

Educação Física e Saúde Coletiva

Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção



Alex Branco Fraga
Felipe Wachs
(Organizadores)


UFRGS
EDITORA

Série Esporte, lazer e saúde: investigação, documentação e impacto social

Educação Física e Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO
GRANDE DO SUL

Reitor

José Carlos Ferraz Hennemann

Vice-Reitor e Pró-Reitor
de Coordenação Acadêmica

Pedro Cezar Dutra Fonseca

EDITORA DA UFRGS

Diretora

Jusamara Vieira Souza

Conselho Editorial

Ana Lígia Lia de Paula Ramos

Cassilda Golin Costa

Cornelia Eckert

Flávio A. de O. Camargo

Iara Conceição Bitencourt Neves

José Roberto Iglesias

Lúcia Sá Rebello

Mônica Zielinsky

Nalú Farenzena

Sílvia Regina Ferraz Petersen

Tania Mara Galli Fonseca

Jusamara Vieira Souza, presidente

Educação Física e Saúde Coletiva

Políticas de Formação
e Perspectivas de Intervenção

Alex Branco Fraga
Felipe Wachs
(Organizadores)

Série Esporte, Lazer e Saúde

Ministério
do Esporte



**UFRGS**
EDITORA

© dos autores
1ª edição: 2007

Direitos reservados desta edição:
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Capa: Flavio Gonçalves
Revisão: Gabriela Carvalho Pinto
Editoração eletrônica: Vanessa da Silva/ Gênese Artes Gráficas

E24 Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção / organizado por Alex Branco Fraga e Felipe Wachs. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

(Série Esporte, Lazer e Saúde).

Inclui referências.

1. Educação física. 2. Saúde coletiva. 3. Esporte. 4. Formação profissional – Políticas. 5. Práticas corporais – Comunidade. 5. Cultura corporal urbana. 6. Educação física – Psicanálise – Intervenção. I. Fraga, Alex Branco. II. Wachs, Felipe. III. Série.

CDU 796

CIP-Brasil. Dados Internacionais de Catalogação na Publicação.
(Ana Lucia Wagner – Bibliotecária responsável CRB10/1396)

ISBN 978-85-7025-929-5

Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social

Vera Maria da Rocha
Carla Haas Centurião

Introdução

É possível, ao longo das últimas décadas, observar algumas mudanças no cenário da saúde pública brasileira. Desde a reforma sanitária iniciada em meados dos anos 1970, passando pela legalização e normatização da saúde como direito constitucional, vimos aos poucos essas mudanças sendo refletidas no contexto das políticas públicas e, de forma mais tímida, nos cursos de graduação. Avanços que, se por um lado representam garantias legais, por outro não estão tão visíveis na prática cotidiana dos serviços prestados e na formação do profissional de saúde. Alguns fatores podem ser apropriadamente indicados como determinantes de uma postura conservadora diante das mudanças que se impõem no contexto atual dos cursos de graduação na saúde: forças políticas e corporativas; mercado de trabalho com valorização tecnicista, desarticulação dos docentes vinculados aos cursos de saúde, precárias condições de alguns serviços, entre outros aspectos (Feuerwerker, 2002).

Lançando o olhar para o processo de formação do profissional, pode-se visualizar, além dos fatores já citados, o predomínio da *medicalização* de problemas de ordem social, abordagem clínica compartimentalizada e a ótica da doença prevalecendo sobre uma abordagem sistêmica. A orientação prevalente nas academias, com características do início do século passado, tem mantido bases curriculares que atribuem maior destaque para o estudo, análise e resolução de quadros centrados na patologia. O novo perfil epidemiológico que se compõe por enfermidades relacionadas ao fazer e viver das pessoas requer uma intervenção complexa e integral, mais voltada para uma saúde promotora do autocuidado, demandando ações que incorporem no cotidiano da *assistência* princípios sociais, formativos e educativos. Não se trata, em absoluto, de negar os avanços que a tecnologia provocou no campo do diagnóstico e no campo terapêutico; porém, restringir a formação de profissionais ao modelo hegemônico médico-centrado pode resultar em uma

Vera Maria da Rocha é mestre em ciências do movimento humano; doutora em educação e especialista em ativação de processos de mudanças na formação superior de profissionais da saúde. É também professora da Escola de Educação Física da UFRGS e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFRN. **Carla Haas Centurião** é mestre em educação e especialista em ativação de processos de mudanças na formação superior de profissionais da saúde. É coordenadora do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e do Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (RS).

distância cada vez maior entre os profissionais da saúde e as reais necessidades de saúde de nossa sociedade (Rocha, 2002).

Outro aspecto que Feuerwerker (2002) e Feuerwerker, Llanos e Almeida (1999) destacam sobre o processo de formação se refere à ausência de questões relativas à gestão e organização do setor saúde, mantendo-se distante do controle social, eixo estruturante do modelo de saúde nacional. Controle social, nesse contexto, significa um direito e um dever da sociedade de participar de todas as instâncias envolvidas nas políticas de saúde, desde os debates e decisões sobre suas formulações até aspectos de execução e avaliação (Ceccim; Feuerwerker, 2004b).

Lado a lado, ou como parte do controle social, situamos como atores e interlocutores os profissionais da saúde, de todos os níveis de formação, envolvidos no cuidado, particularmente àqueles de formação superior das 14 profissões determinadas pela Resolução nº 287, do Conselho Nacional de Saúde, a saber: biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional (Brasil, 1998). De forma geral, as características que permeiam esses cursos determinam um perfil de profissional tecnicamente habilitado, voltados para ações fragmentadas, de cunho prioritariamente assistencialista e com escassas manifestações de compromisso social capaz de promover a autonomia sanitária dos cidadãos sob seus cuidados. Quando se discute formação, competência e responsabilidade, trata-se, portanto, de olhar para as práticas inseridas no campo da formação que influenciam diretamente o campo da atenção.

O modelo biomédico

Ao analisar o modelo hegemônico de formação, não se pode deixar de considerar a influência do paradigma cartesiano sobre todas as áreas de conhecimento que pretendiam ter o caráter científico. Foi sob a influência do “método” que a ciência biomédica estabeleceu suas novas diretrizes: eliminação da dúvida; compreensão do todo a partir de suas partes; hierarquia de saberes; enumeração para replicação. Outro legado cartesiano que influenciou a prática biomédica se refere à valorização da mente em detrimento à matéria, estabelecendo um dualismo na concepção da natureza, de forma que de um lado está o *res cogitans*, “a coisa pensante” e, do outro, o *res extensa*, “a matéria”, o corpo. (Prigogine, 2001, p. 23).

Sobre a formação médica brasileira, pode-se afirmar que o marco na sua estruturação tem origem nos Estados Unidos, no início do século passado, a partir de estudos realizados por solicitação da *American Medical Association*, a qual encomendou uma pesquisa nacional sobre as escolas de medicina com

o objetivo de dar a esse ensino uma sólida base científica, além do interesse em canalizar verbas de fundações recém-estabelecidas (Carnegie e Rockefeller) para algumas instituições médicas cuidadosamente selecionadas (Pellegrino, 1987).

O objetivo do estudo era, a partir de seus resultados, reformular o ensino médico de acordo com os ideais de cientificidade que eram preconizados naquela época, substituindo o treinamento baseado na observação empírica pelo rigor objetivo e técnico da metodologia científica. Baseando-se nas ciências naturais, o movimento científico que norteou essa pesquisa foi o positivismo característico dos estudos biológicos no final do século XIX e início do século XX, que tiveram por base o modelo cartesiano-newtoniano (Rocha, 2002). Em 1910, sob a orientação de Abraham Flexner, foi publicado o Relatório Flexner como resultado dessa pesquisa, considerada uma das maiores pesquisas envolvendo o ensino médico americano e canadense.

Além de ajustar o processo de formação em medicina aos preceitos estabelecidos pela ciência, havia indicativos econômicos que propunham atividades profissionais baseadas na produção capitalista, visando prioritariamente o lucro. Segundo alguns estudiosos, esse fato estabeleceu o vínculo entre a medicina e o *big business* que ainda hoje predomina no contexto de assistência à saúde (Centurião, 1997; Capra, 1995).

O desenvolvimento do pensamento científico, a prevalência do dualismo cartesiano entre corpo/alma, o *medical business* e suas influências sobre o ensino médico trouxeram mudanças que reforçaram a forma de atuação dos profissionais da saúde, suas relações e concepções sobre o corpo, sobre o processo saúde-doença. Para Merhy (2006, p. 119), o atual modelo hegemônico de saúde pode ser caracterizado como “liberal-privativista” no qual o usuário é reduzido a um corpo, individual ou coletivo, que porta problemas apenas identificáveis pelos saberes previamente estruturados, o que produz uma objetivação do usuário e do profissional, limitando-os a “cumpridores de rituais” e não como sujeitos da ação e da relação de cuidado. Ao longo da história, essa influência foi e continua sendo determinante do conjunto de saberes e competências ligados aos profissionais, principalmente aqueles inscritos historicamente no campo da “reabilitação” como a fisioterapia, a terapia ocupacional, a fonoaudiologia, entre outros tantos da área da saúde.

Outro aspecto importante a destacar no estudo das escolas médicas proposto por Flexner se relaciona a organização dos cursos: quatro anos como tempo mínimo de formação; currículo estruturado com uma sólida formação em ciências básicas (anatomia, bioquímica, bacteriologia, farmacologia, fisiologia, histologia, embriologia, microbiologia e patologia), centralização do ensino em práticas hospitalares, centros de formação médica atrelados às universidades, inclusão de pesquisas no âmbito do ensino. A ciência e a pesquisa a serem desenvolvidas deveriam inserir-se no contexto biomédi-

co reducionista; em especial, tinham que ser dissociadas de preocupações sociais, consideradas fora das fronteiras da medicina e do alcance científico.

O desenvolvimento do ensino em ambientes hospitalares constituiu-se uma exigência, pois a prática médica deveria desenvolver-se em ambiente no qual estivessem disponíveis as mesmas tecnologias já existentes para os diagnósticos e tratamentos, tornando, dessa forma, o hospital o local ideal para a aplicação da prática clínica (Chaves; Kisil, 1994). Essas características, somadas a uma concentração em partes cada vez menores do corpo, fizeram e ainda fazem com que a medicina moderna perca de vista o paciente como ser humano integral, dificultando a compreensão da interdependência de corpo e mente (Rocha, 2002).

A grande influência do modelo proposto por Flexner na América Latina está relacionado ao fato de que, após a Segunda Grande Guerra, houve um significativo aumento de professores e pesquisadores latino-americanos formados nos Estados Unidos, favorecendo a hegemonia do modelo flexneriano. Como resultado dessa influência, ocorreu uma canalização de verbas provenientes de grandes corporações americanas no fomento de pesquisas e de novas tecnologias e medicamentos. Houve uma uniformização e padronização dos atos médicos, tendo por base uma tecnologia altamente sofisticada e com prevalente instituição de terapêuticas cirúrgicas e medicamentosas. A centralização da atenção hospitalar favoreceu a pouca ênfase dada à prevenção e à atenção ambulatorial, com supervalorização da medicina de caráter curativo e hospitalar centradas na doença e no individual (Chaves; Kisil, 1994).

É importante ressaltar que os avanços oriundos dessa abordagem científica não podem ser desconsiderados nem relegados a um nível secundário. A descoberta de novas drogas, a erradicação de doenças, o controle de epidemias, novas e modernas técnicas cirúrgicas sem dor, transplantes de órgãos nobres, próteses funcionais e estéticas de alta complexidade e por fim as clonagens terapêuticas estão entre os benefícios que podem ser apontados como consequência da influência dos preceitos propostos e do desenvolvimento científico da medicina (Rocha, 2002).

A lógica formadora

A lógica da formação profissional e da atenção centradas na doença conduzem a uma noção de saúde relativa apenas aos aspectos orgânicos, analisados por suas especificidades anatomofisiológicas, tratados de acordo com os sinais e sintomas manifestos, requerendo, para sua resolutividade, uma intervenção em ambiente hospitalar, após uma série interminável de exames que utilizem aparatos instrumentais de alta complexidade tecnológica.

A formação profissional sob a lógica da doença tem um grande investimento da indústria da *medicalização*. Podemos sistematizá-la da seguinte forma:

- *Lógica da doença*
 - órgãos;
 - sistemas orgânicos;
 - sinais;
 - sintomas;
 - seqüelas;
 - *medicalização*;
 - ambiente hospitalar.

A importância dada à revolução científica e sua influência na área da saúde têm favorecido uma atenção centrada na doença e nos aspectos curativos. O indivíduo, a coletividade e os aspectos educacionais e preventivos são relegados a um segundo plano, já que para esses, necessariamente, é preciso levar em consideração a história, as condições emocionais, sociais, culturais e econômicas, que são parte e construção da saúde e da doença, porém não são temas que compõem a base formadora.

Pinheiro (2001), ao analisar as práticas do cotidiano na relação oferta e demanda de serviços como possibilidade de um espaço para construção da integralidade, evidenciou questões que se relacionam com a natureza das causas dos problemas de saúde referidos pela população na busca por serviços de saúde e com a forma de resolvê-los. A autora observou que a natureza das causas dos problemas de saúde possui fatores que cruzam campos de conhecimento distintos do campo biomédico, portanto desenhando uma complexidade a ser compreendida. Para a resolução dos problemas, as respostas apontaram para “soluções terapêuticas” e “soluções sociais”, como se ambas fossem excludentes e confinadas em áreas de conhecimento isoladas. Segundo a autora, com base nos estudos de Camargo Jr. (1993), há na prática ocidental da biomedicina um esforço para objetivar a doença do sujeito, destacando-a da pessoa enferma.

Numa crítica ao modelo atual de saúde, Merhy (2006, p. 118) faz referência que nele o “usuário – individual e/ou coletivo – deve se tornar um mero objeto depositário de problemas de saúde que só poderão ser reconhecidos pelos saberes que o modelo legitimar”. Para o autor, esse modelo médico centrado trata a todos de forma impessoal, como se as pessoas fossem um objeto e sem compromisso. Os modelos de atenção e de formação parecem não contribuir para uma prática em saúde que considere o outro sujeito de um processo pessoal e social que lhe determina a maneira de ser na

vida. Verificam-se poucas e pontuais iniciativas que favoreçam práticas em saúde que respeitem o homem como “ser” (verbo e substantivo) bioantropossocial e a doença como um processo que manifesta um descompasso entre todos esses fatores.

Minayo (1998) chama a atenção para algumas características a serem observadas ao pensar o complexo saúde/doença num contexto social:

[...] Como qualquer tema abrangente do cultural, a saúde só pode ser entendida dentro de uma sociologia de classe. Porém, dentro de uma sociologia de classe que: a) possua instrumentos para perceber o caráter de abrangência das visões dominantes (pois as classes se encontram entre si, no seio de uma sociedade em relação e com problemas de aculturação recíproca); b) perceba também a especificidade dos sistemas culturais e de subculturas dominadas em suas relações contraditórias com a dominação; c) defina a origem e a historicidade das classes na estrutura do modo de produção; d) conceba sua realização tanto nos espaços formais da economia e da política como nas matrizes essenciais da cultura como a família, a vizinhança, os grupos etários, os grupos de lazer etc., considerando como espaços inclusivos de conflito, contradições, subordinação e resistência tanto as unidades de trabalho como o bairro, o sindicato como a casa, a consciência como o sexo, a política como a religião. (Minayo, 1998, p. 15)

Considerar o processo saúde-doença para além das causas orgânicas, ou seja, compreender principalmente a saúde como socialmente determinada, exige a ampliação do olhar e a mobilização de outros saberes que não apenas os classicamente pautados na concepção biomédica. Para Liberalino (2004, p. 2), significa que, além das habilidades técnicas, são necessárias “tecnologias” que assegurem a integração “entre os conhecimentos científicos e empíricos, aos demais saberes contidos nas vivências e interações estabelecidas com a população em nossa prática cotidiana”.

Ao tentar estabelecer uma outra lógica para orientar a formação no contexto da saúde, pode-se visualizar uma estrutura que mantém a referência no indivíduo e seu organismo, porém centra-se em sua potencialidade e se expressa no próprio espaço social no qual esse indivíduo vive. A formação sob a ótica da saúde tem como foco o(s) sujeito(s) em seu(s) espaço(s) de vida. Sumariamente podemos:

- *Lógica da saúde*
 - sensações, percepções, movimento e cultura;
 - ação;
 - função;
 - expressão;
 - autonomia;
 - espaço social/espço de vida.

Esta lógica proposta desloca o profissional para uma realidade um pouco distinta do contexto hospitalar, já que no mesmo dificilmente teríamos reproduzido a complexidade dos demais espaços, no qual fatores ambientais, sociais, familiares, econômicos desenham perfis de saúde. No ambiente hospitalar, tal como normalmente ocorre, a realidade se limita aos aspectos biológicos e respostas orgânicas dos organismos, sem a busca de uma compreensão ampliada para o quadro nosológico apresentado.

Para melhor compreender a lógica da saúde proposta, primeiro é necessário ter clara qual a concepção de saúde que a orienta. Nesse caso, se trata da compreensão de saúde enquanto qualidade de vida que depende não apenas de questões biológicas, mas também do que está disponibilizado ao sujeito para estabelecer seu estilo de vida, ou seja, saúde como um direito universal e socialmente construído, devendo estar ao alcance de todas as pessoas indistintamente (Brasil, 2005).

Minayo (1998) propõe que a saúde, enquanto questão humana, é existencial e se constitui em uma problemática compartilhada por todos os segmentos sociais, sendo para esses uma resultante da complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e da atribuição de significados dos referidos segmentos, os quais são levados a pensar, a sentir e agir com relação à saúde, de acordo com as condições de vida e de trabalho que são oferecidas pelo meio no qual estão inseridos.

Deslocando o foco da doença para além da dimensão biológica, coloca-se em evidência o contexto e as situações relacionais, subjetivas e sociais (da microfamília à macrosociedade), trazendo para o campo da formação um novo conjunto de saberes que se agrega à clínica. Campos (2005), ao indicar algumas diretrizes para o ensino médico na rede básica, propõe uma reformulação do saber e da prática tradicional incorporando conceitos e ferramentas de áreas como a saúde coletiva, saúde mental, ciências sociais e de outros campos de conhecimento que permitam uma intervenção integral que considere a complexidade do processo saúde-doença e o trabalho em equipe. A lógica e as dimensões incluídas nesse modelo fortalecem a idéia de que “lidar” com a saúde requer uma antecipação aos riscos, prática integral, intra, inter, multidisciplinar e multiprofissional, já que esse universo de conhecimento dificilmente será dominado por um único “super” profissional.

A compreensão dos limites da ação uniprofissional, neste contexto, é apontado por Feuerwerker (2003) como um importante fator na prática de uma atenção integral, ou seja, a ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Destaca ainda que a atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam uma equi-

pe multiprofissional) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se amplie efetivamente sua autonomia).

É importante compreender que o princípio de integralidade é exercido por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro entre as pessoas e os membros da equipe de saúde. Segundo Mattos (2004, p. 1413), o princípio de integralidade inclui a possibilidade de articular ações preventivas e assistenciais envolvendo um duplo movimento por parte dos profissionais: “apreender de modo ampliado as necessidades de saúde” e “analisar o significado para o outro das demandas manifestas e das ofertas que podem ser feitas para responder as necessidades apreendidas, tendo em vista tanto o contexto imediato do encontro como o contexto da própria vida do outro [...]”.

Sob o ponto de vista da integralidade, portanto, não se pode reduzir o sujeito à doença que lhe provoca sofrimento; contrariamente, deve-se recorrer à perspectiva da intersubjetividade para levar em conta tanto o conhecimento sobre as doenças (chamaríamos de conhecimento técnico) quanto o conhecimento (que não necessariamente temos) sobre os modos de “andar a vida daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde” (Mattos, 2004, p. 1413). Note-se que não se trata de apreender tudo; não se trata de uma postura holística. Trata-se mais de um exercício de seleção negociada do que é relevante para a construção de um projeto de intervenção capaz de dar oportunamente respostas ao conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde.

Observe-se que a integralidade vem sendo apontada como eixo norteador da atenção à saúde, inclusive sob aspectos legais, pois é constitucionalmente um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua concepção envolve tanto os aspectos preventivos, educacionais e terapêuticos quanto informações para orientar uma formação que possibilite essas práticas (Ceccim; Feuerwerker, 2004b). Destacam-se, neste caso, alguns desafios para a orientação do processo formador no sentido de desenvolver competência para práticas integrais. Dessa forma, surgem alguns questionamentos: como avançar nesta proposta, colocando o princípio da integralidade como eixo estruturante do processo de formação de profissionais de saúde? Quais as competências capazes de evidenciar uma formação cidadã?

As diretrizes curriculares e a formação por competência

A partir de uma concepção ampliada de saúde, ou seja, para além das bases biológicas, depreende-se do que até agora foi apresentado para um novo perfil profissional, a necessidade de incorporar ao processo formador novas formas de conceber, também a educação, principalmente quando nos referimos à formação de profissionais da saúde.

Segundo Cecílio e Puccini (2004), não basta assumirmos um posicionamento crítico com relação ao conceito de saúde e à prática dos serviços; há uma exigência para que, tendo como partida um conceito amplo de saúde, se organizem formas que permitam a consolidação de uma ação cuidadora integral, como o direito de cidadania. Observa-se, portanto, que, além do domínio técnico, necessita-se de profissionais que apresentem uma formação generalista, cidadãos capazes de integralmente prestarem atenção à saúde de outros cidadãos, que saibam trabalhar com/em equipes e que sejam prestadores de uma atenção humana e sensível (Almeida, 2003; Brasil, 2002).

Questionam-se, nesse caso, quais elementos são requeridos para atender esse novo perfil? O que, a partir das diretrizes curriculares nacionais para a área da saúde, tem sido disponibilizado para orientar a formação desse novo profissional? Como, estrategicamente, podemos orientar o processo para esse resultado final?

Para Ceccim e Feuerwerker (2004b), as diretrizes curriculares se tornaram um importante passo para dirigir e produzir reflexões sobre a necessidade de mudanças no processo de formação, pois a proposta favoreceu a flexibilização na organização dos cursos e os orientou para assumirem um maior compromisso com a sociedade. Houve, para sua definição, uma mobilização no sentido de romper com o modelo biomédico, especializado, biológico, *medicalizante* e *hospitalocêntrico* anteriormente descrito. Foi possível, de acordo com os autores, observar nas diretrizes curriculares aprovadas, que as profissões, de forma geral, concordaram inteiramente com a ruptura ao modelo de currículo mínimo obrigatório para as carreiras, instituindo, a partir daí, a noção de *diretrizes* como indicadores que permitem que a formação de profissionais de saúde adote uma perspectiva transformadora.

Ao observar o texto inicial das diretrizes curriculares dos cursos da saúde é possível verificar, em quase todas, o compromisso textual de que a formação do profissional de saúde deve contemplar o *sistema de saúde vigente no país*, o *trabalho em equipe* e a *atenção integral à saúde*.¹ Outros cursos foram além, reafirmando a orientação da formação com ênfase no SUS, como é o caso da formação de farmacêuticos, nutricionistas e de enfermeiros.

Da ênfase no SUS surge a necessidade de orientar a formação pelos seus princípios doutrinários, ou seja, para a prática que garanta a universalidade, equidade e integralidade da atenção. Mas, para além da orientação pelo sistema, outros componentes apresentados pelas diretrizes curriculares que deverão, ao longo do tempo, repercutir sobre as práticas em saúde, se refe-

¹ Formação de biomédicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, odontólogos e terapeutas ocupacionais, excetuando-se, de acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004a), os cursos de medicina veterinária, psicologia, educação física e serviço social.

rem à formação por competência, ao perfil generalista crítico e reflexivo e à educação permanente, o que implica a mudança da concepção de educação e no papel que os atores envolvidos no processo desempenham.

As diretrizes propõem uma formação em que se visualizem atitudes, habilidades e competências que estão diretamente ligadas entre si. As atitudes referem-se ao comportamento adotado diante das mais diversas situações, expondo os valores éticos que cada ser traz em si: atitudes de respeito ao ser humano, de justiça, de observância aos direitos socialmente conquistados, entre outros aspectos. As habilidades demandam conhecimento técnico e podem ser desenvolvidas e executadas em ambientes experimentais descontextualizados e podem ter apenas a intenção de sua execução e aprimoramento motor. A competência, por sua vez, exige conhecimentos, habilidades e contextualização – exige a capacidade de ajustes e decisões em tempo e situação reais (Ropé; Tanguy, 1997; Rocha, 2002).

Lima (2005) afirma que apesar de ter sido bastante debatido nas últimas décadas, o termo competência continua polissêmico e, no contexto educacional, é discutido sob três abordagens distintas, resumidamente: uma em que competência é entendida como um conjunto de atributos pessoais; outra vinculada aos resultados observáveis e outra denominada “competência dialógica” (p. 371) que combina atributos pessoais e ações visando um determinado resultado em contexto específico. Este conceito trabalha com o desenvolvimento de capacidades e atributos cognitivos, psicomotores e afetivos que, combinados, determinam formas distintas de realizar, com sucesso, ações características de uma dada prática profissional. Pressupõe, segundo a autora, a construção de significado na integração teoria e prática, pois é na reflexão e na teorização a partir das ações de prática profissional, desenvolvidas em ambiente real de trabalho, que os atores do processo ensino-aprendizagem (docentes, estudantes, profissionais de serviço, usuários) constroem e desenvolvem suas potencialidades e capacidades de resolver os problemas que cotidianamente afetam a saúde das pessoas.

Obviamente que a abordagem por competência impõe e reconfigura o papel do professor, do estudante e do próprio espaço institucional de ensino e trabalho, assim como coloca em destaque o usuário, que passa a participar ativamente do processo. Nessa abordagem, o professor assume o papel de facilitador, a aprendizagem foca-se no estudante, tornando-o co-responsável pelo seu próprio processo; o estudante, sob essa ótica, tem papel ativo na construção dos saberes e o usuário é o sujeito social incorporado na construção do conhecimento e na produção da saúde.

Numa formação que se proponha capaz de gerar profissionais reflexivos e críticos, comprometidos com sua realidade, transformadores de práticas cristalizadas pela falta absoluta de avaliação de seus resultados, a avalia-

ção deve ser ressignificada e, para o estudante, assume caráter formativo, permitindo a correção da trajetória no processo formador. Considerando-se que competência requer ambiente real de trabalho, a inserção do processo de formação no contexto dos serviços deve determinar uma reflexão constante sobre as práticas desenvolvidas, levando, nesse caso, a um permanente questionamento e educação em serviço, fato que caracteriza a educação permanente em saúde (Brasil, 2005).

A Rede Unida, movimento social que participou ativamente dos debates sobre as diretrizes curriculares nacionais, encaminhou algumas orientações no que se refere às competências gerais exigidas para o novo perfil profissional, as quais, de forma geral, estão inseridas nas propostas de várias profissões da saúde. Destacam-se as categorias da atenção à saúde, ou seja, a capacidade para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, em níveis individual e coletivo, assegurando uma prática integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Refere-se, neste caso, a observância de alto padrão de qualidade e dos princípios da bioética (ética da vida) na oferta de seus serviços, chamando a atenção para o fato de que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde (Almeida, 2003).

Outra competência geral proposta se refere à capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas, requerendo habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada no cuidado à saúde. A comunicação também foi sugerida como uma competência que evidencia profissionais acessíveis, capazes de ultrapassar as barreiras culturais na interação com os diferentes pacientes, grupos e comunidades. Os profissionais devem estar capacitados a interagir e articular-se com outros profissionais de saúde, mantendo a confidencialidade das informações a eles confiadas.

Liderança é outra competência a ser desenvolvida e que se manifesta no trabalho em equipe. Envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidades para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. Refere-se à administração e ao gerenciamento de unidades e serviços, devendo o profissional estar preparado para o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos, materiais e de informação, quanto para serem gestores, empregadores, empreendedores ou lideranças na equipe de saúde.

A educação permanente indica que os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, ou seja, o aprender a aprender é a premissa a orientar a formação, de tal forma que os questionamentos surgidos a partir da realidade dos serviços permitam uma reflexão crítica sobre as práticas em saúde

para transformá-las em ações cidadãs em que todos aprendem. A educação permanente, nesse caso, deve ser compreendida como “aprendizagem no trabalho que acontece no cotidiano das pessoas e organizações” (Brasil, 2004; 2005).

Mesmo sem considerar as diretrizes curriculares como única matriz a orientar o processo de formação profissional, observa-se na proposição das competências gerais uma força em direção à mudança, pois o perfil profissional nela expressa impõe nova construção epistemológica para os saberes da saúde. Numa organização curricular orientada por competências, vimos a urgente necessidade de fundamentação política-humanística e social, mudanças na matriz de conteúdos integrando-os, redistribuição equilibrada, de fato, entre teoria e prática, metodologias ativas e novos cenários de aprendizagem, entre outros fatores. A integração entre ensino, pesquisa e extensão, a organização dos conteúdos levando em consideração dados epidemiológicos, a terminalidade da graduação de forma a garantir uma formação geral e que incentive o aprender por toda a vida e a grande contribuição que o usuário é capaz de trazer para o interior dos serviços e escolas formadoras não podem ser desconsiderados. Essas diretrizes, orientadas pelo eixo da integralidade e para a lógica da saúde, fortalecem o compromisso com a vida.

Considerações finais

Pode-se concluir que a formação de profissionais da saúde deve ter como finalidade a qualidade da atenção à saúde das pessoas, não podendo, dessa forma, ficar restrito ao ambiente educacional ou ao ambiente hospitalar. Os espaços do serviço, da gestão e do controle social passam a ser cenários de ensino, de aprendizagem, de práticas de saúde e de produção de conhecimento.

No que se refere à educação, tal processo de alta complexidade trata de estabelecer a formação profissional e não apenas a informação, como durante muito tempo os currículos engessados se apresentaram. Um dos aspectos que julgamos primordial a ser considerado ao estabelecer uma dinâmica de trabalho nesta confluência saúde-educação diz respeito aos novos paradigmas que orientam as ciências. Tanto o espaço científico como o espaço social sinalizam para um diálogo próximo entre objetividade e subjetividade, entre individualidade e coletividade e entre o quantitativo e qualitativo. Entendemos que o processo não é excludente, portanto, a construção deve ser coletiva e compartilhada em idéias e ideal, permitindo que tanto os aspectos objetivos da formação (projeto político-pedagógico, estrutura e organização curricular, organização dos serviços, etc.), quanto os subjetivos (significados e expectativas de cada um dos atores sobre o processo) possam ser expressos, sistematizados e operacionalizados.

Um dos eixos integradores dos processos educativos apresentado em algumas experiências que articulam distintos conteúdos e campos disciplinares tem sido as práticas organizadas a partir das necessidades de saúde das pessoas. Nesse caso, o conhecimento da “realidade”, o encontro com o outro, o conhecimento construído nesse encontro, a escuta qualificada e as ações compartilhadas se tornam elementos constitutivos para formar cidadãos com responsabilidade social.

Esse reconhecimento espalha-se como rastilho de afetividades e de necessidades radicais dos indivíduos, contaminando a atmosfera tonal do convívio cotidiano com uma nova força estruturante e de defesa dos princípios do direito à saúde. Integralidade e cuidado reúnem, portanto, em um mesmo novo princípio, uma nova tendência de reconhecimento do outro, um direcionamento da materialização do direito à saúde que não é mais a simples soma aritmética de aspectos técnicos das ações de saúde. (Cecílio; Puccini, 2004, p. 1351)

Por fim, ratificando a importância da integralidade enquanto eixo estruturante da formação e da atenção à saúde, faz-se necessário compreender que a integralidade do cuidado não é uma simples junção técnica das atividades preventivas e curativas, individuais e coletivas, mas sim necessita do reconhecimento e da valorização do encontro “único” entre as pessoas, que se processa no necessário convívio do ato cuidador.

Referências

ALMEIDA, M. (Org.). *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. Londrina: Rede Unida, 2003.

BRASIL. Ministério de Educação. *Diretrizes Nacionais dos Cursos Superiores*. Brasília: MEC, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 198/2004*, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <www.saude.gov.br/sgtes>. Acesso em: 13 ago. 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução do Conselho Nacional de Saúde*, n. 287, Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A Educação Permanente entra na roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde: Conceitos e caminhos a percorrer/ MS/SGTES/ DEGES/2*. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CAMPOS, G. W. S. *Diretrizes para o ensino médico na rede básica de saúde*. Documento preliminar. Abril, 2005. Disponível em: <www.abem_educmed.org.br/pdf/doc_gastao.pdf> . Acesso em: 19 set. 2006.

CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Editora Cultrix, 1995.

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, set./out., 2004a.

_____. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b.

CECÍLIO, L. C. O.; PUCCINI, P. T. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out., 2004.

CENTURIÃO, Carla Cristina. *Prevenção em Fisioterapia: um estudo da formação profissional no Estado do Rio Grande do Sul*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1997.

CHAVES, M.; KISIL, M. Origens, concepção e desenvolvimento. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, Laura e Llanos. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. Tomo 1. Um olhar analítico. Tradução Adja Barbieri Durão...[et al.]. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Eduufrrj, 1994.

FEUERWERKER, L. C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação dos profissionais de saúde. *Olho Mágico*, Londrina, 10, p. 21-26, 2003.

FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS, C. M.; ALMEIDA, M. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec, 1999.

LIBERALINO, N. Termo de referência elaborado para subsidiar as discussões no Curso sobre *Protocolos de Humanização da Atenção à Saúde*, promovido pela Pró-Reitoria de Extensão Universitária da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte, UERN, durante o IV Seminário Temático de Extensão Universitária, realizado em Mossoró, RN, no período de 29 a 31 de agosto de 2004. 6p. [texto didático]

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais da saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, mar./ago., 2005.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Sept./Oct., 2004. Fórum.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 117-160.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1998.

PELLEGRINO, E. D. The reconciliation of technology and humanism: a flexnerian task 75 years later. In: _____. *Flexner. 75 years later: a current commentary on medical education*. Maryland: University Press of America, 1987. p. 77-111.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (IMS/ABRASCO), 2001. p. 65 -112.

PRIGOGINE, I. *Ciência, razão e paixão*. Tradução de Edgard de Assis Carvalho et al. Belém: EDUEPA, 2001.

ROCHA, V. M. *Do corpo a corporeidade: repensando os saberes na formação dos profissionais fisioterapeutas*. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2002.

ROPÉ, F.; TANGUY, L. (Org.). *Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa*. Trad. Patrícia Chittoni Ramos e equipe do ILA-PUC/RS sob a supervisão de Julieta B. R. Desaulniers. Campinas: Papirus, 1997.