



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de  
Mesquita Filho  
Brasil

Silva Xavier, Alex da; Koifman, Lilian

Educação superior no Brasil e a formação dos profissionais de saúde com ênfase no envelhecimento

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 15, núm. 39, outubro-diciembre, 2011, pp. 973-984

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180121094007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Educação superior no Brasil e a formação dos profissionais de saúde com ênfase no envelhecimento

Alex da Silva Xavier<sup>1</sup>  
Lilian Koifman<sup>2</sup>

XAVIER, A.S.; KOIFMAN, L. Higher education in Brazil and the education of health care professionals with emphasis on aging. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.39, p.973-84, out./dez. 2011.

In this article we discuss professional health education with focus on aging, based on the higher education public policy in Brazil. We used the case study of Universidade Federal Fluminense (UFF). The central issue was considered the aging of the country's population, which strengthens the need to educate health professionals so that they are able to assist this specific group with quality. Based on the bibliographic survey of the area, we indicate that changes in the health professional's characteristics happen as a consequence of transformations in the social-political context, mainly the expansion of capitalism and the globalization process, which produce changes in the higher education public policies. We conclude that educating health professionals who are suitable to the social demands has been a challenging task; however, in the case of UFF, we have found an education directed to the care of the aged population, with curricula changes aiming to make the best of such characteristic.

**Keywords:** Public policies. Higher Education. Aging.

Neste artigo discutimos a formação profissional em saúde com foco no envelhecimento, a partir da política pública de Educação Superior no Brasil. Utilizamos o estudo de caso da Universidade Federal Fluminense (UFF). Consideramos, como questão central, o envelhecimento populacional no país, que reforça a necessidade de formação de profissionais de saúde que atendam, com qualidade, as especificidades desse grupo. Apoiados no levantamento bibliográfico da área, apontamos que as mudanças de característica do profissional de saúde se dão em consequência das transformações do contexto sociopolítico, sobretudo a expansão do capitalismo e o processo de mundialização, que imprimem mudanças nas políticas públicas de Educação Superior. Concluimos que formar profissionais de saúde adequados às demandas sociais tem sido desafiador, entretanto, no caso mais profundamente estudado, o da UFF, encontramos uma formação voltada para o atendimento à população idosa, com mudanças de currículos aprimorando tal característica.

**Palavras-chave:** Políticas públicas. Educação Superior. Envelhecimento.

<sup>1</sup> Centro Universitário Plínio Leito. Av. Visconde do Rio Branco, 123, Centro. Niterói, RJ, Brasil. 24.020-000. xavier\_fisio@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Departamento de Planejamento em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense.

## Introdução

Na atualidade, torna-se cada vez mais comum a percepção da necessidade de se formarem profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde, nessa perspectiva, tem investido esforços no sentido de manter, na agenda, as políticas públicas de formação direcionadas aos serviços, buscando aproximar as escolas de Formação em Saúde dos serviços de saúde, com objetivo final de melhorar a qualidade da assistência prestada (Ceccim, Armani, Rocha, 2002). De igual modo, políticas voltadas para grupos específicos também buscam corresponder a tal expectativa. Assim, tomaremos como exemplo a ser discutido as políticas cujo objeto principal é o indivíduo idoso.

Para tanto, consideramos que as medidas tomadas no âmbito da educação influenciarão constantemente o sistema de saúde. É consenso, entre os autores (Sguissardi, 2006; Macedo et al., 2005; Catani, Oliveira, Dourado, 2001; Albuquerque, 1995), que mudanças são tensionadas mundialmente, para que o sistema de educação corresponda às demandas do sistema capitalista vigente, onde a formação deve corresponder à produção de um profissional polivalente e flexível no menor espaço de tempo possível.

Segundo Catani, Oliveira, Dourado (2001, p.68-9),

As necessidades decorrentes do processo de mundialização implicam novos cenários competitivos, ocasionando a absorção de novos formatos organizacionais. Tais alterações são perceptíveis pela absorção da microeletrônica, em larga escala, desde as relações da indústria com os bancos e com o sistema financeiro até as infra-estruturas e serviços públicos, nível de qualificação de mão-de-obra, qualidade do serviço de pesquisa, dentre outros. A tecnologia tornou-se fator fundamental no contexto em que a competitividade e a produtividade se tornaram dogmas absolutos e sinônimo de luta pela sobrevivência no mundo dos negócios. Portanto, nesta ótica empresarial, verifica-se que grande parte das vantagens está associada à qualificação dos recursos humanos e à qualidade dos conhecimentos produzidos. Por isso, a questão da formação e da produção do conhecimento passou a ser de fundamental interesse das empresas, especialmente das transnacionais.

No cenário brasileiro, observa-se, a partir de pressões externas - sobretudo do Banco Interamericano de Desenvolvimento, Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial e outros - a cessão das obrigações do Estado e o ajuste estrutural aumentados no primeiro governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (entre 1995 e 1998). Nesse período, foram aprovadas grandes modificações na Educação Superior, resultando no desencadear do atual panorama de ensino universitário (Catani, Oliveira, Dourado, 2001; Silva Jr., Sguissardi, 1999).

O artigo tem por objetivo discutir a formação profissional em saúde com o foco no envelhecimento a partir da política pública de Educação Superior no Brasil. Nessa perspectiva, utilizamos o estudo de caso da Universidade Federal Fluminense (UFF) como suporte para a discussão. Entendemos que o envelhecimento populacional em curso no país assume características específicas, e a busca dessa parcela da população por serviços de saúde aponta para a necessidade de formação profissional em saúde que atenda com qualidade o indivíduo idoso, em conformidade com os princípios norteadores do SUS.

## Metodologia

O artigo é parte integrante do projeto de pesquisa "Implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa nos Cursos de Graduação em Saúde da Universidade Federal Fluminense", submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro. O objetivo é discutir a formação profissional em saúde com o foco no envelhecimento, a partir da política pública de Educação Superior no Brasil. Para desenvolver a pesquisa, utilizamos metodologia qualitativa do tipo estudo de caso da UFF.

Primeiro foi realizada análise documental, onde se verificaram os documentos. Inicialmente, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de graduação em Saúde, seguidas das portarias da Câmara

de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação (que tratam da carga horária mínima dos cursos de graduação em saúde), e grades curriculares dos cursos de graduação em saúde da UFF.

Em segundo lugar, foram realizadas 23 entrevistas semiabertas, distribuídas entre os seguintes atores sociais: sete coordenadores, 12 professores e quatro alunos de graduação dos cursos de Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social da UFF, e observação das escolas onde se localizavam os cursos estudados.

Foram selecionados como agentes da pesquisa: os coordenadores de curso das graduações supracitadas; professores que lecionavam disciplinas voltadas para o envelhecimento (ou que reconhecidamente eram referência para esse assunto na universidade em questão) e alunos que já tivessem cursado disciplinas sobre os temas de geronto/geriatria. Quanto à escolha do número de participantes, destacamos que, dos oito coordenadores, um não apresentou disponibilidade de tempo, impossibilitando a entrevista. Em relação aos professores, a quantidade de entrevistados reflete a totalidade de docentes de referência nas escolas. Já o número de alunos foi intencional e não de amostra probabilística.

Em relação à técnica de análise utilizada para as entrevistas, realizamos uma aproximação da Análise Temática (Minayo, 2008), com o processo de categorização dedutiva, buscando compreender em que medida os cursos de graduação em Saúde da UFF implementam a inclusão da geronto/geriatria em suas grades curriculares (Moraes, 2003).

Todas as entrevistas foram gravadas, o que possibilitou que os dados fossem submetidos à pré-análise por intermédio de sucessivas escutas das falas, seguidas de organização das categorias buscadas (disciplina, formação dos professores, atividades complementares e interação entre os cursos e ensino como possibilidade de mudança), e, na sequência, análise dos dados.

### Políticas públicas e formação em saúde

Historicamente, pode-se observar que, a partir de 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), incluiu-se a educação na agenda política do governo. Em 1934, então, como parte da 2ª carta constitucional promulgada, destacou-se um capítulo específico descrevendo a educação brasileira, onde é encontrada também, pela primeira vez (nas constituições existentes até então), citação direta sobre a Educação Superior no país. Desde então, o processo de formulação de políticas de Educação Superior sofre reorientações, até assumir a atual configuração estrutural com a promulgação da 5ª carta magna em 1988. A Constituição, que foi chamada de Cidadã, apresenta, além do conjunto de legislação complementar, o destaque para a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, sancionada em 1996 (Lima, Fonseca, Hochman, 2005; Silva Jr., Sguissardi, 1999).

Para Collares, Moysés e Geraldi (1999), a educação possui dois objetos: a formação intelectual e a formação social do homem. Em tal contexto, a formação sempre possui uma intenção, seja mais determinística ou dinâmica. No caso da determinística, demonstra, geralmente, grande rigidez no processo, com interesse em determinar a ação futura do indivíduo a partir do passado. No caso da formação dinâmica, considera a constituição do sujeito no próprio processo, que interage com a construção do conhecimento. A nosso juízo, a segunda abordagem possibilita a formação de sujeitos mais criativos e reflexivos, capazes de articular saberes e construir novas práticas.

A esse respeito, o texto constitucional de 1988 descreve em seu artigo 205: "A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua *qualificação para o trabalho*" (Brasil, 2000, p.118 - grifo nosso).

A Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases - LDB), que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, descreve, em seu parágrafo 2º, do artigo 1º, que "a educação escolar deverá vincular-se ao mundo do *trabalho* [grifo nosso] e à prática social" (Brasil, 2002, p.27). Assim, dentre os princípios em que o ensino deverá ser ministrado (art. 3º, item XI), encontramos o de "vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais" (p.28).

Ambos os documentos (Constituição Federal de 1988 e LDB) citam a qualificação para o trabalho como objetivo da educação. Neste momento, concordando com Leite, defendemos o conceito de

qualificação entendido como “capacidade de mobilizar saberes para dominar situações concretas de trabalho e transpor experiências adquiridas de uma situação concreta a outra” (Leite apud Freitas, Saul, 2007, p.19). Segundo Motta e Aguiar (2007), as modificações no mundo do trabalho exigem valorização da subjetividade, e, baseados nessa ideia, propõem a utilização do conceito de competência para considerar a formação profissional em saúde. Para esses autores, formação por competência remeteria, necessariamente, a um caráter polissêmico – condição de articular saberes em dada situação real e prática –, potencializando a subjetividade do indivíduo presente no conceito de qualificação.

Considerando a graduação em Saúde e a formação em Geriatria e Gerontologia, especificamente, as políticas públicas que tratam do idoso relatam a necessidade de realização de ações articuladas entre diversos setores (Brasil, 2006a). Entretanto, o setor de saúde acaba sendo o local onde se percebe ou não o atendimento às necessidades de formação profissional. Conforme aponta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, não temos, hoje, profissionais em número suficiente para atendimento das necessidades dessa população. Surge, como desafio, a conformação de uma estrutura de cuidado e suporte qualificados, além da necessidade de formação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa.

Assim, o Ministério da Saúde formulou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída em 2004 e alterada em 2007, com intuito de transformar e qualificar a Formação em Saúde. É verdade que a implementação da mesma tem sofrido alterações. Todavia, se de um lado ocorrem mudanças dos atores políticos envolvidos com a implementação dessa política pelo Estado, o que provoca momentos de fragilização intercalados por momentos de potencialização, de outro, esse processo - conforme sugerem Arretche (2005) e Menicucci (2007) - permite momentos de reformulação constante, impondo um caráter dinâmico à implementação da política.

A proposta da Educação Permanente em Saúde foi propagada com o objetivo de intervir na carência estrutural encontrada na formação dos profissionais de saúde (Lopes et al., 2007). A mesma está voltada, essencialmente, para a aprendizagem em serviço, a partir dos desconfortos vivenciados no próprio cotidiano do trabalho, com o que pretende dialogar com as práticas e concepções vigentes, buscando problematizá-los (Lopes et al., 2007; Ceccim, 2005a). É um modelo em que o profissional é colocado no núcleo do processo ensino e aprendizagem, onde são considerados todos os processos de subjetivação, valorizando-se sua capacidade criativa e o conhecimento produzido na práxis. Assim, a educação permanente apresenta-se como duplamente produtora, haja vista a produção do cuidado (no caso da saúde) assim como a produção do trabalhador (Franco, 2007; Ceccim, 2005b; Ceccim, Feuerwerker, 2004), destacando que a formação se dá no próprio cotidiano do serviço (Brasil, 2009).

No caso da educação para a saúde, Franco (2007, p.436) afirma:

A atividade de trabalho na saúde produz enunciado durante todo o seu processo. Pela sua natureza relacional, a dinâmica do trabalho vivo em ato traz a possibilidade de ter o mundo da saúde em transformação e, sobretudo, a implicação dos sujeitos com a atividade produtiva. Tudo isso traz, em si, a potência da mudança dos trabalhadores e dos usuários. A produção pedagógica ocorre *pari passu* à produção do cuidado, sendo constitutivos da mesma os processos de cognição e formação de novas subjetividades.

No que diz respeito à formação profissional em Gerontologia, Motta e Aguiar (2007) afirmam que as mudanças no mundo do trabalho trazem a valorização da subjetividade e a ideia de formação por competência, entendida como a condição de articular saberes em dada situação real e prática. Dessa maneira, a educação permanente vem responder a tal perspectiva, levando em consideração os processos de constituição do sujeito.

### **Mudanças na graduação**

A LDB, reafirmando parte do artigo 207 da Constituição Federal, traz ao processo de graduação, a partir de 1996, importantes mudanças que proporcionam um novo desenho da Educação Superior brasileira. Seu artigo 53 concede ampla autonomia às universidades, contribuindo para o aumento do

número de vagas, o aumento do número de cursos e a ampliação do setor privado de ensino (Brasil, 2002).

Para aqueles cursos de graduação denominados, segundo o Conselho Nacional de Saúde, de grande área da saúde (Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional), os dados até 2003 descrevem o quadro que comentamos a seguir.

Quanto à localização podemos observar que o número de vagas e egressos dos cursos de graduação em Saúde não acontece de maneira uniforme no território nacional. A Região Norte e a Centro-Oeste, a seguir, são as que possuem menor registro, enquanto a Região Sudeste concentra grande quantidade de cursos. Ao somarmos os números relativos às ofertas das regiões Norte, Centro-Oeste, Nordeste e Sul, as mesmas não correspondem a 50%, ou seja, o Sudeste possui oferta majoritária em cursos de saúde (Brasil, 2006b).

Quanto à ampliação do setor privado de ensino de graduação, verifica-se que 70% dos cursos de Saúde, 85,3% das vagas e 67% dos egressos são oriundos de instituições privadas. Soma-se a isso o fato da multiplicidade de currículos para cada curso, conforme determinação de cada instituição de ensino, dado que, a partir da Lei 9.394/96, o processo de autonomia das universidades também permite a elas estabelecerem os currículos de seus cursos e programas (Brasil, 2006b, 2002).

Com esses dados, propomos uma reflexão sobre as intencionalidades do processo de autonomia, gerado a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9.394/96), nas instituições de Ensino Superior (IES) e em seus cursos de graduação. É evidente o vertiginoso crescimento do número de instituições de Educação Superior privadas verificado a partir dos anos 90 do século passado. Essa tendência só foi interrompida em 2008, conforme demonstrado no último censo da Educação Superior realizado. Especialistas responsabilizam a integração – seja por fusão ou por compra das instituições – por esse decréscimo. Todavia, garantem que este acontecimento não interfere significativamente no crescimento do número de vagas ofertadas.

No período de 2001 a 2004, a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação publicou as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação em Saúde, com intuito de orientar a elaboração dos currículos e, ao mesmo tempo, assegurar a flexibilidade conquistada. Procurando estabelecer uma relação entre as diretrizes, a transição demográfica, a transição epidemiológica e a atenção à saúde do idoso, avaliamos as DCNs de cada um dos cursos (considerados pelo Conselho Nacional de Saúde como profissões de saúde). Constatamos que, em relação aos conhecimentos exigidos para se alcançarem as competências e habilidades específicas por curso (conteúdos essenciais à formação de cada um desses profissionais), apenas os cursos de Educação Física, Enfermagem, Medicina e Nutrição referem-se diretamente ao envelhecimento ou ao idoso em suas respectivas DCNs.

Assim, ao relacionarmos a demanda da população idosa por serviços de saúde e a responsabilidade das IES com a formação voltada para a realidade dos serviços de saúde, percebemos que, a despeito da ideia de oxigenação dos componentes curriculares e a possibilidade de aproximação dos cursos de graduação a uma realidade profissional (anteriormente limitada nos “Currículos mínimos”), encontra-se uma flexibilização excessiva dos currículos e ‘aligeiramento’ da formação acadêmica. Tal processo, ao menos no caso das graduações em Saúde, além de não garantir a aproximação da academia com a realidade dos serviços, tem contribuído para a falta de conteúdo de Geriatria e/ou Gerontologia nos currículos. Entre outros motivos, vemos que a diminuição da carga horária mínima para os cursos de graduação aumenta a disputa entre os conteúdos necessários à integralização dos cursos e parece acirrar o corporativismo nas profissões de saúde, à medida que sustenta cargas horárias extremamente distintas (entre 3200 e 7200).

Conforme a literatura (Motta, Aguiar, 2007; Diogo, 2004), observa-se que, apesar do rápido aumento do número de idosos no Brasil (senescentes e senis) e consequente aumento da utilização dos serviços de saúde por essa faixa etária, o número de Instituições de Ensino Superior que têm disponibilizado disciplinas direcionadas ao envelhecimento, em seus cursos de graduação em saúde, tem sido pequeno.

Para Catani, Oliveira, Dourado (2001, p.11),



A questão central nesse cenário de diversificação e diferenciação da educação superior no Brasil, no tocante à reformulação curricular dos cursos de graduação, não parece ser o da flexibilização curricular em si, uma vez que esta é expressão de diferentes concepções e desdobramentos acadêmicos. Por essa razão, é preciso ter claro que a política oficial, ao se apropriar e redirecionar essa temática, em uma perspectiva pragmática e utilitarista de ajuste ao mercado, reduz a função social da educação superior ao ideário da preparação para o trabalho, a partir da redefinição de *perfis profissionais baseados em habilidades e competências hipoteticamente requeridas pelo mercado de trabalho em mutação* [grifo nosso].

As IES, em um contexto geral, muitas vezes apontam para a preocupação em formar acadêmicos com habilidades e competências por demais específicas, reforçando uma formação menos generalista e priorizando certa inclinação a especialização já na graduação. Nesse contexto, deixa a desejar em questões que realmente dizem respeito ao trabalho, como, por exemplo, a abordagem do envelhecimento na graduação, que é encontrada de forma incipiente. É evidente o fato de as IES não formarem seus profissionais de saúde com habilidades e competências para abordarem o idoso e o processo de envelhecimento na mesma velocidade em que se dá o envelhecimento populacional brasileiro e o aumento do número de idosos nos serviços de saúde. O que se observa, de forma geral, quando olhamos para as graduações pensando o envelhecimento, é um descompasso entre a formação e a transição demográfica.

Vale aqui registrar que compreender a realidade dos serviços de saúde significa, também, questionar quem são os sujeitos que buscam este serviço. Não para corresponder a uma atuação em saúde reducionista baseada em uma formação tradicional e biologicista, mas sim a uma atenção integral e centrada no sujeito. O envelhecimento populacional brasileiro é um fato. Aproximadamente 14% da população do nosso país são compostos por idosos, e estima-se, para o ano de 2025, o sexto lugar na *ranking* mundial. É verdade que novas imagens e representações a respeito da velhice brasileira têm surgido, desenhando um perfil mais positivo dessa fase vivida com heterogeneidade – sobretudo quando nos referimos às condições físicas e mentais. Entretanto, não é possível desconsiderar as pesquisas, quando apontam para a maior utilização dos serviços públicos de saúde por idosos, enfatizando a maior frequência nas internações, bem como maior tempo de ocupação comparativamente às demais faixas etárias (Veras, 2009; Nunes, 2004). O relato de uma professora de um dos cursos de saúde da UFF é um exemplo: “A demanda maior de pacientes tratados é de idosos, 70% de idosos. Se entrar na Cardiologia do Hospital Antônio Pedro, no 7º andar, dos quatro leitos, três, quicá quatro, são idosos, idosos mesmo, 80, 90 anos”.

Em um contexto de utilização do serviço de saúde por uma faixa etária específica, entendemos que cabe à formação superior a função social de preparar seus profissionais de saúde para assistirem tais sujeitos com um olhar biopsicossocial do processo saúde-doença. Entretanto, alguns autores (Motta, Aguiar, 2007; Diogo, 2004) afirmam que a academia não tem formado nessa perspectiva, ao menos, não de forma direta, objetiva, assumindo isso como uma necessidade social. Apostamos que, para além das questões de transições demográficas e epidemiológicas, aproximar o aluno das limitações de compreender o envelhecimento a partir da idade cronológica, relativizar a ideia de que a discriminação de idosos parte do fato de os mesmos se encontrarem excluídos da cadeia de produção, e criticar os mecanismos disciplinadores da gerontologia sobre a vida humana, são dispositivos que poderão interferir beneficentemente na atuação profissional em saúde. Acreditamos que a divisão de disciplinas por faixa etária, o oferecimento de disciplina no campo da Gerontologia e a valorização da necessidade da interdisciplinaridade, são estratégias que podem beneficiar a abordagem biopsicossocial do idoso. Nesse sentido, compactuamos com a ideia de que a Geriatria está contemplada nesse campo, com a responsabilidade de identificar, prevenir e/ou tratar as doenças comuns na velhice.

Por Gerontologia entendemos: o campo que se propõe estudar/compreender os fenômenos multifacetados e multifatoriais, com intuito de responder aos aspectos biológicos, sociais, psíquicos, legais e outros que envolvem o envelhecimento. O campo gerontologia diferencia-se da disciplina dado que o primeiro atua dentro e fora dos limites da universidade, quando a segunda limita-se ao interior da mesma (Prado, Sayd, 2006; Papaléo Netto, 2002).

No mais, destacamos a necessidade de maior aproximação entre o ensino e os serviços de saúde. A indissociabilidade entre os dois possibilita que, consequentemente, o aluno tenha contato, durante a formação, com o cotidiano do trabalho em saúde, correspondendo ao desafio de produção de saúde em ato, o que proporciona o aprendizado do cuidado em conjunto com a população assistida. Para além de aprender uma abordagem gerontológica, tal aproximação é um investimento na compreensão da realidade complexa dos serviços de saúde, incluído o cuidar da população que envelhece com características específicas desse serviço.

Em estudo anterior realizado na UFF, com intuito de verificar a construção do modelo a partir do qual os currículos dos cursos de Medicina têm se apoiado, Koifman (2001) considera que a abordagem de disciplinas por faixa etária propicia uma formação mais humanista. Possivelmente, essa abordagem, que permite uma ação educativa problematizadora presente no curso de Medicina dessa instituição, contribui para a diferença quando se compara essa universidade com as demais presentes no cenário da educação brasileira. Motta e Aguiar (2007) alertam que o modelo biomédico hegemônico, da forma como está implantado, torna secundários os aspectos sociais, econômicos e subjetivos na determinação do processo saúde-doença, sugerindo que modelos mais ampliados para uma abordagem ao idoso deverão utilizar-se da Gerontologia.

Em relação às tendências e perspectivas do desenho do campo de pesquisas com idosos no Brasil, em 2002 era possível observar que as mesmas possuíam maior enfoque na disciplina Geriatria – aproximadamente 58% da produção (Freitas et al., 2002). Porém, nessa mesma pesquisa, quando foi estratificada a produção por níveis – graduação, mestrado, doutorado e livre-docência –, ficou claro que, nos dois níveis mais altos, a produção no campo da Gerontologia era o dobro daquela localizada na Geriatria. Segundo os autores do trabalho, tal fato se devia à necessidade de as pesquisas sobre envelhecimento nesses níveis não ficarem limitadas aos fatores físicos e biológicos, mas alcançarem uma visão psicossocial e cultural. Compreender que o processo saúde-doença é construído por intermédio das interações psicossociais e culturais, para além daquelas físicas e mentais, é admitir que os profissionais precisam aproximar-se dessa dimensão já na graduação. Mesmo porque a grande parcela dos profissionais de assistência nos serviços de saúde, geralmente, não busca os cursos *stricto sensu*.

Acreditamos, concordando com os demais autores (Motta, Aguiar, 2007; Papaléo, 2002), que a interdisciplinaridade é essencial na abordagem do indivíduo idoso, uma vez que o processo de envelhecimento é construído por intermédio de fatores diversos, tais como: biológicos, psicológicos, sociais, religiosos e culturais. E intervir positivamente nesta faixa etária significa propor estratégias criativas de práticas interdisciplinares que valorizem o indivíduo dentro de seu contexto social.

Considerada a escassez de recursos de saúde para atendimento à saúde do idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa expõe a necessidade de formação de profissionais para atuarem com envelhecimento, estando tal necessidade contemplada enquanto diretriz da própria política. A intersetorialidade é apresentada como estratégia para o alcance da diretriz em questão. Como exemplo, temos: a necessidade de ações do setor educação que possam dar suporte ao setor saúde, como inclusão de disciplinas específicas que abordem o envelhecimento nos currículos de graduação; utilização de metodologias, material didático e currículos que atendam a PNSPI; além de incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia. Trata-se de apostar em ações interligadas que beneficiem a formação profissional em saúde, uma postura que pode ser verificada em documentos que antecedem a PNSPI, dentre eles a Lei Orgânica da Saúde, a Política Nacional do Idoso e o Pacto Pela Saúde.

Além da Educação, mantendo-se a ótica da intersetorialidade, em 8 de agosto de 2007, o governo federal publica a portaria nº 1.873/07, que institui o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para elaboração do Plano Nacional Integrado de Ações de Proteção à Pessoa Idosa – Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e Sistema Único de Saúde. Configura-se, assim, uma conduta direcionada ao acompanhamento e abordagem integral e integrada da pessoa idosa.

A despeito do número incipiente de IES que organizam a temática idoso em seus currículos, constatamos que existe uma formulação crescente de políticas posicionadas no campo da proteção social que tensionam a existência do tema nos cursos de graduação em saúde. Isso sugere uma expectativa para implementação desses documentos nos próximos anos. Acreditamos que as IES caminham para um período de adequação de seus currículos e campos de prática educacional.



Alertamos, aqui, que os movimentos e órgãos sociais ligados aos idosos possuem importância ímpar, dado que reivindicações desse campo geralmente são acolhidas pela academia - a exemplo, observamos como a PNSPI tem sido implementada nos cursos de graduação em saúde da UFF, apostando que experiências exitosas são passíveis de reprodução.

### **Os cursos de graduação em saúde da UFF**

O estudo abrangente de Paula (2008), realizado no município de Niterói, com o objetivo de traçar um perfil das instituições de Educação Superior desse município, aponta a UFF como a única universidade pública existente na localidade.

Das 14 profissões consideradas pelo Conselho Nacional de Saúde como categorias de saúde, a Universidade Federal Fluminense possui 11 cursos em funcionamento. Enquanto os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional têm seus projetos pedagógicos e currículos já formulados aguardando implementação, o curso de Fonoaudiologia iniciou sua primeira turma no primeiro semestre letivo de 2010 em Nova Friburgo, e os cursos de Biomedicina e Educação Física estão com as suas respectivas primeiras turmas em curso em Niterói. Os demais cursos encontram-se estabelecidos e passam ou passaram recentemente por processos de reformulação. Alguns, como é o caso da Nutrição e da Farmácia, mantêm dois currículos simultâneos em andamento (o antigo e o reformulado) (Universidade Federal Fluminense, 2008; Brasil, 1998). Segundo Paula (2008), a UFF é a instituição de Educação Superior de maior importância na cidade onde está localizada, que, em 2004, registrava 16 instituições de Educação Superior, 15 delas privadas. Apesar de estar presente em 15 municípios do estado do Rio de Janeiro, a UFF tem, em Niterói, seu município sede, onde as faculdades, escolas e institutos encontram-se distribuídos ao longo de vários bairros. Concordamos com a autora quanto à relevância das atividades de pesquisa e extensão desenvolvidas pela UFF para o desenvolvimento do município e do estado do Rio de Janeiro. Dentre essas, destacamos os projetos de pesquisa e extensão voltados ao envelhecimento, como os desenvolvidos pela Escola de Serviço Social e pelo Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia.

Ao estudarmos o caso da UFF, como nosso campo de pesquisa, pudemos observar que, na graduação em Farmácia, as mudanças acontecem de forma vertical e destinam-se a cumprir exigências do Ministério da Educação relacionadas à formação do farmacêutico, que, atualmente, tem obrigatoriedade de formar-se generalista. Já no Curso de Nutrição, o processo de reformulação ocorreu de forma participativa e a partir da compreensão da necessidade de mudanças pelo conjunto de atores envolvidos no curso, para maior aproximação do Sistema Único de Saúde.

Na UFF, o curso oferecido pela Faculdade de Farmácia era industrial, com a possibilidade de habilitação em Bioquímica (ênfase em Alimentos ou Análises Clínicas). Para cumprir tais exigências, o curso aumentou o tempo de integralização, passando de quatro anos e meio para cinco anos de formação. No caso de Nutrição, a alteração curricular não significou aumento no tempo de integralização do curso.

Avaliando a grade curricular dos citados cursos da UFF em funcionamento, verificamos que os mesmos apresentam cargas horárias extremamente heterogêneas, variando aproximadamente entre três mil e nove mil horas. Nesse ponto, temos nosso primeiro questionamento quanto às considerações preliminares: flexibilizar a formação a ponto de possibilitar tamanha diferença entre cursos permite categorizá-los, muitas vezes, especulando-se o lugar que cada um deles deve assumir no desempenho das profissões. Institucionalmente, falamos de cursos que, apesar de classificados como categorias de saúde pelo Conselho Nacional de Saúde, encontram-se trancados em seus institutos e/ou departamentos com lógicas organizacionais distintas. Se as políticas de saúde<sup>3</sup> têm buscado a criação de equipes multiprofissionais e de um saber que é construído por meio do biopsicossocial, as universidades ainda reproduzem seus nichos corporativos.

Durante o nosso trabalho de campo para produção destes dados, foi comum que os entrevistados se referissem a estruturas de organização não mais existentes na UFF, teoricamente, como é o caso do Centro de Ciências Médicas ou Centro de Estudos Gerais. Pelo que parece, tais estruturas permanecem no modo com que os indivíduos operam suas ações profissionais.

<sup>3</sup> Referimos-nos às Diretrizes Curriculares Nacionais – que, em sua maioria, citam o trabalho em equipe, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – uma vez que propõem a gestão colegiada, a Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa – logo que, dentre suas diretrizes, temos o estímulo às ações intersetoriais, com objetivo de alcançar a atenção integral, além da própria legislação que regulamenta o Sistema Único de Saúde – cuja integralidade de assistência é um princípio. Entendemos que a atenção integral só é possível de ser alcançada à medida que caminhamos em direção oposta à fragmentação das práticas e saberes, possibilitando diálogo e trabalho em equipe, e apostamos que, quando as políticas investem em uma perspectiva de integralidade, essencialmente apontam para este entendimento.

Para Motta e Aguiar (2007), a verticalização e a departamentalização das estruturas universitárias e o viés corporativista, que disputam saberes e competências específicas, proporcionam aos alunos vivências contrárias à ideia de interdisciplinaridade.

Continuando a avaliação das grades curriculares, excluindo a Medicina Veterinária, foi possível, a princípio, identificar o conteúdo envelhecimento apenas nos cursos de Enfermagem e Medicina, já que apenas esses cursos possuem esta disciplina na modalidade obrigatória, e as disciplinas optativas e eletivas não são discriminadas na grade curricular. Todavia, em entrevistas com os coordenadores e professores dos cursos, constatamos que os cursos de Educação Física, Odontologia, Serviço Social também apresentavam disciplinas específicas voltadas para a atenção ao idoso, entretanto apenas na modalidade optativa. Consideramos que o oferecimento de disciplinas apenas na modalidade optativa coloca o conteúdo em uma posição frágil, já que, em alguns cursos, podem deixar de ser oferecidas em um determinado momento em que se julgue outra disciplina mais importante. Em entrevista, uma professora, ao ser questionada quanto à importância dessa disciplina ser oferecida na modalidade obrigatória, responde: “Na verdade, não só essa disciplina como várias outras deveriam ser obrigatórias, só que o currículo tem dar conta de uma série de conteúdos”. O fato sugere que as disciplinas em modalidade optativas disputam entre si para se manterem.

Em todos os cursos que oferecem disciplinas optativas voltadas para a atenção ao idoso, foi possível localizar a abordagem no campo da gerontologia, inclusive na graduação em Enfermagem e Medicina. Por outro lado, as disciplinas obrigatórias, além de se localizarem no campo específico da Geriatria, concorrem com conteúdos de adultos jovens, conforme relato de um dos entrevistados:

“Estas duas disciplinas [obrigatórias] não trabalham especificamente com idosos, elas trabalham com adultos e idosos em situações clínicas. Todas as patologias clínicas de adultos e idosos. A disciplina que discute hoje a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e as suas implicações sociais, as questões sociais que envolvem o envelhecimento e os aspectos biológicos do envelhecimento humano é a optativa”.

## Considerações finais

É premente a necessidade de formação profissional em Saúde para o SUS. Nesse contexto, o Ministério da Saúde tem investido esforços no sentido de manter, na agenda, políticas públicas de formação direcionada aos serviços, buscando aproximar escolas e serviços de saúde, com fins de qualificar a assistência prestada. Em contrapartida, mudanças são tensionadas mundialmente para que o sistema de educação corresponda à economia capitalista vigente, exigindo formação profissional polivalente e flexível. Defendemos que a implementação da PNSPI, especificamente no que diz respeito à formação de profissionais de nível superior em Saúde, encontra-se neste campo de discussão e, como tal, pode contribuir para exemplificar alguns avanços e retrocessos na perspectiva da formação para atendimento das necessidades da população. O que leva-nos a afirmar que, de um modo geral, a formação não tem atendido à necessidade do Sistema Único de Saúde.

E isso tem ocorrido a despeito das orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de graduação em Saúde, para a necessidade de formar

profissionais capazes de intervirem no processo saúde-doença prevalente. Tal flexibilidade, somada à tensão por formação em período/cargas horárias totais de curso cada vez menores, ameaça a garantia de uma formação que corresponda efetivamente ao perfil demográfico e epidemiológico, ditado pelo envelhecimento populacional. As mudanças relativas à necessidade de formar profissionais de nível superior em saúde com habilidades e competências específicas para lidarem com o idoso, de maneira geral, não correspondem ao rápido envelhecimento populacional vivenciado no Brasil. Existem avanços quando nos referimos à formulação e implementação de políticas públicas de formação específicas no campo da gerontologia, mas destacamos a urgência de se aumentar a velocidade de implementação das mesmas e divulgação de experiências exitosas nesse campo.

No caso da UFF, percebemos uma tendência à implantação de disciplinas específicas que abordam o envelhecimento em seus cursos de graduação em Saúde e uma aproximação da necessidade dos serviços saúde. Acreditamos que a Universidade encontra-se na construção de um modelo de Formação em Saúde que considera o idoso em suas especificidades. Todavia, entendendo ser a função do profissional de saúde atender ao doente e à doença, alertamos para o risco de que os currículos privilegiem a ideia de Geriatria que desconsidere os determinantes sociais da saúde. Problematicamos, ainda, a noção de Geriatria especificamente como especialidade médica. Ora, se entendemos que cabe à Geriatria identificar, prevenir e/ou tratar aquelas doenças comuns no envelhecimento, reduzi-la a uma profissão – neste caso a Medicina – seria desconsiderar a atuação dos demais profissionais de saúde na intervenção do processo saúde-doença. A nosso ver, a geriatria presta-se à clínica, seja na medicina, na enfermagem, na fisioterapia ou em qualquer outra profissão de saúde. Reforçamos a postura de apoio à implementação da disciplina de Gerontologia, pois, afinal, acreditamos que, nela, a Geriatria está contemplada. Do contrário, estaríamos negando a função precípua da atuação dos profissionais de saúde.

Em relação às disciplinas obrigatórias, Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso I e II, Medicina Integral do Adulto e do Idoso I, II, III e IV, conforme nome e conteúdo das mesmas, observamos que suas ementas não tratam especificamente do velho, o que possibilita concorrência entre as faixas etárias a serem abordadas. No mais, a maior parcela dos conteúdos trabalhados parece estar voltada à Geriatria, enquanto aquelas que privilegiam a Gerontologia encontram-se na modalidade optativa, e assim apresentam possibilidade de não serem oferecidas em um determinado momento da história do curso.

Para além da existência das disciplinas especificamente voltadas ao desenvolvimento de capacidade e habilidade com idosos, registramos a existência de disciplinas outras que abordam tal relação, demonstrando a abordagem do tema de maneira transversal no curso. Nesse sentido, destacamos as seguintes disciplinas: Trabalho de Campo Supervisionado I, Internato em Clínica Médica (Curso de Medicina), Metodologia da Pesquisa, Enfermagem em Saúde Coletiva I e Fundamentos de Enfermagem I e II (curso de Enfermagem), que, a partir da Gerontologia, trabalham seus objetos específicos. Nestes casos, salientamos que a manutenção de tal aproximação acontece devido à iniciativa particular dos professores responsáveis por tais disciplinas no momento, o que sugere certa instabilidade na perpetuação da abordagem do tema desta maneira.

### Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

### Referências

- ALBUQUERQUE NETO, A.S. Legislação e política educacional brasileira. *Rev. Bras. Est. Pedag.*, v.76, n.184, p.725-34, 1995.
- ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N.T. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.285-306.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro do Estado da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006a. Seção 1, p.142.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. **Lei de diretrizes e bases da educação**. (Lei 9.394/96) 5.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988. São Paulo: Ed. Saraiva, 2000.

CATANI, A.M.; OLIVEIRA, J.F.; DOURADO, L.F. Política educacional, mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular dos cursos de graduação no Brasil. **Educ. Soc.**, v.22, n.75, p.39-83, 2001.

CECCIM, R.B. Educação permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.16, p.161-77, 2005a.

\_\_\_\_\_. Educação permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n. 4, p.975-86, 2005b.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B.; ROCHA, C.F. O que dizem a legislação e controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Cienc. Saude Colet.**, v.7, n.2, p.373-83, 2002.

COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A.; GERALDI, J.W. Educação continuada: a política da descontinuidade. **Educ. Soc.**, v.20, n.68, p.202-19, 1999.

DIOGO, M.J.D. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.12, n.2, p.280-2, 2004.

DOURADO, L.F. A reforma do Estado e as políticas para educação superior no Brasil nos anos 90. **Educ. Soc.**, v.23, n.80, p.234-52, 2002.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do Sistema de Saúde no Brasil. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.11, n.23, p.427-38, 2007.

FREITAS, J.C.; SAUL, A.M. (Orgs.). **Políticas públicas de qualificação**: desafios atuais. São Paulo: A + Comunicação, 2007.

FREITAS, M.C. et al. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão de literatura. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.10, n.2, p.221-8, 2002.

LIMA, N.T.; FONSECA, C.M.O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N.T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.27-58.

LOPES, S.R.S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comun. Cienc. Saude**, v.18, n.2, p.147-55, 2007.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **Hist. Cienc. Saude – Manguinhos**, v.8, n.1, p.49-70, 2001.

MACEDO, A.R. et al. Educação superior no século XXI e a reforma universitária brasileira. **Ensaio: Aval. Pol. Publ. Educ.**, v.13, n.47, p.127-48, 2005.

MENICUCCI, T.M.G. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). **Políticas públicas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.303-26.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Cienc. Educ.**, v.9, n.2, p.191-211, 2003.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Cienc. Saude Colet.**, v.12, n.2, p.363-72, 2007.

NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, A.A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p.427-50.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. et al. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.2-12.

PAULA, M.F. Cartografia da educação superior no município de Niterói. **Avaliação**, v.13, n.1, p.63-88, 2008.

PRADO, S.D.; SAYD, J.D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Cienc. Saude Colet.**, v.11, n.2, p.491-501, 2006.

SILVA JR., J.R.; SGUISSARDI, V. **Novas faces da educação superior no Brasil**: reformas do estado e mudanças na produção. Bragança Paulista: EDUSF, 1999.

SGUISSARDI, V. Reforma universitária no Brasil – 1995-2006: precária trajetória e incerto futuro. **Educ. Soc.**, v.27, n.96, p.1021-56, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. Pró-reitoria de Assuntos Acadêmicos. **Cursos**, 2008. Disponível em: <<http://www.proac.uff.br/curso/graduacao>>. Acesso em: 5 jul. 2008.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saude Publica**, v.43, n.3, p.548-54, 2009.

XAVIER, A.S.; KOIFMAN, L. Educación superior en Brasil y la formación de los profesionales de salud con énfasis en el envejecimiento. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.39, p.973-84, out./dez. 2011.

Discutimos la formación profesional en salud enfocando el envejecimiento, a partir de las políticas de educación superior en Brasil. Utilizamos el estudio de caso de la Universidad Federal Fluminense (UFF). Consideramos como cuestión central el envejecimiento de la población en Brasil, que muestra la necesidad de la formación de profesionales de salud que puedan ofrecer atención con calidad a las especificidades de este grupo. A partir de la revisión bibliográfica, destacamos que los cambios de características en el profesional de salud se desarrollan como consecuencia de las transformaciones del contexto socio-político, principalmente la expansión del capitalismo y el proceso de mundialización que promueven cambios en las políticas públicas de educación superior. Concluimos que formar profesionales de salud adecuados a las demandas sociales es un desafío, pero, en el caso de la UFF, encontramos una formación encaminada a la atención a la población anciana, con cambios curriculares que mejoran tal característica.

*Palabras clave*: Políticas públicas. Educación Superior. Envejecimiento.

Recebido em 09/04/10. Aprovado em 11/01/11.