaram ativamente o comprometimento dos atores do setor, culminando com o engajamento do Conselho Nacional de Saúde na disputa pela mudança dos perfis profissionais. Esta importante

mobilização foi fundamental para que a definição das novas diretrizes curriculares nacionais correspondesse às necessidades reconhecidas como relevantes ao SUS e à população.

Em oposição ao modelo de currículo mínimo obrigatório para as carreiras, os movimentos de mudança na graduação vislumbraram, nas diretrizes, a perspectiva transformadora da formação. A mobilização para a definição das diretrizes curriculares nacionais, aprovadas em 2001 e 2002, ressalta a relevância social das instituições formadoras na sua capacidade de dar resposta às necessidades e direitos da população. A estratégia é viabilizar melhor formação inicial para a absorção dos profissionais no sistema de saúde (CECCIN, FEUERWERKER, 2004).

A efetiva ação fundamentada pelos princípios da ESF e do SUS potencializa a integralidade na assistência e a criação de vínculos e co-responsabilização entre profissionais e serviço de saúde e a população. Sendo uma estratégia estruturante, pode provocar mudanças internas no sistema de saúde, bem como nos órgãos de formação, possibilitando as transformações tão desejadas pelos atores que acreditam no Sistema Único de Saúde.

Assim, nos últimos anos, a ESF vem se conformando como uma das estratégias no contexto de saúde local e nacional, que demanda o grande desafio na formação e capacitação de profissionais de saúde, de forma que apresentem competências e habilidades técnicas, políticas e cognitivas, bem como expressem valores e atitudes comprometidos com o bem-estar social e as transformações necessárias à sociedade contemporânea.

De acordo com Trad, Bastos (1998), a ampliação do objeto de intervenção em saúde para além do âmbito individual demanda mudanças na forma de atuação e na

organização do trabalho e requer alta complexidade de saberes. Desse modo, os profissionais necessitam desempenhar sua função em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto de um trabalho que se forja com a contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento.

Segundo dados do Ministério da Saúde, até o ano de 2004, encontram-se implantadas 19.182 equipes em todo o país, sendo que no Estado do Rio Grande do Norte têm-se implantado em quase todos os municípios. Em Natal, existiam 103 equipes em atividades, com a perspectiva de alcançar, até o fim daquele ano, o total de 170 equipes de saúde.

Tal dinâmica tem impulsionado reflexões tanto no âmbito da universidade, quanto no campo do trabalho em saúde, imprimindo a necessária reordenação/reorganização das instituições de ensino e serviços, chamando a atenção para problemas que dizem respeito às questões técnicas, políticas, éticas e humanísticas no modo de atender à população.

Algumas iniciativas importantes têm se dado no próprio âmbito do SUS com o objetivo de romper com este paradigma, assumindo um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva. Estas formulações têm sido capazes de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender.

Ainda que pesem os inegáveis avanços das propostas implantadas para adequar os recursos humanos às necessidades do sistema de saúde, a maioria delas é voltada para os profissionais egressos dos cursos de graduação, se constituindo em processos de educação continuada. Estes se consolidaram na perspectiva de superar, a posteriori, os nós críticos da formação, no que diz respeito à implementação do SUS. Contudo, não se pode negar que não substituem os conteúdos, os valores e as práticas consolidados na formação. A adequação técnica e pedagógica às ações educacionais exige que estas sejam trabalhadas

dinamicamente, tanto pelo dia-a-dia da prática dos serviços, quanto pela capacidade reflexiva das instâncias de formação e pesquisa na área de saúde (VIANA, 2000, PIERANTONI; RIBEIRO, 2001, UCHOA, 2002).

Na direção da mudança do sistema de saúde, a expansão e consolidação da ESF vêm acontecendo *pari/passu* com os movimentos pelas reconstruções/reformulações dos currículos dos cursos de graduação em saúde, no Brasil, e particularmente no Rio Grande do Norte, na perspectiva de estabelecer as diretrizes curriculares nacionais e a construção dos projetos políticos/pedagógicos, que venham não só atender às críticas ao modelo cartesiano e flexneriano de formação em saúde, mas, principalmente, impulsionar mudanças com vistas à conformação de um novo perfil profissional voltado para o atendimento das demandas e princípios do SUS.

Neste sentido, tornou-se pertinente questionar: o enfoque Saúde da Família está sendo inserido no cotidiano pedagógico dos cursos de graduação da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)?

Tendo em vista contribuir com o processo de reflexão e reorientação da formação e do perfil profissional dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia da UFRN, este trabalho teve como objetivo avaliar a inserção do enfoque da Estratégia de Saúde da Família no cotidiano pedagógico desses cursos, a partir da implantação do Projeto Político Pedagógico dos mesmos e dos atores que vivenciam este processo na formação. Especificamente, o estudo busca verificar se ocorreram mudanças no cotidiano, conhecer as estratégias pensadas e efetivadas e não efetivadas, bem como os motivos que facilitaram e ou dificultaram sua implementação.

Espera-se oferecer subsídios, tanto para a academia como para a área de gestão do SUS, voltados para o incentivo à formação de Recursos Humanos em Saúde, na implementação efetiva de reformulações da formação que tenham como eixo norteador a

adequação da realidade social e sanitária e o modelo de atenção à saúde. Para a realização deste trabalho, contou-se com o apoio fundamental das coordenações, docentes e discentes dos cursos, que, como informantes-chaves deste processo, disponibilizaram os documentos e ou participaram das entrevistas.

2 METODOLOGIA

A pesquisa utilizou a Análise de Conteúdo descrita por MINAYO (2004), sendo realizada em duas etapas: **a primeira, constituída da análise documental** das diretrizes curriculares nacionais de cada curso e dos respectivos projetos políticos pedagógicos (PPPs), com a finalidade de verificar se o enfoque saúde da família encontra-se explicitado nos dispositivos legais que orientam os cursos. Esta etapa, constou de:

- a) Pesquisa no site do Ministério da Educação (MEC) das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia;
- b) Contato pessoal e entrega de correspondência às coordenações de cursos, comunicando a realização da pesquisa e solicitando os respectivos projetos políticos pedagógicos, com vistas à análise documental;
- c) Leitura integral dos documentos, o que exigiu uma análise mais geral, considerando as variáveis: contexto histórico da criação dos cursos; situação conjuntural, política e legal que condicionou a mudança; momentos de inflexão na construção do PPP; concepções e princípios que norteiam a mudança, identificando o enfoque na saúde da família; ator(es) do processo de mudança; perfil, objetivo, competências e habilidades descritos no PPP; conteúdo(s) curricular(es) e ementa(s) que contempla(m) os princípios do SUS e o enfoque da saúde da família;

- d) Leituras e análises individualmente e em grupo, como forma de assegurar uma maior fidedignidade e imparcialidade;
- e) Tratamento e análise dos dados (agrupamento e categorização);
- f) Elaboração de texto analítico e descritivo, constituinte do relatório final.

A **segunda etapa, referente à análise de conteúdo** dos discursos dos coordenadores, professores e acadêmicos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, teve por objetivo constatar se o enfoque de saúde da família se efetiva e como isso ocorre no cotidiano pedagógico desses cursos. Convém ressaltar, que o discurso, aqui referido, é compreendido

não como um produto acabado, mas um momento de criação de significados com tudo o que se comporta de contradições, incoerências e imperfeições [e que] leva em conta que, nas entrevistas, a produção é ao mesmo tempo espontânea e constrangida pela situação (MINAYO, 2004, p. 206).

Esta fase da pesquisa foi realizada nos meses de junho, julho e agosto tendo sido afetada, de certa forma, pelo recesso das atividades na universidade. Para a sua realização, foram utilizados os seguintes procedimentos:

- a) Entrevistas individuais com os coordenadores dos cursos de Odontologia, Medicina e Enfermagem. As entrevistas transcorreram em horários convenientes aos entrevistados, com duração entre 20 minutos e 01 hora, tendo sido gravadas e transcritas. Ainda nesses encontros foram indicados os nomes dos professores cujas disciplinas tratam do tema da pesquisa, e os períodos dos alunos que comporiam os grupos focais;
- b) Entrevistas individuais com os professores dos cursos:
 - **Odontologia** - disciplina *Odontologia Preventiva e Social*, do 5º Período, a qual ocorreu com duração em torno de 30 minutos. A entrevista foi gravada e transcrita;

- **Medicina** - disciplina *Saúde Coletiva*, realizada com duração de 20 minutos. A entrevista foi gravada e transcrita;
 - **Enfermagem** - disciplina *Enfermagem em Saúde Coletiva* e disciplina *Enfermagem na Atenção à Reprodução Humana*. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Convém salientar que, embora a disciplina *Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente* tenha sido citada em várias entrevistas, a mesma não foi ouvida, tendo em vista que os docentes da referida disciplina são os responsáveis por esta pesquisa.
- c) Entrevistas de Grupo Focal com os alunos dos cursos de:
- **Odontologia** - com a participação de seis alunos do 5º período do curso.
 - **Medicina** – contando com a participação de 15 alunos, do 3º período do curso. A escolha pelo 3º período deveu-se ao fato de que são alunos do novo currículo.
 - **Enfermagem** – contando com dez alunos do 9º período do curso (concluintes). Vale ressaltar que os alunos foram entrevistados antes do coordenador, tendo em vista que seria o último momento destes enquanto turma de enfermagem.
- d) Leitura flutuante das transcrições das entrevistas, respeitando-se os grupos de entrevistados: coordenadores, professores e acadêmicos dos cursos;
- e) Re-leitura das informações, considerando a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência dos temas identificados nas falas;
- f) Elaboração de pressupostos iniciais que deram fundamentos às categorias estabelecidas posteriormente;
- g) Classificação e agregação das informações a partir das categorias empíricas e teóricas, que favoreceram a interpretação, análise e elaboração do texto final.

Assim, os resultados obtidos neste estudo estão apresentados a partir dos seguintes títulos: *A Saúde da Família nos Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos: a intencionalidade*

está explícita?; Saúde da Família - Intenção e gesto: o discurso dos coordenadores e professores acerca da inserção do enfoque no cotidiano dos cursos; Interpretação do gesto: a visão do aluno sobre a inserção do enfoque Saúde da Família nos cursos; Considerações finais.

3 A SAÚDE DA FAMÍLIA NOS PROJETOS POLÍTICOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS: a intencionalidade está explícita?

Analisa, à luz das diretrizes curriculares e dos PPPs dos Cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem, o que está explícito acerca do enfoque Saúde da Família nos passos constituintes dos documentos referidos. Desse modo, organiza-se em três sub-itens: 3.1) O PPP da Enfermagem – conjunturas, princípios e estratégias; 3.2) A medicina e a construção do PPP – movimento pela mudança; 3.3) O ensino da Odontologia – desafios a enfrentar.

3.1 O PPP da Enfermagem - conjunturas, princípios e estratégias

O projeto político pedagógico do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da UFRN apresenta marcos da sua criação em 18 de agosto de 1973, pela Resolução 58/73-Conselho Universitário (CONSUNI), decorrente da expansão de vagas e cursos, gerada pela Reforma Universitária brasileira instituída pela Lei nº 5.540/68 (UFRN, 2000).

Também o ensino de Enfermagem na UFRN, até a década de 80, permaneceu com uma visão tecnicista, centrada no manuseio de equipamentos e máquinas hospitalares, habilidades e destreza manual na execução das tarefas. Esta explicitação reforça o caráter incipiente e marginal de movimentos reformadores, mesmo restritos ao âmbito interno da formação, como denota a citação abaixo:

A técnica era a expressão do saber científico, a qual conferia ao enfermeiro o status de intelectual da Enfermagem e uma relativa autonomia científica, dentro dos limites da profissão. Os princípios científicos, direcionados principalmente para o atendimento da “eficiência técnica”, asseguravam a instrumentalização e as habilidades manuais na execução eficiente dos procedimentos, bem como possibilitavam o seu controle, tornando-os passíveis de mensuração, supervisão e previsão de resultados (UFRN, 2000, p. 07).

No início da década de 1980, a Enfermagem na UFRN, acompanhando o processo de discussão nacional, começa um debate sobre o modelo de ensino até então vigente,

tendo em vista a “crise profissional” existente na categoria, exigindo urgência em redirecionar a sua prática para o atendimento das necessidades da população, o que foi expresso nos objetivos do Currículo Pleno aprovado em 1982.

A implantação do currículo, entretanto, não conseguia superar a visão flexneriana e reorientar a formação. O enfoque biologicista/cartesiano mantinha a desarticulação e a inaplicabilidade ao ensino profissional e secundarizava as questões sociais e humanas, conduzindo a um processo de dicotomização dos conceitos saúde e doença, indivíduo e sociedade, trabalho e condições de vida.

Nas décadas de 1970 e 1980, quando a “Medicina Preventiva” se constituía num espaço de articulação das lutas sociais e políticas, ainda que de forma marginal, ganha força a interpretação contextual sob a lógica da matriz histórico-estrutural, a qual adquire contornos cada vez mais nítidos, embora não se tenha tornada hegemônica no modelo de formação.

A Enfermagem brasileira, nesse período, incorpora em sua análise a visão crítica de impacto social, numa perspectiva do materialismo histórico-estrutural, fato que estimulava a Enfermagem da UFRN a buscar novos parâmetros e diretrizes para o ensino profissional, o que é percebido desde a apresentação do projeto político/pedagógico do curso. Diz o documento:

Pensar o processo de formação, mesmo em campos específicos como a Saúde/Enfermagem, requer dos atores educacionais compreender a educação, como constituinte e constituída de relações sociais e, enquanto tal, historicamente inserida, tanto no campo da disputa conceitual-ideológica, quanto nas esferas estruturais da sociedade e dos interesses de classe. É concebê-la em sua magnitude multidimensional, sem desconhecer as repercussões advindas das mudanças econômico-estruturais e tecnológicas do processo produtivo (UFRN, 2000, p. 04).

Convém salientar que nesse processo de mudança agregam-se diferentes atores representados pela Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Rio Grande do Norte - (ABEn/RN), Secretarias de Saúde do Estado e do Município de Natal, enfermeiros de serviços de saúde, docentes, funcionários e estudantes, resultando na produção de pesquisas, levantamentos, relatórios, documentos e publicações em periódicos, cujas idéias se expressam no documento “Subsídios para elaboração de uma Proposta de Currículo Pleno para o Curso de Enfermagem da UFRN”, no ano de 1991.

A segunda metade da década de 1990 é marcada por uma tendência à operacionalização das propostas reformadoras, buscando suprir as necessidades de planejamento e formalização, o que resultou em diversos eventos de trabalho que culminaram na elaboração da proposta final, no que dizia respeito às disciplinas (ementas, conteúdos, cargas horárias, pré-requisitos) e estratégias para viabilização do curso (UFRN, 2000).

Percebe-se no documento o crescente interesse, por parte dos docentes do curso, pelas oportunidades de capacitação e pós-graduação, realizadas, seja, em áreas específicas do trabalho da Enfermagem, seja em áreas afins, com vistas à qualificação para a implementação do novo currículo. Simultaneamente, observa-se, nos discentes, um posicionamento mais crítico e participativo na vida acadêmica e da categoria.

Os aspectos, até aqui evidenciados, intentam demonstrar um pouco a dinâmica experimentada pelo Curso de Enfermagem, no período em que construía a nova proposta curricular. Os docentes do Curso, ao mesmo tempo em que mantinham articulações e trabalhos conjuntos com a ABEn-Nacional e ABEn-RN, assumindo a Diretoria local, a coordenação do Fórum Estadual de Escolas de Enfermagem, ou a realização de eventos científico-culturais, promovidos pela entidade, mantinham também um trabalho junto à

Sub-coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde do Município e ao Centro de Formação Profissional do Estado (CEFOPE), no processo de qualificação permanente dos trabalhadores da saúde. Ainda, uniam-se ao movimento docente e dos servidores da saúde, em defesa da Universidade e da Saúde, respectivamente, nas greves por melhores condições de trabalho, ou participando, com destaque, nos espaços consultivos, deliberativos e executivos existentes no âmbito acadêmico.

Todo o processo de discussão realizado em nível nacional, regional e local resultou em produtos diversos (publicações, documentos oficiais, eventos, inovações metodológicas e trabalhos sistemáticos), desenvolvidos através do processo contínuo e participativo, até chegar à formalização de uma proposta, que compreende as bases filosóficas/conceituais, as referências e a estrutura do documento, que vinham sendo trabalhadas durante todo o percurso.

O resultado, aqui apresentado, constitui

um processo dialético, onde conviveram idéias, conflitos, sentimentos, saberes, visões e concepções de homem e de mundo, vontades e decisões, num constante ir e vir, que documento algum conseguirá registrar nem em sua extensão, nem na riqueza das reflexões produzidas ou nas possibilidades de crescimento que proporcionou a todos que dele participaram (UFRN, 1996, p. 14).

A proposta curricular oficialmente apresentada à apreciação dos colegiados e instâncias decisórias da UFRN, a partir de 07 de novembro de 1996, e atualizada sob a forma de projeto político pedagógico, em 2000, revela as características de um processo de construção coletiva, que se preocupou em estruturar não só o “como formar”, mas, “que enfermeiro formar”, “para quê ou para quem formar este enfermeiro”. Essa discussão, embora insira valores, idéias e ideais, por vezes contraditórios, dos atores que o ajudaram a construir, conforma principalmente um marco norteador sob o qual as pessoas direcionarão

a sua prática e cuja elaboração antecedeu às Diretrizes Curriculares para os cursos da área da saúde, dentre estes, o Curso de Enfermagem.

3.1.1 *O Enfoque Saúde da Família no Curso de Enfermagem*

Percebe-se que o PPP do curso de Enfermagem discute vários contextos históricos de mudanças econômicas, estruturais e tecnológicas do processo produtivo, que convergiram na sua construção.

Uma das importantes concepções de mudança no PPP da Enfermagem é a sua compreensão como prática social. De acordo com o documento, o curso conquistou um salto de qualidade nas suas abordagens multidimensionais teóricas e práticas, a partir da sua compreensão como prática social, por ela se encontrar articulada com o conjunto das demais práticas que compõem a estrutura das sociedades. Afirma que

numa abrangência cada vez maior, de visão e de conceitos, ela se vê diante do ser humano social e culturalmente determinado, impossível de ser entendido isoladamente. As práticas que visam a atender às necessidades do ser humano já não podem mais se restringir a cuidar do indivíduo, mas precisam ser ampliadas para cuidar da família e grupos da comunidade, passando pelas ações educativas, administrativas, até a participação no planejamento em saúde (UFRN, 2000, p. 10).

Neste sentido, o eixo nuclear do saber do enfermeiro é inerente ao *exercício de cuidar de pessoas como indivíduos ou grupos - sadios, doentes e expostos a riscos de adoecer e morrer* (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1994, p. 01). Observa-se, nestes trechos, a presença do enfoque familiar na perspectiva de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, não restringindo, aí, a atenção coletiva e individual.

Os princípios que fundamentam o currículo do Curso de Enfermagem são as concepções do **HOMEM** na sua totalidade e historicidade; **PROCESSO**

SAÚDE//DOENÇA, decorrente do modo de produzir e viver; SOCIEDADE formada por classes sociais desiguais e até antagônicas; ENFERMAGEM, como prática social; ENFERMEIRO, como profissional com competência técnica, científica, pedagógica e ética para intervir, assistir, administrar, ensinar e pesquisar. Estes princípios explicitam, na sua essência, o cuidado com a família, que ora se encontra visível, ora se encontra implícita no processo de trabalho em saúde coletiva e de grupos sociais.

A sua opção pedagógica fundamenta-se na compreensão do EDUCADOR, como um profissional com competência técnica, científica, pedagógica e ética; do EDUCANDO, um sujeito participante e ativo do processo ensino/aprendizagem, construtor do seu conhecimento a partir da reflexão crítica e da ação criativa; e da formação permeada pelos princípios da INTERDISCIPLINARIDADE, INTEGRALIDADE, TERMINALIDADE. Isto pressupõe uma clara definição da linha pedagógica pela problematização, como estratégia educacional que visa à construção do aprendizado pelo aluno. Define, ainda, a interdisciplinaridade como possibilidade de integrar os distintos conteúdos; integralidade, como aproximações sucessivas do aluno a diferentes conteúdos; e terminalidade, como garantia ao egresso da sua capacidade de exercer a profissão, embora estimulando-o à continuidade dos seus estudos, em nível de pós-graduação.

Outra concepção é a formação do enfermeiro generalista, correspondendo ao resultado dessas discussões que privilegiam o paradigma de Promoção à Saúde. Esse profissional, segundo o PPP do curso de enfermagem, é capaz de desenvolver atividades de planejamento, coordenação e execução de programação local, e de articular os demais processos de trabalho desenvolvidos pelos outros profissionais, tanto nos serviços básicos de saúde, como nos serviços hospitalares.

Para tanto, o SUS foi eleito como um modelo a ser perseguido, onde o enfermeiro, egresso da UFRN, consegue se visualizar, para que a organização e distribuição dos serviços de saúde se dêem dentro dos critérios da inclusão, da universalização do acesso e da resolução, no atendimento às necessidades de saúde apresentadas pela população.

No modelo de SUS, o PPP privilegia a prática da Vigilância à Saúde, onde o método epidemiológico articula e operacionaliza um conjunto de processos de trabalho relativos a situações de saúde, a preservar riscos, danos e seqüelas, incidentes sobre indivíduos, famílias, ambientes coletivos (creches, escolas, fábricas), grupos sociais e meio ambiente. Reforça ainda mais a atuação do enfermeiro voltado à coletividade e, nela, à família. Neste sentido, o paradigma de Promoção à Saúde, conclamado na Carta de Ottawa BRASIL (1996), adotado pelo SUS, torna-se eixo norteador do PPP da Enfermagem, o qual incrementa, na sua concepção, uma abordagem ampla e contextualizada da vida e saúde individual e coletiva do homem.

Em relação ao perfil, o enfermeiro é considerado como preparado para uma demanda humana com todas as suas dimensões (subjetiva e objetiva) em sua singularidade, particularidade e totalidade. E declara que

o enfermeiro formado na UFRN é o portador de diploma legal de enfermeiro, que, através de uma formação geral no campo das ciências humanas, sociais e biológicas e no campo de conhecimentos próprios da enfermagem, desenvolve competências técnicas, políticas, educativas, éticas, que lhe possibilitam atuar profissionalmente, com base nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e solidariedade no processo coletivo de trabalho em saúde (UFRN, 2000, p. 20).

Os objetivos do curso não explicitam o enfermeiro como um cuidador da saúde familiar, porém trazem, no seu interior, os princípios que defendem a promoção à saúde, gerência e educação permanente, bem como a investigação científica. Assim, torna-se adequado para atuar no contexto da saúde familiar. O último item traz os conceitos que

incitam o processo de educação. É um desafio para docentes e discentes no que se refere à participação da enfermagem no processo de educação permanente.

No que diz respeito às competências e habilidades, o PPP declara que a formação em Enfermagem se encontra orientada por 04 (quatro) grandes competências: assistir/cuidar/intervir, gerenciar/administrar, investigar/pesquisar e educar/ensinar. Estas apontam para uma opção técnica, política, ética e pedagógica do profissional a ser formado na UFRN. Tal opção traz subjacente: a) a possibilidade da realização do trabalho coletivo em saúde e da intersectorialidade; b) a inversão do paradigma da doença pelo da saúde; c) a ampliação do conceito de saúde; d) a qualidade da atenção como resultante do processo de reorganização do serviço e educação permanente dos seus trabalhadores, dentre outras. As concepções explicitadas no PPP, as referências descritas e as metodologias adotadas remetem a uma proposta de mudança na formação, visando a atender aos princípios do SUS e ao modelo de atenção em saúde, em implantação na época de sua aprovação.

3.1.2 Suficiência dos conteúdo(s) curricular(es) e ementa(s) que contempla(m) os princípios do SUS e o enfoque Saúde da Família no Curso de Enfermagem

De maneira geral, os conteúdos do currículo de enfermagem não explicitam a abordagem da saúde da família e os princípios do SUS, o que acontece, também, em algumas das ementas disciplinares.

Observa-se na estrutura curricular do PPP que a forma como as disciplinas se acham distribuídas dificulta a interdisciplinaridade e a articulação teórico-prática, mantendo, por conseguinte, a dicotomia entre os conhecimentos adquiridos em sala de aula e a realidade dos serviços de saúde e do trabalho do enfermeiro. Todavia, reconhece-se que a análise é muito mais complexa, exigindo a discussão em torno destas constatações, o que

torna necessário a realização de estudos constantes dos currículos, de forma a se alcançar estratégias de aproximação e viabilização do processo de formação/trabalho.

Há um primeiro módulo que constitui as *Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem*; no qual as 16 disciplinas que o compõem são, na sua maioria, das ciências biológicas, sendo apenas três - Antropologia I, Sociologia da Saúde, Psicologia em Enfermagem - as que indiretamente indicam o tema família, considerando-se insuficientes para a formação do enfermeiro mais sensível às questões sociais e humanas. O segundo módulo, denominado *Fundamentos da Enfermagem*, apresenta um direcionamento para a prática generalista, numa abordagem crítica e social, sem explicitar se o conteúdo saúde da família também se destina àquelas disciplinas cujo enfoque se direciona a saúde coletiva. Em outro módulo, *Assistência de Enfermagem*, mais especificamente, na disciplina Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, contempla-se o desenvolvimento de habilidades e competências para o cuidar, estruturado a partir da concepção do ciclo vital humano. Lê-se na ementa da referida disciplina:

Estudo do indivíduo do nascimento até a adolescência. Determinantes do processo saúde-doença e problemática da criança e do adolescente no país. Políticas de atenção à saúde desta clientela. Desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde individual e coletiva da criança, adolescente e família, através de práticas de investigação científica, assistenciais, educativas e administrativas na comunidade, em serviços básicos de saúde, em ambulatórios e hospitais (UFRN, 2000, p. 39).

O módulo seguinte, referente à *Gerência em Enfermagem*, também não explicita a saúde da família, mas é voltado à gerência do cuidado e dos serviços de saúde de modo a preparar o enfermeiro como coordenador do processo de trabalho da Enfermagem nos espaços coletivos de atenção e educação para a saúde. Constituído basicamente de estágios em Enfermagem, visa oportunizar ao aluno a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos durante o curso. Esta característica, contudo, encerra uma compreensão do estágio como

um momento de aplicação que pode estar “descolado” da apreensão, traduzindo, em última instância, a dicotomização da teoria com a prática, permanecendo os entendimentos do “momento de aprender” e do “momento de aplicar”, como se fossem distintos. Isto vai de encontro ao projeto de formação no trabalho, há algum tempo desejado pela política que norteia o SUS.

3.1.3 *Estratégias e dificuldades para a implementação*

Dentre as estratégias pensadas para a consolidação do PPP de Enfermagem, encontram-se a reestruturação política, administrativa e acadêmica do Departamento de Enfermagem, a reorientação das atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão, a qualificação e capacitação dos docentes e enfermeiros de serviços de saúde e o desenvolvimento de experiências multidisciplinares, interinstitucionais e comunitárias. Destas, destacamos a *reorientação das atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão*, as quais objetivavam contemplar oportunidades e experiências de aprendizagem, que instrumentalizassem o aluno dentro das atividades, tais como: a) práticas e estágios curriculares e extracurriculares, integrados e interdisciplinares, que introduzam o aluno na realidade social-sanitária e despertem nele a visão crítica e o compromisso político profissional na resolução dos problemas encontrados; b) inserção em projetos como forma de desenvolver as habilidades técnicas, investigativas, pedagógicas e políticas; c) iniciação no trabalho de docência através do programa de monitoria; d) iniciação e desenvolvimento de pesquisa científica durante a permanência do aluno no Curso; e) produção de trabalho de final de Curso; f) participação em eventos científicos/culturais e políticos de âmbito local, nacional e internacional; g) participação nas bases de pesquisa e de extensão, como espaços de aprofundamento e aplicação dos conhecimentos adquiridos; f) participação na vida de entidade cultural e científica da Enfermagem, como ABEn, fóruns específicos da classe

estudantil – Centro Acadêmico (CA) e Diretório Central dos estudantes (DCE), bem como nos espaços de representação institucional – Colegiados e Conselhos Universitários.

Salienta-se ainda a importância do *desenvolvimento de experiências multidisciplinares, interinstitucionais e comunitárias* como estratégias para se estabelecer uma nova relação entre escola, serviço e comunidade, o que gerou a ampliação das referências institucionais, na criação de espaços mais democráticos e participativos e na experimentação de novos cenários de trabalho multidisciplinar. Neste sentido, o PSF, afirma Timoteo (2000, p. 239), analisando as estratégias do PPP do Curso de Enfermagem, é visto como

a possibilidade de viabilização do modelo de intervenção em saúde coletiva, efetivado através da assistência prestada em níveis de complexidade, donde a menor referência é a família ... No projeto pedagógico da Enfermagem, o PSF poderia representar a oportunidade de alunos e professores colocarem em prática o processo de cuidar em saúde coletiva, nas dimensões do assistir/cuidar/intervir, constituindo mais um espaço de intervenção interdisciplinar e multiprofissional.

Entretanto, inúmeras são as dificuldades apontadas já naquela época, dentre as quais ressaltam-se a estrutura acadêmica administrativa da Universidade, que privilegia a disciplinarização e a departamentalização do ensino e dos conteúdos, dificulta a adoção dos princípios da interdisciplinaridade, bem como as resistências dos docentes ao processo de mudança da formação em saúde.

3.2 A Medicina e a construção do PPP – movimento pela mudança

O projeto político pedagógico (PPP) do Curso de Medicina inicia fazendo uma breve digressão histórica, relatando os aspectos ligados à sua criação, em 05 de fevereiro de 1955; a aula inaugural, em 14 de março do mesmo ano; o reconhecimento, em 30 de dezembro de 1957, pelo Decreto Federal nº 42.923; e vinculação à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, a partir do ato de federalização desta instituição no ano de 1960.

Apresenta ainda um percurso de funcionamento ocorrido em 19 anos como Faculdade de Medicina, depois transformado em Curso Médico vinculado ao Centro de Ciências da Saúde, por força da Reforma Universitária.

As propostas de mudanças do curso médico na década de 60, na UFRN, se deu no âmbito de movimentos nacionais, como a Medicina integral, o preventismo e a Medicina comunitária.

Para Schraiber (1989), a proposta da Medicina integral buscava o estado global de saúde, compreendendo o indivíduo como um todo, que se articula com o meio ambiente, contrapondo-se à proposta cientificista,¹ cujos substratos seriam o mecanicismo, o biologicismo, a parcialização do conhecimento e a prática curativista, individualista e especializada. Implicava uma concepção de saúde/doença como articulação de estados vitais que se dão nas diversas relações com o meio ambiente, aí incluindo o meio social.

Segundo Mercer (1985), o social se apresentava como um corpo de variáveis exteriores ao indivíduo, numa perspectiva funcionalista congruente com a posição filosófica do positivismo, demarcando o surgimento das Ciências Sociais no início do século. Esta apreensão permitiu uma apropriação da causalidade social do processo saúde/doença como “desvio”, orientando a prática em saúde para seu controle, ainda que rapidamente, expandida aos cursos da saúde. Pode-se dizer que seu êxito foi muito escasso, na medida em que a nova disciplina, via de regra, ocupou um espaço marginal frente às demais (NUNES, 1983, NUNES, 1985).

Contudo, na UFRN desde a sua criação até o ano de 2001, ou seja, no percurso de 46 anos, o curso médico passou por diversas etapas de adaptação curricular, o qual

¹ A proposta cientificista teve sua origem na criação da Universidade de John Hopkins em 1883 e se consolida com a publicação em 1910, pela Fundação Carnegie, do Relatório Flexner, tomando a medicina flexneriana sinônimo de medicina científica.

configura, a partir de 1973, *um modelo pedagógico de natureza conteudística e rígida* (UFRN, 2001) que vigorou até a implantação do presente projeto.

O PPP se apresenta como fruto das discussões de grupos de trabalho da UFRN, tendo como referência alguns atores institucionais, tais como: a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), o qual desencadeou processo de mudança no ensino médico, cuja participação da UFRN ocorreu desde o início do processo; o Núcleo de Educação Médica (NEME), que na UFRN foi oficializado em 2000 e formado por 11 docentes pertencentes aos diversos departamentos de medicina e dois discentes. Surgiu da necessidade de se ter uma instância de assessoramento ao colegiado de curso, visando à melhoria do ensino médico e, conseqüentemente, a elaboração de um projeto político pedagógico; e o Projeto UNINATAL, o qual, de forma marcante, promoveu uma série de estudos sobre a formação de recursos humanos nas áreas de medicina, enfermagem e odontologia. Conforme está explicitado no PPP, o Projeto UNI *funcionou como catalisador no processo de reforma do ensino médico proporcionando objetivos mais claros e amplos e uma nítida sensação de que é possível reestruturar o nosso curso* (UFRN, 2001).

O que justificou a necessidade de mudança foram os resultados evidenciados nas avaliações e discussões ocorridas entre os anos de 1997 e 2001, os quais apontaram a urgência na reformulação curricular do curso, com vistas a superar os problemas ligados a: a inadequação do currículo às demandas do novo modelo de atenção à saúde; a formação predominantemente tecnicista, especializada, hospitalocêntrica e descontextualizada da realidade sanitária do país e da região; o ensino predominantemente teórico, centrado no professor e na memorização do conteúdo; a dissociação teoria e prática e a inflexibilidade, não só operacional, entre teoria e método (UFRN, 2001).

Somados a esses fatores, havia uma grande mobilização nacional pró-reforma do ensino médico, impulsionada no interior das escolas médicas, objetivando a definição do perfil desejado do médico brasileiro; a identificação das necessidades das escolas médicas para a formação desse médico; a definição do processo de formação a ser adotado; o perfil docente para a consolidação da proposta pedagógica; e o sistema de avaliação para acompanhar as mudanças implantadas. Simultâneos a esse processo, outros desafios se apresentavam decorrentes da aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina, aprovadas em 2001.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), em oposição ao modelo de currículo mínimo obrigatório para as carreiras, os movimentos de mudança na graduação buscavam a noção de *diretrizes* como possibilidade de perspectiva transformadora da formação. A mobilização para a definição das diretrizes curriculares nacionais, aprovadas em 2001 e 2002, ressalta a relevância social das instituições formadoras na sua capacidade de dar resposta às necessidades e direitos da população. A estratégia era viabilizar melhor formação inicial para a absorção dos profissionais no sistema de saúde.

Convém salientar que tais diretrizes são vistas no documento não como fruto da elaboração coletiva dos cursos médicos, a exemplo do que aconteceu no curso de enfermagem, mas como documento proposto pelo Ministério da Educação, no âmbito da política governamental para a educação do país, conforme relata o PPP (UFRN, 2001). Dentro deste movimento de mudança, vários eventos foram realizados em âmbito nacional, regional ou local, contando com o apoio e participação dos atores anteriormente mencionados.

3.2.1 O Enfoque Saúde da Família no Curso de Medicina

O PPP descreve os princípios que norteiam o eixo filosófico que orienta o curso, pautado essencialmente *no entendimento da condição humana e sua identidade terrena*, bem como visa a *capacitar o aluno, não apenas tecnicamente, mas dar-lhe consciência de tudo que, ao longo da história, a humanidade realizou na área da saúde* (UFRN, 2001, p. 08).

Explicita que se torna impositiva a mudança na formação do médico em bases éticas e humanísticas, a partir de uma *abordagem predominantemente humanista, muito embora outras visões teóricas possam ter seu espaço, vez que a medicina, em sua visão múltipla, foge do partidarismo doutrinário único e favorece o pluralismo de posições* (UFRN, 2001, p. 07).

Pode-se apreender das definições, anteriormente citadas, que estas carecem de uma adequada interpretação dos conceitos de condição humana, humanidade, humanitarismo e humanismo, dificultando o entendimento e análise das concepções que norteiam o currículo. Percebe-se também que estes conceitos são entendidos como “visões teóricas”, parecendo que se aplicam apenas ao pensamento, distante do fazer cotidiano do médico.

Os princípios pautam-se ainda em aspectos metodológicos do ensino que buscam a integração, a interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, bem como a mudança de cenário de ensino, de modo a oportunizar ao aluno a compreensão contextualizada, global, multidimensional e complexa dos problemas de saúde e garantir uma ampla visão da medicina. O PPP prevê que a sua implementação deverá ocorrer *num processo dinâmico, contínuo e articulado às constantes e rápidas modificações que ocorrem no mundo, quebrando a rigidez da proposta anterior* (UFRN, 2001, p. 08).

Uma outra concepção, que sugere a mudança na formação do médico, diz respeito à *formação integrada com a sociedade, percebendo a sua totalidade e, através da aplicação dos conhecimentos assimilados, permitirá aos outros e a si próprio um pleno exercício da cidadania, além de compreender as razões ideológicas e históricas que levaram a multiplicação do saber* (UFRN, 2001, p. 08).

Observa-se, contudo, que, embora o texto trate de questões conceituais incorporadoras do discurso de mudança, a ênfase do PPP do curso médico centra-se na “forma” muito mais do que no “conteúdo” dessa mudança, propondo uma modificação metodológica da formação, pautada em pedagogias ativas e criativas, mais do que nos princípios filosóficos que exigem uma decisão política frente à mudança de paradigma da atenção em saúde e de formação voltada para a transformação. Esta análise decorre também da ausência dos conceitos fundamentais (conceitos de homem, sociedade, saúde/doença, medicina) que definem a opção política e filosófica do projeto de formação, não estando claro ao leitor a intencionalidade e a direcionalidade do Projeto Político Pedagógico deste curso.

Os trabalhos de Campos e Aguiar (2002), Bevilacqua e Sampaio (2002) e Cordeiro (2002) sobre a formação médica destacam o distanciamento entre as políticas de formação e a política de saúde como fator que dificulta a definição do perfil profissional ao término da graduação. Esta acaba limitando a produção de inovações no âmbito das instituições de ensino e sua tradução em reformas curriculares mais efetivas.

Daí por que se denomina político e pedagógico, afirma Ferreira (2000). Porque pressupõe uma decisão política e ideológica da finalidade da formação: a quem ou a que se destina o profissional formado por este curso? E, por que formar? As questões relativas a

como e onde formar dependerão, sobremaneira, da opção ética e política, assumida ao responder às primeiras perguntas (VEIGA; RESENDE, 2001, FERREIRA, 2000).

O perfil profissional prevê a formação geral, humanista, crítica e reflexiva do médico, capacitando-o a realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; ter visão epidemiológica e de saúde pública; ter postura ética, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania; ter formação técnica básica de assistência ao enfermo e conhecimentos gerais nas áreas do conhecimento médico e em urgência/emergência; ter visão crítica da profissão e da sociedade, bem como visão humanística e cultura geral de modo a atuar na sociedade como promotor da saúde integral do ser humano.

O objetivo geral do curso prevê uma formação geral do médico, com conhecimentos e habilidade, atitudes e valores necessários para promover a saúde, prevenir e tratar a doença e recuperar a incapacidade, compreendendo o indivíduo e a comunidade, intervindo sobre as necessidades de saúde, visando a redução de danos e ampliação da autonomia social. Da mesma forma, admite também a aplicação dos conhecimentos das ciências da saúde, com ênfase no modelo clínico e o uso apropriado de tecnologia, de modo que o profissional exerça suas atividades com todo o rigor da ética médica, sentimento de respeito e disponibilidade para com a sua profissão.

Isto posto, não fica claro a quem se destina a ação proposta no objetivo nem está descrita a atuação do médico na equipe de saúde da família. Observa-se que o direcionamento do compromisso profissional está voltado para a manutenção dos interesses da própria profissão, em detrimento da ação destinada ao usuário/cliente dos seus serviços.

O PPP prevê o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes que atendam às exigências e necessidades da sociedade, organizadas em quatro grupos:

competências e habilidades ético-humanísticas; políticas; técnicas e de auto-desenvolvimento. Estas encerram um conjunto de domínios, conhecimentos e princípios gerais e específicos ao exercício profissional, que contemplam, dentre outras coisas, as formas diferenciadas e níveis hierarquizados de atendimento à saúde; a atuação multidisciplinar; a função política e social do médico; e a informação/educação a pacientes, familiares e comunidade, bem como assegura habilidades técnicas tradicionais ao exercício do médico. Desse modo, observa-se que a família tem seu espaço assegurado nas competências e habilidades a ser desenvolvida pelo médico. Contudo, este enfoque é limitado ao campo da informação/educação.

A esse respeito, alerta-se para a ameaça que algumas práticas educativas passam a assumir quando mantêm uma relação verticalizada de informações que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde e pressupõe que a partir da informação recebida os usuários poderão assumir novos hábitos e condutas.

Esta conduta, todavia, não é exclusiva do ensino médico; pode-se perceber que os demais cursos também convivem com essa situação, desenvolvendo uma prática, por vezes, impositiva, autoritária e descontextualizada dos aspectos psicossociais e culturais do comportamento humano em saúde.

3.2.2 Suficiência dos conteúdo(s) curricular(es) e ementa(s) que contempla(m) os princípios do SUS e o enfoque Saúde da Família no Curso de Medicina

Com relação aos conteúdos, observa-se que estes não correspondem à proposta de mudança prevista no PPP do curso. Embora, no seu formato, estes tenham avançado significativamente em relação à “grade curricular” anteriormente executada pelo curso, ainda se percebe a ênfase de conteúdos biologicistas, em detrimento dos conteúdos éticos

político e humanísticos, bem como da abordagem de saúde coletiva, das políticas públicas de saúde, e, especificamente, do enfoque da saúde da família.

Constata-se que grande parte dos conteúdos, que acenam para a perspectiva de mudança do ensino médico, encontra-se localizada nos conteúdos complementares, perfazendo um rol de 78 disciplinas opcionais de natureza histórica, política, filosófica, antropológica, social, humana, mas também, tecnológica, administrativa, médica, técnica, lingüística, econômica, entre outras. Essa condição implica o risco da realização de um curso eminentemente tradicional, tendo em vista que o aluno poderá ou não cursar essas disciplinas, de acordo com sua escolha. Convém salientar que de todo o elenco de disciplinas obrigatórias e complementares, apenas uma se destaca pelo título “Família brasileira”, que explicita a abordagem da questão familiar no Brasil, embora se considere que, em algumas disciplinas, possam ser encontrados conteúdos que apontem a perspectiva da atenção coletiva e familiar, a exemplo de saúde e cidadania e medicina preventiva .

No que diz respeito às ementas disciplinares (ou dos módulos), estas não foram contempladas no PPP, inviabilizando a análise e a constatação da inserção ou não do conteúdo SUS e Estratégia Saúde da Família nas mesmas.

3.3 O ensino da Odontologia – desafios a enfrentar

A introdução do projeto político pedagógico do curso de Odontologia da UFRN traz um sucinto histórico da criação da Faculdade de Odontologia pelo Decreto Estadual nº 682, de 03/02/1947. Estruturalmente foi criada junto à Faculdade de Farmácia. As duas dividiram o mesmo espaço físico, apesar da autonomia dos seus corpos docentes e discentes.

O reconhecimento dos cursos pelo governo federal ocorreu mediante o Decreto nº 31209 de 29/07/1952. A partir daí os cursos foram incorporados à UFRN pela Lei Estadual nº 3849, de 18 de dezembro de 1960.

Nesse período, os cursos se desmembrariam em duas unidades independentes – a Faculdade de Odontologia e a Faculdade de Farmácia. Apesar de o Projeto não explicitar os contextos históricos e conjunturais para a sua criação, as datas sugerem momentos históricos, sociais e econômicos da crise mundial pós-segunda guerra. A mais importante data assinala a incorporação do curso de Odontologia à UFRN, fato que ocorreu já no período do Regime Militar, época essa em que o cientificismo da Medicina encontrava-se em plena evolução. Acredita-se que o curso de Odontologia provavelmente também recebeu influências do paradigma cartesiano do modelo médico individual e curativo, assim como as demais profissões em saúde.

3.3.1 O Enfoque Saúde da Família no Curso de Odontologia

O presente projeto não descreve a situação conjuntural, política e legal que condicionou a sua mudança, os fatores condicionantes e nem os momentos que poderiam ter marcado o rumo do movimento impulsionador dessa mudança.

No PPP do curso de Odontologia encontra-se a adoção de uma concepção de formação que atende ao mercado, respaldado nos dados epidemiológicos, que justificam o novo PPP. Além disso, esses apontam para uma redução marcante na cárie dentária da população infantil. Mas também revelam que ainda existe um enfoque de doença muito presente em população adolescente e adulta e grandes parcelas da população adulta e idosa com necessidades reabilitadoras. Conforme o texto,

a exigência do mercado atual é de um profissional voltado para as reais necessidades da população, como recomenda o Relatório final da II

Conferência Nacional de Saúde Bucal e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Odontologia (UFRN, 2002, p.4).

O perfil profissional que o PPP defende é o

profissional dotado de conhecimentos científicos e técnicos, adequados à realidade objetiva do meio social, econômico e cultural do país. O produto final deverá ser um cirurgião-dentista generalista, conscientizado de suas responsabilidades como o agente de saúde, além de atuar dentro dos princípios de ética profissional (UFRN, 2002, p.4).

A formação de um cirurgião-dentista generalista encerra, em linhas gerais, a necessidade de mudança, embora não esteja caracterizado no PPP que tipo de mudança na formação, uma vez que o objetivo geral do curso visa a *Formar profissionais compatíveis com as exigências do mercado de trabalho, com competência para lidar com os problemas relativos ao processo saúde-doença bucal (UFRN, 2002, p.4).*

Quanto às competências o documento do PPP descreve que o odontólogo visa a:

1. Trabalhar sob a égide do paradigma da Promoção da Saúde;
2. Atuar em grandes centros urbanos e/ ou pequenas localidades rurais e/ou urbanas, de forma assalariada ou autônoma;
3. Estabelecer uma atuação profissional que considere os aspectos humanísticos e éticos, e não apenas o preparo técnico/científico;
4. Planejar e administrar serviços de saúde pública e privada;
5. Ter capacidade de liderança e de participação ativa na sua comunidade;
6. Ser capaz de racionalizar o trabalho;
7. Ter capacidade de delegar funções para auxiliares ou outros membros da equipe de saúde;
8. Utilizar racional e adequadamente os recursos tecnológicos disponíveis, particularmente no campo da informática;
9. Ter capacidade para trabalhar com pesquisa e desenvolver estratégias de educação continuada.

Nas competências são encontrados alguns princípios relacionados aos eixos que orientam o SUS, tais como, o paradigma de promoção à saúde, a preocupação com as populações rurais e comunidades, a perspectiva da formação pautada em aspectos

humanísticos e éticos na superação da formação exclusivamente técnica cientificista. Este propósito poderá não ter a ressonância esperada pelo PPP, tendo em vista que, dentre os conteúdos e ementas disciplinares analisadas, apenas uma se destaca em atendimento a esses requisitos, podendo por em risco a proposta pedagógica do curso.

3.3.2 *Suficiência dos conteúdo(s) curricular(es) e ementa(s) que contempla(m) os princípios do SUS e o enfoque Saúde da Família no Curso de Odontologia*

A ênfase dos conteúdos, prioritariamente recai em disciplinas que estudam as patologias buço/maxilares, as técnicas de intervenção profissional, distanciando-se muito dos trabalhos preventivos a grupos comunitários e familiares. Apesar de o PPP do curso de Odontologia ser datado do ano 2002, este pouco reflete o contexto social da saúde da época.

Um aspecto de mudança que pode ser observado neste PPP é na disciplina Odontologia Preventiva e Social. Dotada de seis créditos, sendo 54 horas teóricas e 36 horas práticas, sua ementa anuncia:

Noções gerais acerca da Cariologia. Fiofilmes dentários: formação , composição, estrutura e controle. Fluoretos: mecanismos de ação, formas de utilização, toxicidade e aplicação como um método preventivo de alcance coletivo. O processo saúde doença. Organização do trabalho em saúde. Epidemiologia: conceitos básicos, aplicações em saúde bucal coletiva e construções de levantamentos epidemiológicos. Planejamento das ações de saúde bucal no âmbito coletivo. Educação em saúde bucal. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil; O Sistema Único de Saúde , as normas operacionais, o processo de municipalização e os novos paradigmas sanitários (UFRN, 2002).

Percebe-se nessa ementa que os conteúdos abordados são de grande relevância para a compreensão do aluno quanto à realidade de saúde bucal da população, bem como das políticas públicas voltadas a esse atendimento. Todavia, a carga horária não corresponde à sua magnitude teórico-prática, bem como as atividades práticas de promoção à saúde parecem ser insuficientes para atender à demanda que a odontologia social deve

enfrentar. Além disso, trata-se da única disciplina do curso que aborda a temática do SUS e se propõe a realizar uma discussão mais ampliada sobre saúde.

Observa-se que as demais disciplinas ainda permanecem orientadas pela visão tecnicista, pautada no modelo clínico/reabilitador, exigente de ações intervencionistas do profissional odontólogo.

4 SAÚDE DA FAMÍLIA - INTENÇÃO E GESTO: o discurso dos coordenadores e professores acerca da inserção do enfoque no cotidiano dos cursos

Apresenta a análise de conteúdo dos discursos dos coordenadores e professores dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem, com vistas a verificar se ocorreu a inserção do enfoque saúde da família no cotidiano dos cursos e que estratégias previstas no PPP estão sendo efetivadas.

Para efeito de descrição e análise dos depoimentos obtidos de professores e coordenadores dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem, serão apresentados, adiante, alguns fragmentos de discursos que serviram de fundamento para a interpretação analítica dos autores, tomando por referência as categorias previamente estabelecidas e aquelas que se apresentaram na etapa de tratamento das informações.

Desse modo, foram consideradas algumas categorias que nominaram os subitens, assim descritos: 4.1) Enfoque Saúde da Família; 4.2) Suficiência dos conteúdos; 4.3) Aspectos ressaltados e efetivados; 4.4) Estratégias e dificuldades de implementação.

4.1 Enfoque Saúde da Família nos cursos

Em linhas gerais, os cursos contemplam alguns enfoques sobre a saúde da família, cuja abordagem se apresenta de forma fragmentada e limitada a uma ou poucas disciplinas, caracterizando a disciplinaridade do tema, quando este deveria ser trabalhado de maneira transversal e integral. Dentre as falas dos coordenadores e docentes, podemos observar algumas peculiaridades que dão caráter diverso às fases em que se encontra o enfoque saúde da família em cada curso.

Assim, no curso de Medicina, afirma o coordenador:

Tradicionalmente a gente sempre trabalhou com essa questão ... Agora o que a gente está querendo ver é se consegue ampliar isso, exatamente para que não fique restrita à saúde coletiva. Porque a gente sabe que tradicionalmente, sempre, tudo que fala de saúde pública, pegando a saúde coletiva, a

Tocoginecologia e a pediatria, ... quer dizer, todas as outras áreas elas terminam ficando só na parte restrita à questão da clínica, da cirurgia, e não vê esse aspecto de uma maneira geral, e a gente está querendo que isso ocorra, através do modelo político pedagógico.

Para a coordenação do curso de Medicina, o enfoque Saúde da Família vem sendo tradicionalmente trabalhado pelo Departamento de Saúde Coletiva (DSC), responsável pelas disciplinas e estágio na área. Revela também que outras disciplinas abordam o tema, mas este fica limitado a questões clínicas e cirúrgicas. Destaca a necessidade de ampliação deste aspecto, o que está previsto no PPP do Curso. Tal entendimento é corroborado pelo docente do Departamento de Saúde Coletiva, o qual reafirma a fala do coordenador, ressaltando a importância do estágio de saúde coletiva na cidade de Santa Cruz.

Em relação à Odontologia, o coordenador refere que o tema família é abordado em uma única disciplina. Diz o coordenador: *Na estrutura curricular atual, só mesmo na disciplina de preventiva.* O coordenador se referia à disciplina Odontologia Preventiva e Social oferecida no 5º período do Curso de Graduação em Odontologia, embora refira outras disciplinas que discutem o tema, sendo essas o Centro Rural de Treinamento para Ação Comunitária (CRUTAC) e a Saúde e Cidadania (SACI) que, na sua opinião, *acaba não tendo um impacto muito grande na formação dos alunos.* Na opinião do docente, o curso não desenvolve a discussão sobre Saúde Família, ficando esta restrita à disciplina já referida pelo coordenador. Para ele, *essa discussão é um pouco pontual... obviamente quando vai se falar das políticas de saúde, de todos os modelos assistenciais, logicamente se insere essa questão de saúde da família, do PSF e de todos os modelos de uma maneira geral.*

No Curso de Enfermagem, a *saúde da família é mais trabalhada enquanto disciplina, que é a disciplina epidemiologia, saúde coletiva, reprodução humana,* afirma o coordenador do curso, apesar de indicar que esta discussão perpassa a questão do currículo

e do Projeto Político Pedagógico. Esta visão não é confirmada por todos os docentes entrevistados, pois estes consideram que o tema é visto de forma pontual em algumas disciplinas.

A forma como determinado tema é inserido no processo educativo confronta-se com a educação do futuro, pois, conforme MORIN (2004, p.36) ... *existe inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave entre, de um lado, os saberes desunidos, divididos, compartimentados e, de outro, as realidades ou problemas cada vez mais multidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários.* Neste contexto, continua o autor, a reforma do pensamento é paradigmática e, não só programática. Esta é a questão fundamental da educação, pois necessita organizar a aptidão humana na re-organização do conhecimento.

4.2 Suficiência dos conteúdos

Há um reconhecimento da insuficiência dos conteúdos sobre saúde da família nos três cursos estudados. Os coordenadores e professores são unânimes em dizer que o enfoque não é suficientemente abordado nas disciplinas que compõem o currículo dos cursos. Além disso, são observados, nos seus depoimentos, outros fatores que interferem no desenvolvimento desse tema, gerando a descontinuidade, o privilegiamento teórico, a centralização em uma disciplina e a departamentalização do enfoque, conforme está exemplificado na fala do coordenador de Odontologia:

Esse conteúdo deveria ser mais transversal ... presente em todas as atividades ... presente na clínica ... prótese ... um tipo de prática que discuta a questão da família ... que vincule isso ao serviço público. Enfim, a própria faculdade, o próprio modo da faculdade atender, poderia avançar no sentido de não fazer só o tratamento individual, poderia incluir a questão da família. Então eu acho que esses conteúdos poderiam ter esse caráter mais transversal, poderiam estar mais presentes em todas as clínicas e não só em quem discutisse teoricamente, como é o caso de Odonto-Social.

Esta realidade é confirmada nos depoimentos dos professores, o que pode ser observado no relato do docente do Curso de Medicina:

... O conteúdo em termos de política, em termos de implantação, em termos das normas que regem a estratégia de saúde da família, isso nós discutimos muito amplamente com os alunos, mas não é só isso importante. Eu acho que o mais importante é o aluno, na prática, estar trabalhando com a saúde da família mesmo! Do ponto de vista não só curativo, mas também na prevenção, na recuperação, na educação para a saúde, e pelo que sinto os nossos alunos não recebem uma formação nas outras áreas por onde passam, para trabalhar com saúde da família.

Todavia, vale ressaltar que a prática profissional pautada no modelo tradicionalista de saúde, a rigidez da estrutura departamental, a falta de articulação e de planejamento conjunto das disciplinas vêm dificultando a superação dessa situação, apesar dos pressupostos descritos nos projetos pedagógicos dos cursos.

As evidências permitem afirmar que os currículos dos três cursos, apesar de terem seus princípios norteados pelo SUS, continuam sendo compartimentalizados, como era antes da sua reformulação, seguindo, portanto, uma estrutura de currículo tradicional. Analisado por Mattos (2001), este observa que, no curso de medicina, a atitude fragmentária e reducionista parece ser decorrente da própria racionalidade médica, e do projeto de cientificidade dos médicos, tipicamente moderno. Para o autor, *produzir-se uma postura integral seria necessário superar alguns limites dessa medicina anátomo - patológica e, portanto, dessa racionalidade médica, que, diga de passagem, não se produz, mas que se reproduz na escola médica.* Tal análise pode ser estendida para outros cursos da área de saúde, uma vez que, nesta área, a Medicina, por manter-se hegemônica, influencia conteúdos da formação e desenvolvimento das práticas profissionais. A abordagem da família sofre desse modo, as mesmas influências, tornando-a, por vezes, pontual, descontextualizada, ou apenas mais um conteúdo da saúde coletiva.

4.3 Aspectos ressaltados e efetivados nos conteúdos programáticos

Quando se iniciou os questionamentos sobre as disciplinas que dão ênfase à saúde da família e os aspectos que são ressaltados e efetivados na prática do aluno, começou-se a delinear a diversidade de situações de cada curso. Foi observado que as falas dos coordenadores e docentes demonstram um certo domínio sobre o assunto, ora apontando os aspectos desenvolvidos nas aulas teóricas e práticas, ora enfatizando a importância dos estágios voltados para este fim. Contudo, também se percebe um certo desconhecimento de como esse enfoque está sendo trabalhado nas demais disciplinas ou áreas temáticas do currículo.

Assim, identifica-se que no Curso de Medicina esse enfoque é ainda muito incipiente, isto é, expressá-lo, no discurso, gera um certo “desconforto” ao entrevistado, como se vê na fala a seguir:

É porque ... como não é a minha área especificamente, eu não tenho trabalhado nessa área ... mas os aspectos, quer dizer, tudo o que diz respeito ao programa de um modo geral de saúde da família ... nas disciplinas nas quais a gente já tem trabalhado, não é? a gente sempre tem colocado isso, todos aqueles aspectos que dizem respeito ao curso mesmo. A gente chama os professores da saúde coletiva, o pessoal que trabalha no NESC, dos serviços, para poder tentar colocar os alunos, nas nossas disciplinas, particularmente, de epidemiologia, de atenção à saúde ... que é o locus privilegiado desses conteúdos. Agora colocar assim ... um por um nesse momento, eu não teria condição, só pegando as ementas das disciplinas.

No que diz respeito aos conteúdos, transparece uma segmentação destes no interior da disciplina e a pouca integração entre os atores chave. Há uma tendência à especialização intradisciplinar e a falta de articulação intra/interdepartamental. Para MORIN (2004), durante o século XX houve gigantesco progresso nos conhecimentos no âmbito das especializações disciplinares, mas estes progressos se apresentam dispersos, desunidos, devido justamente à especialização, que muitas vezes, fragmenta os contextos, as globalidades e as complexidades. São as realidades dos currículos, dentre elas, as disciplinas como estão apreendidas.

Algumas disciplinas são consideradas locus privilegiado desses conteúdos. A efetivação na prática está condicionada às próprias disciplinas, o que não possibilita à coordenação o total conhecimento sobre o envolvimento de docentes, conteúdos e práticas que estão sendo incorporados no curso. Cada docente, individualmente, informaria sobre a questão, reforçando a desarticulação entre o projeto e sua efetivação.

A análise anterior é corroborada na fala do docente, quando afirma:

... Quando a gente ressalta, por exemplo, a humanização do atendimento, a importância do trabalho em equipe, a importância de uma nova forma de fazer clínica, que dê conta desses aspectos, fora a questão política que eu já falei. Eu penso que as outras disciplinas do curso não estão abordando bem isso, por que já ouvi depoimento de aluno dizendo: 'professora só quem fala nessa história aqui são vocês da saúde coletiva', como se nós fôssemos Ets falando de uma coisa que eles não reconhecem.

No Curso de Odontologia se observa a ênfase nos aspectos teóricos voltados para o Sistema Único de Saúde, as políticas públicas do setor e, dentro destas, a saúde da família. O desenvolvimento da prática profissional ainda está centrado no atendimento individual realizado no espaço físico da própria faculdade, ou restrito às atividades de entrevistas e observações da prática do profissional dentista nas unidades básicas de saúde.

De acordo com o coordenador do curso,

no programa [da disciplina] tem uma discussão sobre política de saúde, e dentro da política de saúde, a saúde da família entra nessa perspectiva... No cuidado é muito pouco. O aluno não tem essa perspectiva de cuidado tendo como base a família, ele sai essencialmente formado para um atendimento básico individual ... É uma prática apenas convencional, como eles são alunos do 5º período, então, é mais para eles terem o conhecimento de como é a sistemática do modo de atender. Eles vão às unidades, conhecem as unidades, conhecem o programa... eles têm uma idéia de como é essa questão de saúde da família como um todo, e também a saúde bucal dentro da saúde da família, e ver como é que o dentista está trabalhando.

Esta situação é agravada pela descontinuidade do enfoque saúde da família em outras disciplinas, bem como pela falta de identidade do perfil profissional para esse modelo de atenção, como se pode constatar no relato do docente:

... A odontologia tem essa dificuldade. Tanto que a gente percebe que os próprios dentistas que estão na rede, eles estão perdidos ainda. Estão muito perdidos e estão procurando, logicamente, estão fazendo capacitação, especialização, não só na saúde da família ... A nossa prática foi justamente conhecer como funciona uma unidade de saúde que tem o PSF e como está o dentista nisso. Então, eles [alunos] vêem as enfermeiras que estão presentes no programa, como funciona? E os dentistas relatam as experiências deles. Mas, eu continuo achando insuficiente. Aí eles fazem algumas atividades de educação em saúde junto com a equipe de saúde bucal da unidade de saúde... É muito mais no sentido de conhecer a experiência.

Quanto ao Curso de Enfermagem, percebe-se que existe uma prática profissional voltada para a atenção à saúde da família, desenvolvida em diversas disciplinas do curso, dentre as quais, destacam-se a Epidemiologia, Saúde Ambiental, Enfermagem em Saúde coletiva, Enfermagem na Atenção ao processo de reprodução humana, Enfermagem na Atenção à saúde da criança e do adolescente e o Estágio supervisionado I – gerência na atenção básica de saúde, conforme relata o coordenador do curso.

O aluno vai para a prática, acompanha a família, ele é envolvido em todo o processo de saúde da família que a unidade [básica de saúde] atua. Então ele faz a visita, acompanha a criança, a família ... Eles trabalham esses programas nas unidades básicas, praticamente, trabalham em função do programa que a unidade de saúde enfoca. O estágio do 8º período é o estágio do processo de trabalho de enfermagem na unidade básica de saúde. Mas, a gente está tirando esse foco de ser na unidade de saúde enquanto estrutura. A gente está trabalhando com saúde da família, então o aluno apesar de ir para a estrutura da unidade básica vai desenvolver toda a estratégia de saúde da família. A gente dá ênfase ao aluno ir para uma unidade que tenha o PSF implantado. A gente está priorizando.

Todavia, as posições dos docentes entrevistados divergem entre si; alguns reforçando que há o enfoque de saúde da família nas disciplinas mencionadas; e outros restringindo o enfoque a questões pontuais. Assim, relata um docente:

Quando a gente fala da gravidez, por exemplo, a gente contextualiza a mulher dentro de um ambiente familiar, dentro de uma família, e essa família parte de uma sociedade maior... A gente focaliza a mulher dentro da família... Agora que há discussão, não há não! Eu não sei se o parto e o puerpério estão vendo a mulher como um todo, dentro da família, como membro de uma família. Isso na prática eu sempre estou trazendo: a mulher não está sozinha no mundo! Ela é parte de uma família, por isso tem que trazer o marido. Quando eu estou na prática eu pergunto como está o marido, como está a avó, como estão as filhas. Eu falo para os alunos, a diferente de uma família que está aceitando a gravidez, o pai, os avós, para uma que não está aceitando ... é diferente.

Contrapondo-se a esse posicionamento, um outro docente afirma:

A gente [disciplina de saúde coletiva – 5º período do curso] vê mais a questão da organização dos serviços de saúde, a saúde da família que é uma estratégia de reorganização para conseguir atingir os objetivos do SUS, as diretrizes e os princípios. Na prática, em todas as práticas que tenha a saúde da família ou não, nós vamos ver o perfil epidemiológico da área, qual é a delimitação daquela área geográfica, com seus limites, e qual o modelo da atenção básica. E aí, se tem PSF. A gente vai enfocar PSF, que agora é até estratégia de saúde da família, e eles têm um pouco de vivência na prática com relação a isso. Um pouco, porque eles só vêm grupos e visita domiciliar e tem uma idéia de como aquele serviço está organizado... esta prática, é saúde coletiva, que é a minha disciplina, acredito que em saúde da criança também, porque pelo que eu sei o aluno visita a criança na família. Não sei se saúde reprodutiva enfoca, mas no meu conhecimento, na minha visão são essas. A gente prioriza serviços aonde tem estratégia saúde da família implantada. Nós damos ênfase nos campos de prática. A gente prioriza (Saúde Coletiva).

Estas disciplinas, embora possibilitem o desenvolvimento de habilidades ao acadêmico de enfermagem, não favorecem a integralidade da atuação profissional, tendo em vista a descontinuidade do enfoque familiar, intra/interdisciplinarmente, dificultando, dessa maneira, a apreensão holística do ser humano, prevista no PPP do curso.

MORIN (2004, p. 40) analisa o modo como se estrutura o estudo do ser humano.

Para ele,

as realidades globais e complexas fragmentam-se; o humano desloca-se; sua dimensão biológica, inclusive o cérebro, é encerrada nos departamentos de biologia; suas dimensões psíquica, social, religiosa e econômica são ao mesmo tempo relegadas e separadas umas das outras nos departamentos de ciências humanas; seus caracteres subjetivos, existenciais, poéticos encontram-se confinados nos departamentos de literatura e poesia ... as mentes formadas pelas disciplinas perdem suas aptidões naturais para contextualizar os saberes, do mesmo modo que para integrá-los em seus conjuntos naturais.

4.4 Estratégias e dificuldades de implementação

Em relação às estratégias pensadas para a viabilização do enfoque saúde da família, os cursos também se posicionam de maneira diversificada, ou seja, os cursos de Enfermagem e Odontologia apontam para a compreensão de que as mudanças se processam de “dentro para fora” do curso, em outras palavras, a partir da superação e

resolução interna dos problemas identificados. No curso de Medicina, percebe-se um movimento inverso. Neste, a dinâmica das mudanças é entendida como o impulso gerado de “fora para dentro”, e as “soluções” são apontadas, ora para instância formal das diretrizes curriculares, sem especificação de estratégias políticas de superação interna, ora para fóruns políticos mais amplos.

Assim, extraiu-se da fala do coordenador do curso, que o tema da desarticulação enquanto problema é recorrente, como imobilizador das mudanças, extrapolando o âmbito de uma escola em particular, na compreensão de que a busca de uma solução para a formação, como um todo, se coloca na possibilidade da articulação entre os órgãos formadores e as instâncias gestoras local e nacional. Diz o coordenador:

... Quando a gente começou essa reforma do curso de medicina na Liga Nacional, uma das preocupações era exatamente, o que está aqui nas diretrizes ... a inserção do curso de medicina, como os outros cursos, às diretrizes curriculares dentro do SUS. E para isso, tem o Pólo de Educação Permanente, por exemplo, que está tentando trabalhar na graduação, para todos os cursos, essa questão do SUS, e nesse, particularmente também, a saúde da família ... Então, uma das estratégias que a gente está utilizando hoje, porque quando a gente falou em novos cenários de prática ..., em sair do hospital e ir para as unidades de saúde, é aquela história que a gente sempre brinca aqui dizendo, que é aquela história de garrincha, que dizia: ‘faça isso, isso, isso, e garrincha perguntou: e o outro time ta sabendo, foi combinado com o outro time também?’ Então, o que é que a gente tem visto? ...

Agora, vai ter aqui, o 43º Congresso Brasileiro de Educação Médica, aonde eu sou presidente, inclusive, que o tema é Educação Médica... compromisso histórico com o SUS, e nessa discussão a gente quer que as 141 escolas médicas no Brasil, pois, nós temos 80 municípios aonde existem escolas médicas no país, a gente quer estar trabalhando junto ao Ministério, junto ao CONASEMS ... que a gente faça uma discussão com os dirigentes das escolas e os gestores dos serviços para que a gente realmente diga: bom, os problemas são esses, como é que a gente pode enfrentar? Quais são as estratégias que a gente pode ter? Então acho assim, esse momento é muito importante, do ponto de vista de que a gente pode traçar uma estratégia em nível nacional, principalmente, no que diz respeito ao curso de medicina.

Os fatores da conjuntura política, bem como a desarticulação ensino e serviço que atinge o setor, também aparecem como limitantes do processo de mudanças requeridas na

formação em saúde, cujo enfrentamento ainda não aparece de forma delineada. Desse modo, ele afirma que

por mais que a gente escreva tudo bonitinho, quando a gente chega nas unidades de saúde os profissionais não estão preparados. Não é por má vontade, é porque eles foram formados, trabalhados para fazer uma determinada atividade junto à população. Então, o que a gente vê é que nem os gestores, nem os profissionais têm o compromisso porque não foi firmado o compromisso nesse sentido. A gente sai daqui com um discurso, mas na prática, a coisa não tem acontecido...o próprio ministério que tem trabalhado neste sentido, está faltando ainda um meio maior para implementar... de forma que tanto a universidade quanto os serviços pactuem uma coisa que seja efetiva e não simplesmente só o discurso...

Diferentemente do curso de Medicina, a Odontologia e a Enfermagem compreendem que a inserção do enfoque depende estrategicamente da mudança interna no próprio curso e no esforço coletivo de se rever práticas instituídas, visões de mundo, conceitos e espaços. Enfim, promover uma reforma do pensamento, o que é confirmado nas falas do coordenador de Enfermagem e do Coordenador de Odontologia, respectivamente:

A questão da saúde da família seria vista desde o começo do curso, como sendo um eixo norteador do perfil do nosso profissional ... deveria ser trabalhado desde as primeiras disciplinas do curso até o final. A família sendo eixo norteador de todas as competências e não só em momento pontual.

Ela tem que se transformar numa prática transversal ... Seria rever literalmente todo o plano de ensino de todas as disciplinas, de todas as clínicas ... Entender a saúde não só como proposta política, mas como abordagem ... É sair dos muros da universidade ... É preciso articular com o serviço ... romper com esse modelo de prática [convencional], rever não só o espaço, mas a abordagem pedagógica. E isso é complicadíssimo... porque você tem que mudar a cabeça das pessoas. Agora eu acho que é possível ... A gente está trabalhando com a proposta de clínicas integradas e de complexidade crescente que é o novo modelo de clínica, onde você não tem clínicas isoladas. Como é que isso vai se corporificar na prática, só o futuro dirá? Mas a nova proposta curricular aponta para isso, para a possibilidade de incluir a abordagem do cuidado, tendo como enfoque a família.

Afirma MORIN (2004, p. 46-47) que *não se trata de abandonar o conhecimento das partes pelo conhecimento das totalidades, nem da análise pela síntese; é preciso conjugá-las* e aponta uma perspectiva do ensinar a condição humana, referindo que *a*

educação do futuro deverá ser o ensino primeiro e universal, centrado na condição humana, pois estamos na era planetária.

De tudo o que foi relatado e analisado, pode-se depreender que existe não só a necessidade de mudanças no processo de formação em saúde, mas um movimento de mudança nos cursos estudados. Tal movimento é impulsionado pela perspectiva de implementação de um novo perfil profissional que venha ao encontro das demandas de saúde da população e do novo modelo de atenção. Observa-se que, apesar das dificuldades expressadas pelos docentes, existe um “sentimento de fazer a mudança”, embora este venha acompanhado de dúvidas, incertezas, incompreensões e pouco conhecimento do processo. O enfoque saúde da família é considerado por alguns como a estratégia viabilizadora para essa transformação, tendo em vista tratar-se do eixo que norteia o modelo de atenção voltado à promoção e à vigilância da saúde.

5 INTERPRETAÇÃO DO GESTO: a visão do aluno sobre a inserção do enfoque Saúde da Família nos cursos

Acompanhando o procedimento metodológico aplicado na análise dos depoimentos dos professores e coordenadores dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem, aqui também serão apresentados os grupos focais dos acadêmicos dos referidos cursos, tomando por referência as categorias pré-estabelecidas a partir das questões norteadoras das entrevistas, descritas a seguir: a) Enfoque da Saúde da Família no curso; b) Suficiência do conteúdo; c) Aspectos ressaltados e efetivados no conteúdo programático; d) Estratégias e dificuldades de implementação. Foram acrescentadas ainda informações sobre o seu preparo profissional para assumir um lugar no PSF, constituindo mais uma categoria de análise.

Convém esclarecer que os estudantes dos cursos encontravam-se em diferentes períodos letivos, assim distribuídos: Curso de Medicina – 3º período; Curso de Odontologia – 5º período; e Curso de Enfermagem – 9º período, devido ao tempo de implantação do PPP dos cursos, o que pode ocasionar diferenças no aprofundamento das informações sobre o tema abordado.

5.1 Enfoque da Saúde da Família nos cursos

Na opinião dos estudantes, os cursos contemplam, de alguma maneira, alguns enfoques sobre a saúde da família, embora esta abordagem aconteça de modo estanque, pontual, descontextualizado e limitado a uma ou poucas disciplinas. Este fato, também, foi evidenciado nos depoimentos dos docentes, tendo sido caracterizado como descontínuo, fragmentado e reducionista do tema, o que pode ser observado nas falas a seguir.

Como afirmam os estudantes do curso de Medicina:

Existe uma disciplina de Saúde e Cidadania que trabalha bastante essa parte, pelo menos eu achei ...

A disciplina não dispõe de vagas pra todos os alunos. Acho que a metade da sala ...

Todas as disciplinas que enfocam essa parte de saúde da família são opcionais, não tem nada obrigatório ... Tem os estágios de Santa Cruz, também é tudo opcional.

Agora as demais disciplinas ... tem alguma coisa?

Para os acadêmicos de Enfermagem, existem disciplinas que abordam o enfoque saúde da família. Entretanto, algumas permanecem, ora nas questões teóricas, ora nas questões específicas da disciplina, sem que ocorra uma transversalidade do tema, conforme as falas a seguir:

Epidemiologia fala alguma coisa, saúde coletiva aborda, e aí quando a gente chega em estágio integrado, principalmente quando chega em saúde da criança é que realmente que a gente se adentra com saúde da família ...

As disciplinas de epidemiologia e saúde coletiva contribuem para formar nossa base ...

... elas além de ter dado respaldo, essa base, mas elas deixaram a desejar na medida em que pouco se falou sobre a questão da família ...

... em saúde coletiva, epidemiologia, a gente estuda a questão da estratégia de saúde da família, mas fica restrita a parte teórica, a gente não tem a noção do todo, no geral, e quando chega realmente na prática de estágio integrado I quando vai pra posto de saúde, unidade básica, é que a gente começa a perceber, realmente a inserção da família naquele contexto que a gente está trabalhando, o que é importante.

... no estágio integrado I, a gente tem oportunidade mesmo de conviver ali com a comunidade e a partir daí vê o que é o PSF na sua prática.

Os diversos fragmentos de falas apontam avanços e limites na inserção do tema, o que foi consolidado na fala a seguir:

... Eu acho que saúde coletiva tem essa responsabilidade e ela traria uma base muito boa para gente nos outros estágios ... Saúde da Criança, Estágio Integrado I ... se ela discutisse realmente o que é o SUS, o que é saúde da família, qual é a estratégia, qual é o nosso compromisso com essa estratégia ... porque é uma discussão ainda muito solta e não dá uma abordagem prática ... eu não estou dizendo prática de levar exatamente para o estágio, mas trazer a experiência de como é a realidade, o relato desses professores. Porque o professor substituto tem essa vivência da prática. O professor que está a mais tempo ele também tem, todos tem experiência ... de ter um conhecimento mais eficaz, que se faz ligado à prática. O conhecimento tem que estar inter-relacionado e contextualizado.

Em relação à Odontologia, os acadêmicos referem que o tema família é abordado em uma única disciplina – Odontologia Preventiva e Social – oferecida no 5º período, o que já havia sido ressaltado pelos docentes do curso. De acordo com o estudante,

saúde da família – como já foi dito – a gente vê realmente na disciplina de preventiva. Agora, aprender eu aprendi muita coisa que não sabia do contexto histórico do Sistema Único de Saúde e como se comportam as equipes. O que particularmente senti falta, não sei se pelo pouco tempo da disciplina, é que não se tem continuidade ... Eu acho que pela complexidade do assunto, como é a prática do dia-a-dia, não deveria ser só nessa matéria. E, o pessoal da área de saúde também não é muito politizado, muito voltado para este assunto. Em síntese, numa unidade de saúde, a gente é muito bom tecnicamente. A gente sabe fazer uma restauração como um dentista, a gente sabe fazer um diagnóstico como um médico, a gente sabe fazer um curativo, mas, o tato pessoal, eu acho que isso falta um pouco. Não sei se é por muito conteúdo ou se é porque os profissionais, professores, ou até mesmo nós, não damos muito valor a essa área que é de extrema importância.

Esta posição corrobora a análise feita pelos docentes, denotando, na fala do aluno, a descontinuidade do tema, o desinteresse pelas questões políticas pelo aluno da área da saúde e o privilegiamento das questões técnicas em detrimento das humanas e sociais.

5.2 Suficiência dos conteúdos

Embora os acadêmicos, dos cursos estudados, identifiquem a insuficiência dos conteúdos sobre saúde da família no desenvolvimento curricular, esta identidade apresenta características diferenciadas entre si. Pode-se observar, nos depoimentos dos estudantes, que a insuficiência se dá pela falta do conteúdo, o que ocorre no curso de Medicina; ou, pela ênfase no conhecimento teórico em detrimento de uma prática profissional nessa abordagem, o que acontece no curso de Odontologia; ou, ainda pela abordagem mais profunda diretamente relacionada ao exercício e ao compromisso profissional, como requer os alunos do curso de Enfermagem. Nos depoimentos dos acadêmicos de cada curso, exemplifica-se melhor.

Diz o aluno de Medicina:

Por enquanto, a gente está no terceiro período e até agora a gente não teve uma formação sobre programa de saúde da família, sobre SUS. A gente não está inteirado, não. Se existe, eu ainda não participei. Mas, existe um estágio apenas sobre ... eu não sei se aborda ... sobre o SUS ... Em todo caso é opcional.

Quanto ao estudante de Odontologia, este refere que

... sabe da forma teórica. É interessante você saber teoricamente, você saber o conteúdo histórico do SUS, a formação, o Programa Saúde da Família. Agora, na prática é que a gente não vê ...

Em relação aos alunos de Enfermagem, estes relatam que

... há uma carga teórica, uma discussão teórica sobre saúde da família? Há. Maior quando a gente vai chegando ao final do curso. Agora ... quando a gente chega em estágio integrado I aí tem o hiperdia, o CD, o pré-natal, o preventivo, a educação, a saúde sexual e reprodutiva, é um mundo que a gente trabalha dentro da estratégia de saúde da família! E, em momento nenhum foi realmente discutido assim: olhe, nosso compromisso é esse, nossas atividades são essas, a demanda que aparece é essa. Quando a gente chega lá [na prática] a gente fala: Meu Deus se eu soubesse que saúde coletiva era tão viva assim eu teria amado a disciplina! Mas é tão chata a disciplina ... na prática a gente vê tudo o que a gente pode fazer, quanto é ampla a estratégia saúde da família, a sua atuação ... aí você se apaixonou. Quem não sai apaixonado sai pelo menos respeitando muito o trabalho.

Neste depoimento o aluno demonstra que a insipiência dos conteúdos, associada à pouca maturidade do aluno, subtrai a atração e a motivação para aprender o tema. Por outro lado, também refere que a falta de alerta por parte do professor, acerca do compromisso profissional desde o início do curso, retarda o desenvolvimento da competência ética e humana por parte do estudante.

Esta situação é analisada por Almeida (2004), que discute a importância de aprender a partir da experiência de conhecimento, como está sendo falado pelo aluno, entretanto, diz também que esse processo “cognocente” é egocêntrico, pois,

o sujeito conhece por si, para si. Ninguém pode conhecer no lugar do outro ou para o outro. Ninguém pode conhecer por mim, eu não posso conhecer por ninguém. Daí porque o professor, o orientador ou um coordenador de estudos, são instigadores, facilitadores e provocadores do processo de aprendizagem Mas esse processo só se efetiva a partir da experiência de quem está sendo instigado, provocado (ALMEIDA, 2004, p. 5).

Outras competências também foram lembradas na discussão sobre a suficiência do enfoque, como se vê a seguir:

... Eu acho também que a disciplina podia dar mais ênfase a função real do enfermeiro: ver o perfil epidemiológico, saber traçar um perfil, mas a gente fica aéreo ... a gente vê o perfil epidemiológico, mas não sabe agir ... Não é discutido, não é trabalhado esse entendimento do perfil.

... eu acho que o que deixa muito a desejar, na prática, é a parte educativa ... principalmente na questão de palestras para adolescentes, idosos ...

... infelizmente o SUS, na perspectiva de PSF, ele trabalha muito na parte burocrática. Tudo tem que ser anotado, o número de consultas, de preventivos, da população que você está atendendo ... infelizmente o PSF, a atenção à família se resume nisso ...

... uma coisa que a enfermeira fazia e eu não entendia era que toda mulher que chegava à unidade para qualquer demanda, trazendo uma criança, qualquer coisa, ela [a enfermeira] sempre perguntava: 'quando foi que você fez seu último preventivo? Vamos marcar!' Isso é uma estratégia de conseguir fazer uma captação ativa de casos ... mas é algo assim, esse compromisso ele pode ser despertado, em estratégia saúde da família, algo importantíssimo você ver, de trabalhar nesse aluno, futuro profissional esse compromisso que ele tem com a população ... isso é questão de compromisso social e profissional.

Nos depoimentos, anteriormente apresentados, identifica-se as diversas competências do enfermeiro – no assistir/cuidar, gerenciar, educar e pesquisar, que lhe confere o saber-fazer integral, tão necessário ao exercício profissional na estratégia saúde da família. Assim, percebe-se que tais depoimentos apontam para níveis crescentes de maturidade acadêmica, expressas nas preocupações dos alunos referentes ao compromisso e ao papel do enfermeiro perante a ESF e a sociedade.

5.3 Aspectos ressaltados e efetivados nos conteúdos programáticos

Igualmente, como foi constatado nos depoimentos dos professores, também os alunos demonstraram em suas falas a diversidade de situações apresentadas nos três cursos. Este fato tornou-se ainda mais evidente, tendo em vista que os alunos encontram-se em diferentes períodos dos cursos. Contudo, considera-se para a análise, o conhecimento do estudante acerca do momento em que o mesmo se encontra no curso.

Neste sentido, observa-se que o estudante do curso de Medicina desenvolve uma atividade comunitária realizada de forma inovadora, integrada e contextualizada, buscando, a partir da valorização das condições de vida e saúde da população, a resolutividade dos problemas identificados através da participação coletiva. Diz o aluno:

Ela aborda essa parte de saúde comunitária ... você vê como é a realidade da comunidade, do posto de saúde, como é o programa de saúde da família. Fala um pouco de SUS. A maior parte teórica realmente é fraca. O objetivo final da disciplina é você elaborar um projeto para ajudar a comunidade de alguma forma, identificar um problema na comunidade e ajudar, trabalhando com o pessoal do posto de saúde, com os agentes. É uma disciplina interessantíssima, mas como tema saúde da família, eu acho que nem mesmo essa disciplina aborda de forma satisfatória.

... alguns professores na grade obrigatória que se preocupam com isso ... fizeram trabalho com a gente de visitas comunitárias, até falar um pouquinho do programa de PSF ...

A afirmação do estudante denota a experiência inicial, necessária à base que fundamenta a formação profissional. É, portanto, esperado que um aluno de 3º período tenha conhecimentos dessa ordem, desde que lhe seja oportunizado experiências de tal natureza.

No Curso de Odontologia, verifica-se uma ênfase dos aspectos teóricos que se sobrepõem à prática profissional, por vezes experimentadas através de observações ou simulações que favorecem a iniciação profissional. Contudo, sabe-se, através do exposto pelos seus docentes, que não há uma continuidade do enfoque no decorrer do curso, o que ameaça a incorporação do modelo de atenção à saúde da família. Conforme dizem os estudantes,

o que a gente aprendeu, pelo menos teoricamente, é que o conteúdo da saúde em si, a idéia do Programa de Saúde da Família, é a família, aliás, é a equipe de saúde e até a família.

O que é muito ressaltado também nesse programa é ver a doença como tendo um cunho social. A doença não fica só na questão do corpo, só na questão biológica. A gente começa a ver e até por isso, ganha força – o programa da família. Porque começa a gente a perceber a doença nascendo no ceio da família, se distribuindo e se disseminando ali mesmo. Como causa e consequência ali dentro. A doença como cunho social mesmo.

... a gente foi para as unidades e conheceu a comunidade ... A gente conheceu a área e buscou levantar quais seriam os principais problemas que tem ali. A gente teria que fazer uma programação, simulando, nada que entraria em prática, mas para ver como seria a atitude, que medidas a gente teria que tomar, a curto e a longo prazo para poder melhorar a assistência da saúde da unidade que trabalha com a família.

E, posteriormente fizemos um planejamento. De como atuar melhor naquela comunidade tendo em vista o programa de saúde da família ...

Os acadêmicos de Enfermagem, por se encontrarem no último período do curso, expressam em suas colocações as oportunidades de aprendizagem vivenciadas, tendo como enfoque a saúde da família, bem como fazem as seguintes críticas:

Na prática a gente pode agir utilizando sempre a humanização ... tem a oportunidade de vivenciar, de prestar atenção em relação à cultura, humanização e ética ... que a gente tanto vê em sala de aula e bota na prática.

... Quando a gente chega na prática tenta fazer com que todas aquelas atenções que a gente aprendeu se unam e se direcionem à família. Mas é muito difícil ... chegar numa casa e ver todo aquele contexto e tentar integrar a família como um todo ... A gente foge e sempre acaba direcionando a atenção só pra criança, só pro idoso, só pro adulto ... Agora isso vem desde o nosso aprendizado até chegar à prática.

... apesar da gente trabalhar com a família fragmentada, a criança, a gestante e a mulher, a gente trabalha também com muita promoção de saúde... não está só desenvolvendo uma assistência curativista, na maioria das vezes, a gente se propõe a trabalhar com aquela pessoa para ver como é que ela está, como pode melhorar e como vai ser a conduta dela dentro de casa, no convívio familiar. É muito importante a gente ter essa noção ...

5.4 Estratégias e dificuldades de implementação

Da mesma forma que os docentes, verifica-se que, em relação às estratégias pensadas para a implementação do enfoque saúde da família nos cursos, os alunos se posicionam de modo diversificado. Acredita-se que estes posicionamentos possam estar relacionados à vivência do aluno, embora também se reconheça que isto pode estar vinculado à incorporação ou não da temática no curso.

Assim, no curso de Medicina, observa-se um misto de desconhecimento e insegurança por parte dos estudantes, como se vê nas falas a seguir:

Hoje o professor estava falando que os estudantes iam passar por estágio na unidade de saúde básica do PSF, mas não é certeza se isso vai acontecer, eles

estão tentando implementar isso, ao invés da gente ficar atendendo a clínica só no hospital ... não sei se eles estão pensando em ser para os doutorandos ou se desde o curso básico.

A universidade poderia adotar a comunidade aqui da Praia do Meio e fazer um trabalho com os alunos direcionado para lá, seria bom para os alunos e para a comunidade, nesse aspecto de família, de médico de família, de adotar a família inteira para um médico só. Seria importante.

Outra estratégia interessante seria instruir cada unidade de saúde de Natal para abrir estágios para os estudantes, porque tem muitos estudantes interessados nesses estágios nas unidades de saúde e, acho, que muitos profissionais das unidades de saúde não têm conhecimento desse interesse e nem criam projetos para oferecer aos estudantes um estágio. Imagino que tenha muitas unidades de saúde em Natal e em cada unidade de saúde dessa se fosse distribuído estudantes, em determinados horários, os estudantes iam gostar e iam participar ativamente do processo saúde da família.

... o nosso tempo já é bem apertado para gente ver as disciplinas que a gente tem que ver e com as práticas que a gente tem que fazer, tudo isso já fica muito apertado. Então se já tivesse mais, com certeza, era muito melhor. A gente ter esse maior contato com a comunidade, ver, participar do PSF e tal, mas acho que uma dificuldade seria essa. Tempo disponível para nós.

Eu creio que uma assistência profissional. Porque tanto no Saci como em Pneumologia, nós fomos sozinhos, não fomos com o profissional. Em Saci fomos com o agente de saúde, mas tivemos oportunidade, lá em Santa Cruz de ir acompanhado do médico, saber qual era a rotina, o que ele pesquisava, os documentos que ele preenchia. Agora eu creio que seria isso ... um auxílio de um profissional, acompanharmos um profissional e não irmos empiricamente para a casa da pessoa, sozinhos, sem ter nenhuma experiência.

... outra dificuldade é a resistência, tanto dos professores quanto dos alunos ... ninguém vai dizer que quer ser médico da família. Todo mundo quer ser especialista ... Há resistência ... um preconceito em relação a isso.

Percebe-se que as estratégias de diversificação do cenário ensino/aprendizagem começam a ser discutidas, embora de forma bastante incipiente e imprecisa. Todavia, a visão utilitarista ainda se faz presente nas falas, quando os alunos compreendem as pessoas, a família, a comunidade e os serviços, como objeto de seu aprendizado, e, portanto, disponíveis ao seu usufruto. Denota-se, das falas, a centralização da ação de saúde no médico em detrimento da equipe multiprofissional, fundamental para a realização da estratégia de saúde da família. Outrossim, os alunos ainda ressaltam a questão do tempo para o trabalho com a família, a necessidade de um acompanhamento profissional junto ao aluno e, principalmente, a resistência por parte de professores e alunos com relação ao novo modelo de atenção à saúde.

No que tange à visão dos alunos de Odontologia, estes percebem algumas dificuldades na implementação, via de regra, associadas aos fatores metodológicos, à descontinuidade de determinadas práticas e ao descompromisso do ensino com a comunidade. Assim, confirmam as falas a seguir:

Existe uma dificuldade de acompanhamento das outras disciplinas sobre este tema. A gente tem esse enfoque da saúde da família, teoricamente na odontologia preventiva social. Nas demais disciplinas, quando a gente entra na clínica, isso se desfaz. A gente não trabalha em cima da saúde da família. Não é preparada para isso.

Na disciplina de preventiva e social tem muita falha ... tem a parte de querer ajudar, mas eu acho que de nada adianta. Primeiro todo mundo vai de mau humor, porque vai de uma ou duas horas no sol quente, andando de rua em rua, de casa em casa ... aí todo mundo pensa que você toda de branco, com professor, com todo mundo, acha que vai ajudar. Conta sua história toda, conta até o que você come ... aí fica naquela esperança! ... eu não sabia o que a gente estava fazendo lá, porque pra mim a gente estava dando uma de fofoqueira somente. A gente invade a casa de todo mundo, sabe da vida de todo mundo e no fim a gente vem para aqui fazer uma prova com conteúdo teórico que não tem nada a ver com o que a gente viu ... eu fiz alguma coisa? Não fiz, eu só voltei para casa no sol quente, suada, eles ficaram lá com fome necessitando do mesmo jeito. Pra mim não adiantou de nada.

Concordo com o que ela falou. A gente alimenta esperanças naquela pessoa ... Chegou lá como se fosse mudar alguma coisa ... e vai embora, nunca mais voltou lá. Então alimentou falsas esperanças ... não sei se é exagerar, usou aquilo só para gente aprender alguma coisa e foi embora.

... a gente só está se beneficiando ... Porque pra mim é um aprendizado olhar o que realmente acontece ... mas para eles de nada serve ... e aí a gente sai, a gente não faz muita coisa e chega na disciplina vai ver conteúdo teórico ...

Em todos os depoimentos sobressai o sentimento de uso e falta de resolutividade para com as pessoas e comunidades visitadas. Os alunos expressam, além do desconforto pessoal, o desconforto ético em relação às necessidades constatadas em suas visitas, bem como as expectativas geradas pela sua presença nos domicílios. Demonstram também um sentimento de impotência diante das situações vividas e a sua inaplicabilidade no ensino, considerando que esta experiência não foi aproveitada na dimensão do aprendizado.

A insatisfação expressa pelos alunos, de certo modo, poderia estar relacionada à primeira aproximação dos mesmos com os conteúdos da saúde coletiva e social, o que

requer novas vivências e oportunidades de trabalho junto à família e à comunidade. Contudo, a falta de continuidade da abordagem, em outras disciplinas do curso, desperta no aluno sensações de lacunas e despreparos para o enfrentamento e resolutividade das situações encontradas.

Quanto aos alunos de Enfermagem, estes informam que

... uma estratégia que poderia implementar o enfoque na saúde da família são as atividades de extensão. Os projetos de extensão universitária que também se trabalha a parte familiar ...

... se fosse um tempo maior, com certeza a gente ... porque a gente precisa de um tempo maior pra vivenciar aquilo.

Uma dificuldade que eu acho é que a maioria dos professores ainda não despertou para trabalhar os assuntos relacionados à família de forma contextualizada.

... muitos professores não têm essa vivência, eles conhecem a teoria todinha, mas eles não têm essa vivência.

... Eu sei que é muito importante você estar de acordo com a instituição, mas a gente sabe que cada instituição tem a sua deficiência. Então, é bom para o aluno ver realmente uma forma mais ampliada, trabalhar realmente saúde da família com a família, não se deter muito no posto ...

De acordo com os posicionamentos dos estudantes de Enfermagem, algumas estratégias poderiam ser implementadas para a inserção do enfoque nas disciplinas, dentre as quais, se destacam os projetos de extensão, mais tempo destinado ao trabalho com a família e uma maior vivência/experiência do professor nos assuntos relacionados ao tema. Denota-se, destas sugestões, a capacidade crítica dos discentes, o que provavelmente vincula-se à sua maturidade acadêmica.

5.5 Preparo profissional para assumir um lugar no PSF

Questionados sobre o preparo profissional, os estudantes do curso de Medicina afirmaram que não se sentem preparados, o que já era esperado, tendo em vista serem iniciantes no curso.

Quanto aos alunos de Odontologia, estes referem estar preparados teoricamente, no que se relaciona às questões da saúde da família. Entretanto, percebe-se também uma contradição nas suas falas, vistas a seguir:

Teoricamente eu acho que a gente está preparada, mas, eu acho que você só pode estar preparado quando você está lá, quando você está vivendo a realidade, está vivendo aquela comunidade, sabe das necessidades. A gente não pode dizer: Olha eu me considero preparado, porque você não sabe com o que vai se deparar, mas, teoricamente acho que a gente está preparado, sim.

Eu me sinto preparado para assumir um posto no programa de saúde da família, mas pode parecer contraditório. Eu havia dito que a gente vê mais o conteúdo teórico e pouco prático. Eu acho que é o seguinte, você tem noção, você tem a base, mas eu acho que o principal é você humanizar, se você humanizar e efetuar bem...

Os discentes, apesar de se considerarem suficientemente preparados para assumir um lugar na equipe do PSF, reconhecem que esse preparo está restrito aos conteúdos teóricos, ou confundem-se com as questões humanísticas previstas no ensino profissional.

Os estudantes de Enfermagem se posicionaram unanimemente que estão preparados para assumir um lugar na estratégia da saúde da família, ora colocando em relevo as competências técnicas e políticas necessárias ao enfermeiro, ora ressaltando as condições humanas e éticas requeridas no exercício da profissão.

Todos, também, salientaram a condição de aprendizes, mesmo após a conclusão da graduação, por entenderem que o aprendizado é um processo permanente que conduz à competência profissional integral e à realização de uma assistência digna e de qualidade.

Diz uma aluna:

A gente vai enfrentar uma nova realidade. Porque sempre a gente teve alguém que nos acompanhou, uma enfermeira como base. E, agora não! Seremos o próprio enfermeiro, mas com essa perspectiva, com esse objetivo de procurar aprender a cada dia, e assim, desempenhar um bom papel como enfermeiro, para não sermos o enfermeiro omissos que a gente tanto bate contra.

Convém salientar que, apesar da unanimidade entre os entrevistados, um deles alertou sobre a possibilidade de nem todos os alunos do curso terem a experiência na ESF.

De acordo com o estudante,

no estágio integrado I, nem todos da nossa sala, tiveram a oportunidade de passar por uma unidade que tinha uma estratégia de saúde da família. Então eu acho que nem todos da nossa sala podem dizer que se sentem realmente preparados. É uma falha que o curso na medida do possível deverá corrigir.

Todavia, percebe-se uma grande positividade, por parte dos acadêmicos, em relação ao curso e ao seu preparo profissional, como está expresso a seguir:

Como meus outros amigos de sala falaram, eu também me sinto preparada para assumir a estratégia de saúde da família, o curso nos oportuniza as bases para nós trabalharmos na estratégia de saúde da família e o restante que for de falha, que faltou, as lacunas para serem preenchidas, a gente consegue com estudo, com esforço, com perseverança. Eu acho que todo mundo sai assim. Tem a bagagem, mas existem as falhas que serão corrigidas, e a gente tem a confiança nisso, de conseguir ir atrás ... o que eu tenho pra dizer é que ninguém é tão grande que não possa aprender, assim como ninguém é tão pequeno que não possa ensinar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constata-se que, em linhas gerais, os PPPs não explicitam os princípios fundantes da Estratégia Saúde da Família, nem asseguram a sua inserção contínua, no decorrer da formação acadêmica profissional. Contudo, observa-se que os princípios do SUS são evidentemente ressaltados como norteadores na formação do enfermeiro, e, mais timidamente, nos cursos de Medicina e Odontologia. A inserção do enfoque saúde da família é expressa de forma pontual, em disciplinas específicas, via de regra, vinculadas à área da Saúde Coletiva.

Percebe-se, nas falas dos coordenadores, a necessidade de se empreender mudanças no processo de formação, embora estes apresentem diversidades de compreensões teóricas conceituais acerca do processo saúde/doença; do processo educativo (ensinar/aprender); e,

da articulação educação/trabalho e ensino/serviço. Observa-se, entretanto, que o maior ou menor entendimento conceitual desses gestores não são significativos para que se efetuem as mudanças no interior dos cursos, decorrentes de uma série de fatores dificultadores ou impeditivos do processo de mudança, dentre eles, o corpo docente, o qual foi ressaltado pelos três cursos. Quanto aos docentes, também se observa diferenças teóricas na compreensão dos conceitos fundamentais para a formação do profissional de saúde, não havendo nenhuma relação entre os avanços e conquistas do PPP com as concepções apresentadas pelos professores.

Esta conclusão está em concordância com importantes reflexões na área de recursos humanos para o SUS, particularmente quanto à formação médica, como as de Campos e Aguiar (2002), Bevilacqua e Sampaio (2002), Cordeiro (2002), que destacam que a produção de inovações no âmbito das instituições de ensino, traduzidas em reformas curriculares mais efetivas, enfrenta limitações referentes aos docentes que, na maioria das vezes, reproduzem, no ensino, suas condições de trabalho e não as dos serviços existentes e necessários ao mercado, como na saúde da família.

Tais limitações, por vezes, estão associadas a modos de resistências expressos nas falas e atitudes de alguns docentes que são contrários aos processos de mudanças empreendidos nos espaços da formação. Assim, também, podem estar relacionadas ao pouco domínio teórico ou prático de tecnologias ou métodos que possibilitam o ensino/aprendizagem profissional, como é o caso do modelo de atenção à saúde da família. Este fato foi amplamente debatido pelos alunos dos cursos, particularmente, os de Enfermagem.

Neste sentido, a articulação ensino/serviço pode constituir a possibilidade de superação da dicotomia existente entre a academia e o trabalho, pela aproximação do pensamento, reflexão e ação, na construção de um pensar/fazer conjunto em saúde.

De maneira geral, os alunos dos três cursos consideram que o enfoque saúde da família encontra-se presente nos respectivos currículos, porém, de forma insuficiente, com conteúdos tratados em disciplinas pontuais, fragmentados, descontextualizados e sem uma integração teórico-prática.

A crítica dos alunos se volta também para a falta de oportunidades de realizar atividades de promoção à saúde, desenvolvidas nos domicílios e nas Unidades Básicas, ou a sua inoperância diante de situações de complexa resolução. A pouca habilidade no enfrentamento dos problemas reais e o desconhecimento ou inexperiência dos princípios de integralidade e intersetorialidade produzem, nos alunos um sentimento de impotência, frustração e sensação de inutilidade e tempo perdido. Tal condição difere um pouco da realidade dos alunos do Curso de Enfermagem, os quais expressam ter essa vivência, embora de forma pontual e direcionada às especificidades da disciplina que está sendo cumprida naquele momento.

Em relação ao estágio curricular, estes últimos alunos ainda apontam para a exigência quantitativa dos procedimentos a serem realizados pelos estagiários, em detrimento de outras atividades, dentre estas, as educativas e de gerência. Dos alunos entrevistados, majoritariamente, os de Enfermagem se consideram preparados para assumir funções na Equipe de Saúde da Família.

Sendo a ESF uma política de atenção à saúde da população, que hoje vem se expandindo maciçamente no país e considerando que a missão institucional das universidades é formar profissionais para o desenvolvimento de suas competências, e na

produção de conhecimentos que assegurem uma melhor qualidade de vida à população, acredita-se ser necessária a continuação de estudos que subsidiem os órgãos formadores na reorientação dos seus projetos pedagógicos, visando à adequação dos seus perfis às necessidades populacionais.

Assim, novas pesquisas deverão ser estimuladas, trabalhos conjuntos entre profissionais de serviço de saúde e docentes e publicações deverão ser objetos de incentivos e fomentos, com vistas a assegurar uma maior integração. Neste estudo, além da sua importância para a reorientação dos perfis profissionais e dos PPPs dos cursos, pôde-se constatar a necessidade de estudar-se mais profundamente como ocorrem as negociações para a inserção dos alunos no campo de estágio e como estes são recebidos e percebidos pelos profissionais das unidades de saúde.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, 1994: Rio de Janeiro/RJ. **Anais ...** Rio de Janeiro: ABEn/RJ, 1994.

ALMEIDA, M. C. X. **O ser e o fazer na contemporaneidade**. Conferência realizada no XIV ENFNORDESTE, Natal-RN, 2004.

BEVILACQUA R. G.; SAMPAIO S. A. P. As especializações: histórico e projeções. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Orgs). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, 2002. p. 33-90.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos. **Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, 1**. Relatório Final. Brasília: MS, 1986.

_____. Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS. **Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, 2**. Relatório Final. Brasília: MS, 1993.

_____. **Promoção da saúde: carta de Otawa, declaração de Adelaide, declaração de Sundswall, declaração de Bogotá**. Brasília: MS, 1996.

_____. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto de apoio à implementação e consolidação do Programa Saúde da Família no Brasil**. Brasília: MS, 2002.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH — SUS**. Brasília: MS, 2002a.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T. Atenção básica e reforma curricular. In: NEGRI, B; FARIA, R; VIANA, A. L. D. (Orgs). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, 2002. p. 91-9.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1400-1410, set-out, 2004.

CORDEIRO, H. Os desafios do ensino das profissões de saúde frente às mudanças do modelo assistencial: contribuições para além dos Pólos de Capacitação. **Rev. Ensaio: Avaliação de Políticas Públicas na Educação**. n. 10. p. 43 -54. 2002.

DEMO, P. **Desafios modernos da educação**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

FERREIRA, M. S. A díade político-pedagógica. In: ALMEIDA, M. D. de (Org). **Projeto Político-Pedagógico**. Natal/RN:EDUFRN, 2000. p. 25-28.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo:Hucitec/Londrina: Rede Unida/ Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**. v.21, n. 2, p. 490-498. mar./abr., 2005. Disponível em: www.scielosp.org/scielo. Acesso em 08 de março de 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERCER, H. As contribuições da sociologia a Pesquisa em Saúde. In: NUNES, E.D. (Org). **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília: OPAS, 1985. p. 221-3.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 9. ed., São Paulo: Cortez, Brasília-DF: UNESCO, 2004.

NUNES, E. D. **Medicina Social: aspectos Históricos e teóricos**. São Paulo:Global, 1983.

_____. **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Tendências e perspectivas**. Brasília: OPAS, 1985.

PIERANTONI C. R. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Orgs). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, 2002. p. 221-56.

PIERANTONI, C. R; RIBEIRO, E. C. O. A importância do processo de educação permanente na formação do médico: o docente como inovador/mediador/indicador de condições de auto-aprendizagem. In: ARRUDA, B. K. C. (Org.) **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Infantil de Pernambuco (IMIP)/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. p. 179-200.

PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001.

SCHRAIBER, L. B. **Educação médica e capitalismo**. São Paulo/Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO,1989.

SOUSA, M. F. de. A Enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **REBEn**. Brasília, v. 53, n. especial, p. 25-30, dez. 2000.

TRAD, L. A. B., BASTOS A. C. S. O impacto sócio-cultural do programa de saúde da família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**. v. 14, n. 2, p. , abr/jun, 1998.

TIMOTEO, R. P. S. **Projeto Político Pedagógico da Enfermagem: um processo de construção coletiva**. Tese (Doutorado em Educação). Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2000.

UCHOA, S. A. C. **Análise de reestruturação dos modelos assistenciais de saúde em grandes cidades: padrões de custo e formas de financiamento - o enfoque epidemiológico e clínico na conformação do sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. 2002. (Relatório preliminar - mimeo).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Curso de Enfermagem. **Proposta de Currículo Pleno para o Curso de Enfermagem: Documento final**. Natal: UFRN, 1996.

_____. **Projeto Político Pedagógico**. Natal: UFRN, 2000.

_____. Curso de Medicina. **Projeto Político Pedagógico**. Natal: UFRN, 2001.

_____. Curso de Odontologia. **Projeto Político Pedagógico**. Natal: UFRN, 2002.

VEIGA, I. P. A.; RESENDE, L. M. G. de. (Orgs). **Escola: espaço do projeto político pedagógico**. 4. ed. Campinas/SP: Papirus, 2001.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. A reforma do sistema de saúde do Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS**, v. 8, n. 2, Rio de Janeiro, p. 11-38, 1998.

VIANA, A. L. As políticas de saúde no Brasil nas décadas de 80 e 90. O (longo) período de reformas. In: CANESQUI, A. M. (Org.) **Ciências Sociais em Saúde para o ensino médico**. São Paulo, HUCITEC/FAPESP, 2000. p. 113 – 133.