



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Oliveira da Silva, Vinício; Mattos Alves de Santana, Patrícia Maria
Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas
e desafios

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 19, núm. 52, enero-marzo, 2015

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180138352011>

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

re^oalyc.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

Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios

Vinício Oliveira da Silva^(a)

Patrícia Maria Mattos Alves de Santana^(b)

Silva VO, Santana PMMA. Curriculum content and Brazilian Health System (SUS): analytical categories, gaps and challenges. Interface (Botucatu).

The aim of this study was to describe and analyze the gaps and challenges in the directionality of curriculum content for the Brazilian Health System (SUS) in the light of the National Curriculum Guidelines. This was a quantitative and qualitative documentary study. To explore the curriculum content, the following analytical categories were used: a) focus of care; b) scope of care; and c) dimensions of the individuals and population considered with regard to care. Results indicate that to transform the healthcare model in Brazil and thus consolidate SUS, there is a need for professional training with a curriculum structure that makes it possible to comprehend the subjective aspects of human health and to understand that education and professional training are not distinct and independent from daily practices and healthcare services.

Keywords: Human resources training. Curriculum. Brazilian Health System. Public Health.

O objetivo deste estudo foi descrever e analisar as lacunas e desafios na direcionalidade de conteúdos curriculares para o Sistema Único de Saúde (SUS) à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais. Trata-se de uma pesquisa documental quantiquantitativa. Para a exploração do conteúdo curricular, adotaram-se as seguintes categorias analíticas: a) foco do cuidado; b) âmbito do cuidado, e c) dimensões dos indivíduos e população consideradas no cuidado. Resultados indicam que, para a transformação do modelo de atenção em saúde no Brasil e, por conseguinte, para a consolidação do SUS, é necessária uma formação profissional com estrutura curricular que viabilize a compreensão dos aspectos subjetivos da saúde do ser humano e que a educação/formação profissional não represente momento distinto e independente do cotidiano das práticas e serviços de saúde.

Palavras-chave: Formação de Recursos Humanos. Currículo. Sistema Único de Saúde. Saúde Pública.

^(a) Mestrando, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Rua Basílio da Gama, s/n, campus universitário Canela. Salvador, BA, Brasil. 40110-040. vinicio_oliveira@hotmail.com

^(b) Secretária da Saúde do Estado da Bahia. Salvador, BA, Brasil. Santana. patriciamattos@gmail.com

Introdução

Nas últimas décadas, o Brasil vem passando pela construção e redefinição do seu sistema público de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem demonstrado importantes avanços, sobretudo no que diz respeito à universalização do acesso aos serviços e à redução das desigualdades sociais, porém inúmeros desafios persistem e colocam o SUS longe da efetivação dos seus princípios, dentre os quais as distorções na formação humanística da força de trabalho que opera o sistema¹.

Os princípios do SUS vêm sendo problematizados à luz da formação profissional, os quais exigem que os profissionais de saúde se tornem mais responsáveis pelos resultados das ações, uma vez que tais princípios supõem uma ampliação da “dimensão cuidadora” na prática profissional. A efetivação desses princípios compõe o desafio de implantação do SUS no Brasil, visto que implica a reordenação das práticas e dos serviços, consequentemente, a redefinição do modelo de atenção em saúde².

Nesse sentido, diversos autores^{1,3-6} pontuam a necessidade de profissionais comprometidos ética e politicamente, que valorizem as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e agravos, e atenção integral. Segundo Almeida Filho¹, a força de trabalho ideal para o SUS é caracterizada por profissionais qualificados, direcionados para boas práticas baseadas em evidência científica, bem capacitados e comprometidos com a igualdade na saúde.

Desde o ano de 1986, quando foi realizada a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, a formação de profissionais para o SUS está presente nas pautas em âmbito nacional, mobilizando, assim, uma série de programas e projetos direcionados à formação/capacitação de recursos humanos³. A execução de um novo olhar na atenção à saúde requer a participação das escolas de Ensino Superior, além de outros segmentos, no que diz respeito à formação de profissionais de saúde habilitados para atender ao ideário do SUS.

É nesse contexto que se insere a atual Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais, aprovada em novembro de 2001, cujo texto enuncia os princípios e diretrizes do SUS como elementos fundamentais na formação de um profissional integral, capaz de intervir no processo saúde-doença, objetivando a eficiência e a resolutividade, o que, consequentemente, busca reduzir a lacuna existente entre a formação e a assistência individual⁷.

A reformulação das Diretrizes Curriculares para os cursos da área da saúde é “antiga”, porém, a discussão é bastante atual. O estudo de Pinto et al.³, que mapeou a produção científica sobre Trabalho e educação em Saúde no Brasil, aponta que 71,2% das publicações referem-se à formação/capacitação dos profissionais de saúde. Essa numerosa produção reafirma a grande preocupação com a questão da formação, um desafio imposto pelo trabalho em saúde na sociedade contemporânea, ainda a ser superado.

Segundo Teixeira et al.⁴, nos últimos anos, no Brasil, houve uma grande expansão do número de escolas e cursos na área da saúde, sobretudo no setor privado, e, em consequência, observa-se o desencadeamento de reformas curriculares. Não obstante, mesmo após mais de dez anos de existência da Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais, Almeida Filho¹ aponta que a universidade brasileira, em seu regime ainda hegemônico, submete seus ingressantes a uma formação baseada em currículos fechados, menos interdisciplinares e cada vez mais especializados, pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde e com tendência à alienação, dificultando, assim, um eficiente trabalho em equipe.

Considerando tais pressupostos, falar da formação em saúde como estratégia para a consolidação do SUS implica refletir sobre as diretrizes curriculares como uma base conceitual, filosófica e metodológica, as quais direcionam uma nova proposta pedagógica no processo de construção de um perfil profissiográfico. Estes devem ser dotados de competências e habilidades que sejam adequadas às referências nacionais e internacionais para a formação de um profissional crítico-reflexivo, transformador da realidade social, agente de mudança e comprometido com a saúde da população.

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de saúde preconizam que a formação dos profissionais deve garantir a capacitação com autonomia e discernimento, bem como deve contemplar o sistema de saúde vigente no País, o trabalho em equipe, eficiência e resolutividade. Considerando tais aspectos, a formação deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento⁷.

Espera-se que o profissional egresso esteja capacitado para utilizar conhecimentos diversos, de modo a solucionar os problemas do seu dia a dia. Nesse sentido, segundo Fernandes et al.⁵, é indispensável o domínio de conteúdos e metodologias fundamentados na dialética entre as transformações sociais e o mundo do trabalho.

As diretrizes curriculares preveem, ainda, que a formação dos profissionais de saúde seja resultante de uma educação continuada. Nesse sentido, os quatro pilares, eleitos como fundamentais da educação, propõem uma educação direcionada para o desenvolvimento das competências fundamentais à aprendizagem, a saber: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver com os outros e aprender a ser⁸.

As necessidades advindas das demandas sociais irão delinear os norteadores a que se referem os conhecimentos curriculares, considerando as peculiaridades e os contextos em que os saberes estão inseridos⁹. Essa conjuntura implica mudanças na formação dos profissionais de saúde, decorrentes do novo perfil socioeconômico brasileiro, aliado às exigências prementes no processo educacional.

Pode-se afirmar que as Diretrizes Curriculares Nacionais cumprem um importante papel no processo de mudanças, já que são referenciais na organização dos cursos, explicitando a necessidade do compromisso das escolas com princípios da Reforma Sanitária Brasileira. No entanto, as diretrizes curriculares constituem, apenas, uma indicação da maneira de organizar o currículo, já que as escolas gozam de autonomia por meio da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Devido a essa condição, cabe-nos interrogar se a universidade vem deixando de cumprir seu papel social, por ser uma instância que funciona independentemente da regulação e direção política do Estado⁶.

Na literatura científica, há um grande número de estudos sobre formação e capacitação de Recursos Humanos para o SUS³, no entanto, uma lacuna se refere à escassez de estudos sobre a direcionalidade dos currículos, no que diz respeito aos seus conteúdos diante das possibilidades apontadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. Poucos analisam a estrutura e o processo de constituição dos planos dos cursos levando em consideração a interdisciplinaridade.

A direcionalidade de conteúdos curriculares possui relações históricas com a estruturação e hegemonia do modelo de atenção médico-curativo na sociedade brasileira, a qual implica o fazer em saúde e a orientação de profissionais a um mercado de trabalho que está condicionado para práticas tecnicistas e curativas, pouco comprometidas com o cuidado humanístico e integral em saúde.

A formulação de currículos deve apoiar-se num quadro de referência e definir as características que particularizam os conteúdos¹⁰. Nesses aspectos, embora as Diretrizes Curriculares apontem para a estruturação de planos curriculares que devem contemplar alguns requisitos, as mesmas podem deixar lacunas para determinadas crenças que fortalecem ou mantêm certas práticas e ideologias em saúde.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é descrever e analisar lacunas e desafios na direcionalidade de conteúdos curriculares para o SUS à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Estratégias metodológicas

Trata-se de uma pesquisa documental quantitativa e qualitativa, por meio de um estudo de caso baseado no conteúdo curricular de um curso de graduação em Enfermagem na cidade de Salvador. Embora as categorias analíticas deste estudo possam ser aplicadas a qualquer curso da área da saúde, por apresentarem elementos teóricos das Diretrizes Curriculares Nacionais, transversais a todos os cursos, foi selecionado o curso de Enfermagem por ter maior representatividade na conformação da força de trabalho desse setor.

Os documentos analisados foram disponibilizados pela coordenação do referido curso, e formalmente autorizados pela instituição.

O conteúdo curricular adotado pelo Projeto Político Pedagógico constitui um dos elementos do processo de formação, que sugere direcionalidade das práticas profissionais, bem como, as possibilidades de trajetórias a serem percorridas. Nesse sentido, configura-se importante elemento de análise deste estudo, ao possibilitar uma correlação com as políticas de formação e as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Para a exploração do conteúdo curricular, foram adotadas as categorias de análise de Andrade¹¹, a saber:

a) Foco do cuidado – É considerado como foco do cuidado o que é tomado como objeto do cuidado, isto é, se os conteúdos estão relacionados a danos/agravos com ênfase nos aspectos biofisiológicos ou aos problemas e necessidades de saúde da população, conforme as seguintes categorias: a) Danos/aspectos biofisiológicos; b) Problemas e necessidades de saúde da população; c) Não aborda o foco do cuidado.

b) Âmbito do cuidado – No âmbito do cuidado, é considerado o caráter das ações, ou seja, se estão voltadas para a prevenção de doenças, para a promoção ou para a recuperação da saúde (tratamento), conforme as seguintes categorias: a) Tratamento de doenças; b) Promoção da saúde e prevenção de doenças; c) Promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças; d) Prevenção e tratamento de doenças; e) não aborda o âmbito do cuidado.

c) Dimensões dos indivíduos e população consideradas no cuidado – As dimensões dos indivíduos e população atentam para a prestação do cuidado, de dimensões para além do biomédico, ou seja, levam em conta os aspectos subjetivos, socioeconômicos e socioculturais do indivíduo, da família e da comunidade da qual este faz parte, conforme as seguintes categorias: a) Dimensão socioeconômica; b) Dimensão sociocultural; c) Dimensão socioeconômica e sociocultural; d) Não aborda essas dimensões.

Foi consultada toda a matriz curricular composta por 44 disciplinas obrigatórias do ciclo básico e profissional de um curso de graduação na área da saúde, seus objetivos e respectivos conteúdos programáticos, não havendo componentes optativos. Cada disciplina foi analisada separadamente e por dimensão de análise, sendo direcionada para suas respectivas categorias de acordo com o conteúdo. Os dados foram consolidados em uma matriz do Excel®, elaborada para tal fim, contendo as seguintes informações: semestre, disciplina; carga horária, dimensões de análise e suas respectivas categorias. Posteriormente, realizou-se o cálculo do peso e percentual de carga horária correspondente a cada disciplina, segundo suas dimensões e respectivas categorias.

Os referenciais que fundamentaram a análise de conteúdo do currículo foram: Premissas da Educação Superior brasileira expressas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior; As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem; Os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS; bem como referenciais da Saúde Coletiva – Determinantes Sociais da Saúde, Problemas e necessidades de saúde e Promoção da Saúde, dentre outros correlatos.

Resultados e discussão

Foco do cuidado

Esse elemento diz respeito ao foco do cuidado, ou seja, o que é tomado como objeto do cuidado, isto é, se estão relacionados a danos/agravos com ênfase nos aspectos biofisiológicos ou aos problemas e necessidades de saúde da população.

Conforme o Art. 5º das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Enfermagem⁷, a formação do Enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Constam, dentre as habilidades e competências específicas desse profissional: identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes; prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade. Nesse sentido, as diretrizes curriculares partem de uma concepção ampla do processo saúde-doença, a qual direciona para uma formação profissional coerente com a realidade social.

Ao analisar a direcionalidade do conteúdo curricular estudado, pode-se observar, na Figura 1, que, do primeiro ao terceiro semestre do curso, há ênfase em disciplinas que contêm abordagem centrada em danos, com destaque para os aspectos biofisiológicos. Particularmente no sétimo semestre, período em que o aluno realiza o Estágio Supervisionado I na clínica hospitalar, a abordagem é totalmente direcionada a Danos/aspectos biofisiológicos.

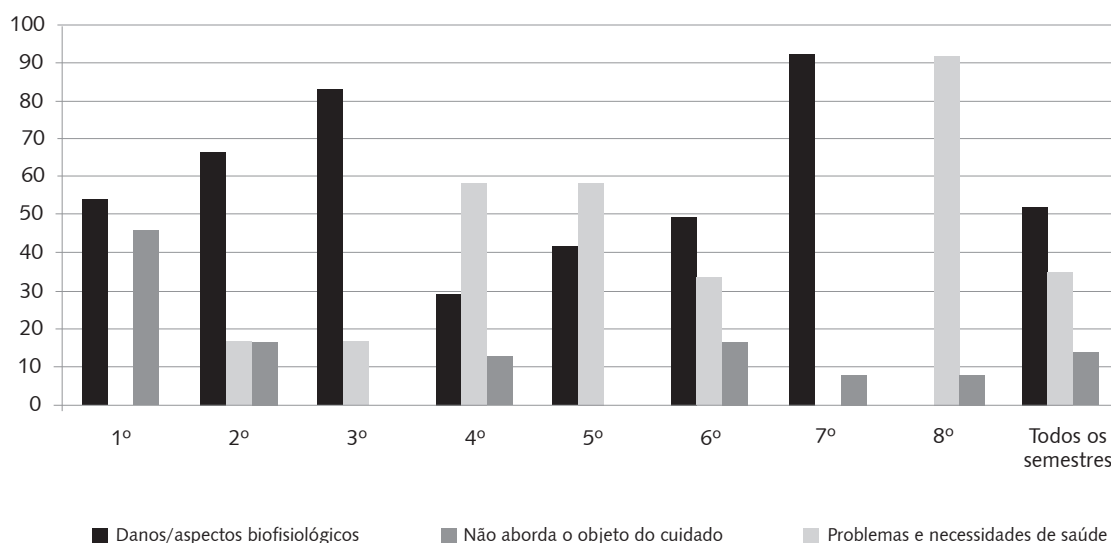


Figura 1. Distribuição de carga horária (%), por semestre, segundo o foco do cuidado.

De certa maneira, é um resultado esperado, afinal, historicamente, os hospitais são a representação do enfoque biológico e curativo, o que valoriza uma formação baseada em modelos de atenção hegemônicos que pouco valorizam o processo saúde doença a partir dos determinantes sociais da saúde. Já no oitavo e último semestre, período em que o estudante realiza o Estágio Supervisionado II na rede de Atenção Básica, o foco do cuidado são os problemas e necessidades de saúde da população. Tal resultado também preserva uma lógica prevista, isso porque a atenção primária à saúde tem se destacado, dentro do SUS, como o nível de atenção à saúde que melhor incorpora práticas e cuidado que consideram as necessidades de saúde a partir do contexto social onde estão inseridos os indivíduos.

Considera-se que, historicamente, a formação profissional em saúde se deu a partir de uma visão tecnicista do cuidado, centrada na cura e no tratamento de doenças, de acordo com suas especificidades formativas, e não com a realidade social, o que empobrece a relação entre necessidades de saúde, sistemas de saúde e integração de práticas nos diversos níveis de atenção.

A separação entre estágios em atenção primária à saúde e alta complexidade expressam a fragmentação de conhecimentos que fogem da realidade social e de uma organização mais coerente das práticas de saúde, o que privilegia o currículo tradicional e disciplinar. Esse tipo de currículo, segundo Almeida Filho¹, atualmente é o mais prevalente no Ensino Superior brasileiro, e, em particular, na saúde, concedendo, assim, uma ordem lógica e linear aos conteúdos curriculares. Maia¹² corrobora com esses aspectos, ao considerar que:

O ensino das atividades práticas, em geral, ocorre nos momentos finais dos cursos, partindo-se da proposta de que “primeiro é necessário saber, para depois fazer”. Essa tendência positivista, atualmente, é bastante criticada, uma vez que a prática pode, e deve ser o fator problematizador, para que, caso ocorra o desequilíbrio intelectual do aluno diante de uma determinada situação, ele vá em busca da teoria necessária à compreensão e/ou à proposição de soluções. (p. 117)

A fragmentação dos estágios e práticas curriculares induz a uma concepção recortada da realidade única de um sistema de saúde com potencial integrativo de suas práticas. Ao considerarem os princípios finalísticos e organizativos do SUS, as práticas e estágios curriculares devem estar estruturados de maneira integrada. Tal aspecto poderá facilitar uma formação profissional que compreenda a dinâmica do sistema de saúde e as relações entre os diferentes níveis de atenção.

Em linhas gerais, os dados expressam, claramente, que a distribuição da carga horária reforça a inclinação do currículo, de tal forma que 52% do total de horas abordam como foco do cuidado os danos com ênfase nos aspectos biofisiológicos (22 das 44 disciplinas), enquanto 34,7% de toda carga horária abordam os problemas e necessidades de saúde da população, e 13,2% da carga horária restante não abordam o objeto do cuidado (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das disciplinas e carga horária, segundo o foco do cuidado.

Foco do cuidado	Disciplinas		Carga horária	
	N	%	Total de horas	%
Danos/ aspectos biofisiológicos	22	50,0	2.040	52,0
Problemas e necessidades de saúde	12	27,3	1.360	34,7
Não aborda o objeto do cuidado	10	22,7	520	13,2
Total	44	100	3.920	100

Das três mil, novecentas e vinte horas consideradas, duas mil e quarenta horas são destinadas a disciplinas que tomam como foco do cuidado os danos com ênfase nos aspectos biofisiológicos. Apenas mil, trezentos e sessenta horas se destinam a disciplinas que abordam os problemas e necessidades de saúde da população, e quinhentas e vinte horas pertencem a disciplinas que não abordam o foco do cuidado.

Conforme o Art. 6º (p. 4) das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Enfermagem, os conteúdos essenciais devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem⁷.

Diante desses resultados, apesar de o currículo ter a iniciativa de incorporar novos olhares sobre o sujeito atendido, no sentido de capacitar o estudante para intervir sobre as necessidades de saúde, considerando os seus determinantes, este privilegia, como foco do cuidado, as doenças e seus aspectos biofisiológicos, mostrando, assim, certa dicotomia entre seus conteúdos e as recomendações das diretrizes curriculares para os cursos de enfermagem. Está assim claramente delineada a formação do profissional, tendendo às práticas voltadas para os indivíduos que procuram os serviços quando se sentem doentes, o que, segundo Paim¹³, torna a perpetuar o modelo médico-assistencial privatista, empobrecendo o princípio da integralidade do cuidado.

Âmbito do cuidado

Esse elemento diz respeito à natureza das ações, ou seja, se estão voltadas para a prevenção de doenças, para promoção ou para recuperação da saúde nos objetivos e conteúdos programáticos das disciplinas. Segundo Almeida Filho¹, a Promoção da Saúde “recupera o humanismo e reforça a capacidade crítica dos formandos, define saúde como mais do que mera ausência de doença e trata o ser humano que sofre como mais do que um biomecanismo a ser reparado em seus desvios e defeitos” (p.1681).

As ações de promoção estão arraigadas no processo de transformação das condições de vida e trabalho visando aumentar a saúde e o bem-estar gerais; compreendem, de forma ampla, os problemas de saúde e seus determinantes, enquanto as ações preventivas em saúde estão direcionadas apenas a evitar o surgimento de doenças específicas na população, tornando o controle da transmissão como objetivo final¹⁴. A Figura 2 mostra a distribuição do percentual de carga horária, segundo o âmbito do cuidado do conteúdo curricular por semestre.

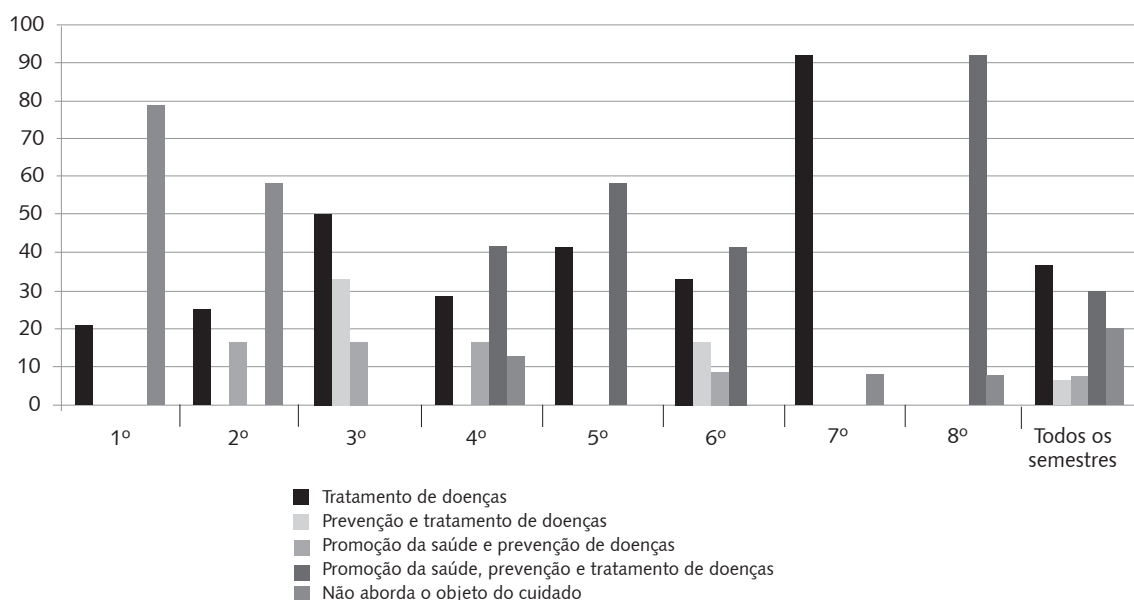


Figura 2. Distribuição de carga horária (%), por semestre, segundo o âmbito do cuidado.

De um total de mil, quatrocentas e quarenta horas concentradas nos três primeiros semestres, 32% são destinadas a conteúdos que têm como enfoque o tratamento de doenças; 11% para prevenção e tratamento de doenças; 11% para promoção da saúde e prevenção de doenças, e 45,8% não abordam o âmbito do cuidado. Portanto, é possível afirmar que pode haver um prejuízo quanto ao olhar do discente sobre o conceito ampliado de saúde, uma vez que há grande abordagem apenas num dos campos de atuação do SUS - o tratamento de doenças.

No quarto semestre, apenas uma disciplina, responsável por 16,6% da carga horária, aborda promoção da saúde e prevenção de doenças. No sexto semestre, apenas 8,3% da carga horária abordam promoção da saúde e prevenção de doenças, enquanto uma única disciplina, responsável por 33,3% das horas, é direcionada a tratamento de doenças, e 41,6% abordam promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças.

No sétimo semestre, referente ao estágio curricular supervisionado I em rede hospitalar, o que predomina é o tratamento de doenças. No oitavo semestre – estágio curricular II na rede básica –, a situação se inverte, de modo que predomina a abordagem à promoção da saúde, à prevenção e ao tratamento de doenças.

Como aponta o conteúdo curricular em estudo, este privilegia um modelo de prática hospitalocêntrica e especializada, com tendência à privatização e que, dificilmente, irá formar profissionais que atendam às necessidades sociais e de saúde da população. Segundo Almeida Filho¹, o modelo de educação em saúde, ainda predominante no Brasil, forma profissionais pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde, os quais se mostram resistentes às mudanças e carentes de um direcionamento aos valores da promoção da saúde.

Dentre as demandas-desafios do SUS à Universidade, no tocante ao tema formação de trabalhadores para o campo da saúde no Brasil, ressaltam modelos que sejam tecnologicamente competentes, capazes de trabalhar em equipe, criativas, autônomas, resolutivas, engajadas na promoção da saúde, abertas à participação social e, enfim, comprometidas com a humanização da atenção à saúde. E não é por falta de marco normativo, pois as Diretrizes Curriculares Gerais da formação em saúde, aprovadas pelo CNE entre 2001 e 2002, incluem todo um ideário avançado de formatação de currículo: ênfase nos conceitos de saúde, promoção da saúde, princípios e diretrizes do SUS.¹ (p.1682)

Os dados do estudo demonstram que a maior quantidade de disciplinas está se reportando ao tratamento de doenças. Conforme pode ser observado na Tabela 2, as disciplinas que abordam apenas tratamento de doenças correspondem a 36,7% da carga horária do currículo. Se acrescidos 6,1% da carga horária, que abordam a prevenção e o tratamento de doenças, e mais os 29,6% que tratam tanto da promoção da saúde quanto da prevenção e do tratamento de doenças, é possível concluir que o tratamento de doenças está presente em 72,4% da carga horária total do curso, enquanto a promoção da saúde está contemplada em disciplinas que correspondem a 36,7% da carga horária do currículo. Ainda que o percentual de carga horária seja tendencioso ao tratamento de doenças, o total de carga horária, o qual tem como enfoque a promoção da saúde, se expressa discretamente.

Tabela 2. Distribuição das disciplinas e carga horária, segundo o âmbito do cuidado.

Âmbito do cuidado	Disciplinas		Carga horária	
	N	%	Total de horas	%
Tratamento de doenças	14	31,8	1.440	36,7
Prevenção e tratamento de doenças	4	9,1	240	6,1
Promoção da saúde e prevenção de doenças	4	9,1	280	7,1
Promoção, prevenção e tratamento de doenças	9	20,4	1.160	29,6
Não aborda o âmbito do cuidado	13	29,5	800	20,4
Total	44	100	3.920	100

Rossoni e Lampert¹⁵ afirmam que o grande desafio das escolas tem sido formar profissionais de saúde dotados de uma visão holística e, por isso mesmo, humanizadora, o que lhes permite trabalhar em equipe e atuar visando à integralidade da atenção. Tais características contribuem para uma nova

configuração no quadro dos profissionais que irão atuar nos serviços do SUS, conforme é explicitado no Artigo 4º, Capítulo I (Atenção à Saúde) das Diretrizes Curriculares do Curso de Enfermagem:

Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos.⁴ (p. 1)

Segundo Amoretti¹⁶, a formação profissional em saúde – ainda baseada em um modelo de ensino que prioriza o atendimento curativo, em detrimento dos aspectos de promoção e prevenção da saúde – tem sido concebida de maneira desarticulada entre ensino e trabalho, representando, portanto, pontos críticos no processo de consolidação do SUS, segundo o qual não se pode ignorar as atuais transformações econômicas, sociais, políticas e culturais pelas quais passa o mundo.

No currículo estudado, o tratamento de doenças predomina como esfera do cuidado em detrimento de um equilíbrio e articulação entre conteúdos voltados para ações promocionais, preventivas e curativas. Dessa forma, os estudantes dificilmente poderão se apropriar do conceito ampliado de saúde na perspectiva de seus problemas e determinantes, além de comprometer uma formação integral, tal qual o proposto pelas diretrizes curriculares para os cursos de enfermagem.

Os dados apresentados sustentam a afirmação de que, no currículo analisado, o âmbito do cuidado predominante é o tratamento de doenças, reduzindo, assim, a dimensão cuidadora da integralidade.

Dimensões dos indivíduos e população consideradas no cuidado

As dimensões dos indivíduos e população atentam para a prestação do cuidado, para além do biomédico, ou seja, levam em conta os aspectos subjetivos, socioeconômicos e socioculturais do indivíduo, da família e da comunidade da qual este faz parte.

Conforme o Art. 5º das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Enfermagem⁷, a formação do Enfermeiro deve estar voltada a tornar este profissional competente para promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos usuários quanto das de sua comunidade, atuando como agente de transformação social; e estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões.

No Art. 6º consta que a formação desse profissional deve contemplar as Ciências Humanas e Sociais, que incluem conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes: sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.

Como é possível observar na Figura 3, do primeiro ao último semestre, nenhuma disciplina aborda, exclusivamente, a dimensão socioeconômica do indivíduo/população. De maneira diferente, a dimensão sociocultural é exclusivamente abordada por cinco disciplinas do currículo, ocupando 7,1% do total de horas do curso. No entanto, 13 disciplinas abordam tanto a dimensão socioeconômica quanto a sociocultural em todos os semestres, ocupando 36,2% do total de horas do curso.

Nos três primeiros semestres, dentre as 22 disciplinas oferecidas no currículo, ou seja, 50% do total de disciplinas do curso, apenas sete abordam as dimensões socioeconômicas e socioculturais dos indivíduos e população consideradas no cuidado, ocupando 27,7% do total de horas dos três semestres.

Chama a atenção o 3º semestre, no qual apenas uma disciplina aborda a dimensão socioeconômica e sociocultural, ocupando apenas 16,6% da carga horária do semestre, e seis disciplinas, que correspondem a 83,3% de horas do mesmo, não abordam a dimensão do cuidado. Há uma disparidade entre o oitavo e o nono semestre: enquanto um se refere ao estágio em unidade hospitalar

e não aborda as dimensões socioeconômicas e socioculturais, o outro (estágio em rede básica) aborda essas dimensões.

Observa-se, portanto, que, em todo o currículo, 59% das disciplinas, as quais correspondem a 56,6% de toda a carga horária do curso, não incluem abordagens das dimensões socioeconômicas e socioculturais do indivíduo/ população (Tabela 3). O profissional requerido pelo SUS, que contribua para a mudança do modelo de atenção, deve atender às necessidades sociais e estar atento à situação de saúde nas suas diversas dimensões¹⁷.

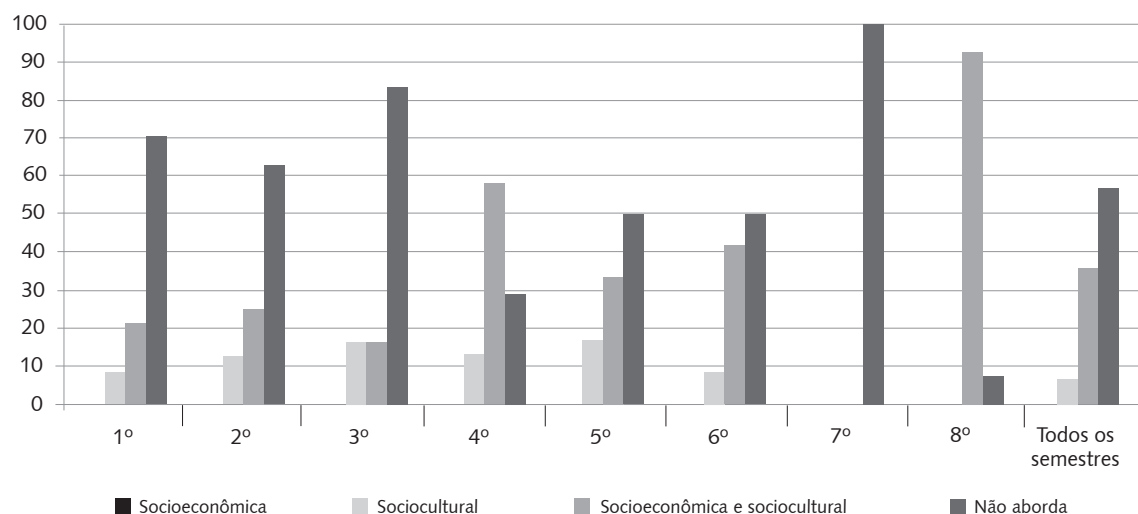


Figura 3. Distribuição de carga horária (%), por semestre, segundo as dimensões do indivíduo e população consideradas no cuidado.

Tabela 3. Distribuição das disciplinas e carga horária, segundo as dimensões do indivíduo e população consideradas no cuidado.

Dimensões do indivíduo/ população consideradas no cuidado	Disciplinas		Carga horária	
	N	%	Total de horas	%
Socioeconômica	0	-	0	-
Sociocultural	5	11,4	280	7,1
Socioeconômica e sociocultural	13	29,5	1.420	36,2
Não aborda as dimensões	26	59,0	2.220	56,6
Total	44	100	3.920	100

De acordo com Ceccim e Feuerwerker⁶, o desenvolvimento dessa dimensão cuidadora possibilitaria que os profissionais se tornassem mais responsáveis pelas outras dimensões do processo saúde-doença-cuidado, não inscritas no âmbito da clínica tradicional. Nesse aspecto, o currículo analisado pouco contribui para a integralidade da atenção e para a ampliação da dimensão cuidadora na prática profissional.

Além disso, a formação desses profissionais parece não se coadunar às condições de vida, trabalho e aos determinantes sociais da saúde do indivíduo e da comunidade a ser cuidada, visto que mais da metade da carga horária do currículo inclui disciplinas que não abordam dimensões socioeconômicas e socioculturais no cuidado.

Considerações finais

O estudo realizado, mesmo com um caráter exploratório e limitado ao conteúdo curricular, compreende que a formação profissional vai além desta dimensão. Não obstante, o estudo apresentado traz elementos para uma reflexão crítica sobre a estrutura de currículos na formação dos profissionais da saúde, além de despertar para a concepção e indução de planos curriculares direcionados aos problemas e necessidades de saúde da população. Espera-se contribuir para o planejamento e implementação de projetos políticos pedagógicos coerentes com as atuais necessidades de saúde da população.

Nesse sentido, cabe refletir sobre qual a organização e quantidade de cada conteúdo a ser lançado na formação profissional, se vale mais a quantidade de uma abordagem em detrimento de outra ou se a articulação entre elas, bem como a articulação da formação com o cotidiano dos serviços de saúde em seus diversos níveis de atenção.

Para contribuir com a transformação do modelo de atenção em saúde no Brasil e, por conseguinte, para a consolidação do SUS, é necessária uma formação profissional com estrutura curricular que viabilize a compreensão dos aspectos subjetivos da saúde do ser humano, e que a educação/formação não represente momento distinto e independente do cotidiano das práticas e serviços de saúde. Na elaboração de planos curriculares, determinadas crenças podem fortalecer ou manter certas práticas e ideologias em saúde, o que implica a determinação do modelo de atenção em saúde que é difundido pelas práticas.

A reforma curricular constitui apenas um dos elementos necessários à formação de um perfil profissional, visto que ele influencia, mas não determina as práticas. Assim, o estudo que ora se conclui reforça a necessidade de que docentes, discentes e corpo administrativo das instituições sensibilizem-se enquanto sujeitos de mudança, estando abertos a discutir e a construir projetos político-pedagógicos que promovam a formação de profissionais com as competências e as habilidades aqui apontadas, as quais são imprescindíveis à consolidação do SUS.

Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Almeida Filho NM. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6): 1677-82.
2. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS*. 1998; 7(2):7-28.
3. Pinto ICM, Esperidião MA, Silva VI, Soares CM, Santos L, Fagundes TLQ, et al. Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1525-34.
4. Teixeira CF, Coelho MTAD, Rocha MND. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1635-46.

5. Fernandes JD, Xavier IM, Ceribelli MIPF, Bianco MHC, Maeda D, Rodrigues MVC. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(4):443-9.
6. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(5):1400-10.
7. Resolução CNE/CES, de 7 de novembro de 2001. Dispõe sobre Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*. 9 Nov 2001.
8. Delors J, Al-Mufti I, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Geremek B, et al. Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez; 1998.
9. Morastoni J, Malinoski MGS. Do Projeto Político-pedagógico para um Projeto Político e Pedagógico: um contrato entre gestores, professores e alunos. *Athena*. 2006; 6(6):17-25.
10. Nunes ED, Nascimento JL, Barros NF. A questão curricular para o plano de formação em Saúde Coletiva: aspectos teóricos. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(4):1935-43.
11. Andrade ZB. O currículo da escola de enfermagem da UFBA e o SUS [monografia]. Salvador (BA): Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 2009.
12. Maia JA. O currículo no ensino superior em saúde. In: Batista AB, Batista SH, organizadores. *Docência em saúde: temas e experiências*. São Paulo: Senac; 2004. p. 101-34.
13. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: Edufba; 2008.
14. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53.
15. Rossoni E, Lampert J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. *Bol Saude*. 2004; 8(1):87-98.
16. Amoretti RA. Educação Médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2005; 29(2):136-46.
17. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho NM, organizadores. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 567-86.

Silva VO, Santana PMMA. Contenidos curriculares y el Sistema Brasileño de Salud (SUS): categorías analíticas, brechas y desafíos. *Interface (Botucatu)*.

El objetivo de este estudio fue describir y analizar las lagunas y desafíos en la dirección de contenidos curriculares para el Sistema Brasileño de Salud (SUS) a la luz de las Directrices Curriculares Nacionales. Se trata de una investigación documental cuali-cuantitativa. Para la exploración del contenido curricular se adoptaron las siguientes categorías analíticas: a) enfoque del cuidado; b) ámbito del cuidado, y c) dimensiones de los individuos y población considerados en el cuidado. Para la transformación del modelo de atención en salud en Brasil y, por consiguiente, para la consolidación del SUS, es necesaria una formación profesional con estructura curricular que viabilice la comprensión de los aspectos subjetivos de la salud del ser humano y que la educación/formación profesional no represente un momento distinto e independiente del cotidiano de las prácticas y servicios de salud.

Palabras clave: Formación de Recursos Humanos. Currículo. Sistema Brasileño de Salud. Salud Colectiva.

Recebido em 13/01/14. Aprovado em 14/05/14.