

Integralidade da saúde – norteador mudanças na graduação dos novos profissionais

Health's integrality - guiding changes in the graduation of the new professionals

Alberto Durán González¹
Marcio José de Almeida¹

Abstract *The strong changes happened in the health sector with the creation of the Brazilian Unified Health System had forced a reflexion about the formation of the new health professionals. However, the substitution of the dominant health care system, centered in the illness, hospital and super specialized assistance, by attention's models that value the integrality, the humanized care and the health's promotion, was not yet conquered and depends, in great measure, on the formation's profile and the practice of the health professionals. It is in the distance between the new professional's formation and the user's necessities of the system that is the great obstacle of the relation of health services and health education. This essay tries to formulate an understanding about the necessity of a more integral formation for a more integral service. It aims to give subsidies to affirm that the integrality of the health actions must be preceded by the integrality of the thought and health education.*

Key words *Human Resources Formation, Teaching and integrality*

Resumo *As fortes mudanças ocorridas no setor saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde, forçaram um repensar sobre a formação dos novos profissionais de saúde. Porém, a substituição do sistema dominante de atenção à saúde, centrado na doença, hospitalar e superespecializado, por modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde, ainda não foi conquistada e depende, em grande medida, do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde. É no descompasso entre a formação dos novos profissionais e as necessidades dos usuários do sistema que está o grande entrave da relação Serviços de Saúde e Ensino em Saúde. Este ensaio busca formular uma compreensão sobre a necessidade de uma formação mais integral para um serviço mais integral. Busca-se dar subsídios para afirmar que a integralidade das ações em saúde deve ser precedida pela integralidade do pensamento e do ensino em saúde. Palavras-chave Formação de Recursos Humanos, Ensino e integralidade*

¹Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, R. Robert Koch 60, Vila Operária, 86038-440 Londrina PR. betoduran_fbq@yahoo.com.br

Este ensaio busca uma reflexão sobre a mudança na graduação das profissões de saúde, orientada pelo princípio da integralidade. Baseado na literatura, busca formular uma compreensão e/ou uma interpretação da necessidade de mudanças na formação dos novos profissionais de saúde focada na integralidade.

A saúde no Brasil sofreu fortes mudanças nas décadas de oitenta e noventa, com a criação de um sistema universal, o Sistema Único de Saúde (SUS). São grandes os obstáculos na consolidação do SUS; apesar de ser o sistema de saúde vigente, amparado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de 1990, seus princípios democráticos trabalham diretrizes, conceitos e práticas que eram e ainda são contra-hegemônicos na sociedade¹. O sistema hegemônico traz a atenção à saúde centrada na assistência curativa, hospitalar e superespecializada, na vertente de interesses econômicos e corporativos. A substituição desse sistema pelo sistema universal, que busca modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde depende do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde^{2,3}.

Neste aspecto, encontra-se parte da explicação do descompasso entre a formação dos novos profissionais de saúde e os princípios e diretrizes do SUS, que nada mais são que as necessidades dos usuários do sistema¹.

As possíveis explicações para esse nítido descompasso da velocidade dos processos de mudança no serviço e na academia podem ser encontradas tanto na academia quanto nos serviços. Na academia, podem-se citar a gestão não comprometida, a atenção básica como aprendizagem marginal, o despreparo dos professores frente ao novo enfoque de aprendizagem, a difícil relação entre as diferentes profissões e a resistência dos estudantes em relação ao contato com a comunidade. Nos serviços de saúde, podem-se citar: a resistência dos profissionais às mudanças em processo, que a formação de profissionais não faz parte da agenda de trabalho, o acréscimo de mais uma função, o ensino, sem receber por isso, a estrutura física inadequada para acolher os estudantes, a resistência da população à presença do estudante no serviço e a possível identificação de fragilidades do serviço prestado⁴.

A fragmentação do processo de trabalho pode ser observada em várias dimensões; a separação entre o pensar e o fazer, a fragmentação conceitual, a presença cada vez maior de profissionais especializados, a fragmentação técnica e as rígidas relações de hierarquia e subordinação, a frag-

mentação social, configurando, assim, a divisão social do trabalho entre as diferentes categorias profissionais⁵.

O desafio está na quebra deste continuísmo de fragmentação e na inclusão da integralidade e da humanização das práticas ainda durante a formação.

Os serviços de saúde são palcos de ação de uma equipe de saúde, com atores distintos que desempenham funções, ações e idéias distintas. As instituições de ensino superior formadoras desses novos profissionais, que serão membros de futuras equipes, devem considerar esse cenário complexo e extremamente heterogêneo e, durante toda a formação, deve ter o foco no usuário do sistema^{1,6}.

Facilmente, pode-se identificar a influência das políticas de saúde sobre o modelo pedagógico predominante nas instituições de ensino superior, assim como o perfil da formação dos recursos humanos em saúde⁷. As instituições de ensino superior têm como grande desafio, atualmente, a revisão do seu papel na educação dos profissionais de saúde, com mudanças nos currículos dos cursos com um modelo pedagógico que permita ao aluno aprender a aprender, seja ético, humano e que seja competente, beneficiando a população⁸.

Os novos problemas e necessidades na área da saúde geraram contradições, principalmente entre o paradigma dominante, sob influência flexneriana, que observa a saúde por um olhar biológico, centrado na doença, na hegemonia médica, na atenção individual e na utilização intensiva de tecnologia e o paradigma da construção social da saúde, construção essa apoiada no fortalecimento do cuidado e da promoção à saúde, na ação intersetorial e na crescente autonomia das pessoas e populações em relação à saúde, visando à reorientação das relações entre profissionais de saúde e população⁹.

Na educação, o problema se encontra na contraposição entre a concepção hegemônica tradicional, em que a prática pedagógica está centrada no professor e a aquisição de conhecimentos ocorre de maneira desvinculada da realidade; e a concepção crítica reflexiva, fundamentada na construção do conhecimento a partir da problematização da realidade, na articulação teoria e prática e na participação ativa do estudante no processo ensino-aprendizagem¹⁰.

A concepção pedagógica fundamentada na aprendizagem significativa requer articulação dos papéis da academia e dos serviços de saúde, sugerindo cooperação na seleção dos conteúdos, na produção de conhecimentos e no desenvolvi-

mento de competência profissional⁹. Um exemplo de articulação ensino-serviço é o Projeto VER-SUS, cujo objetivo é promover a integração dos futuros profissionais à realidade da organização dos serviços de saúde¹⁰.

A complexidade e desarticulação do processo de trabalho decorrem da diversidade das profissões, dos profissionais, dos usuários, das tecnologias utilizadas, das relações sociais e interpessoais, das formas de organização do trabalho, dos espaços e ambientes de trabalho. A heterogeneidade revela-se pela diversidade dos vários processos de trabalho que coexistem nas instituições de saúde e que, na maioria das vezes, possui uma organização própria¹¹.

A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde¹¹. Esse processo não pode simplesmente aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde; deve também contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes¹².

É crescente, portanto, a necessidade de enxergar a realidade além dos limites disciplinares e conceituais do conhecimento. Neste contexto, despontam as idéias de interdisciplinaridade¹³, que demonstram a importância da necessidade de transcender e atravessar os conhecimentos fragmentados, buscando a unidade do saber¹⁴. A utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem torna-se essencial para que o processo de aprendizagem seja permanente e permita a integração multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar⁷.

Mas o que muda no ensino com a multi, pluri ou até mesmo transdisciplinaridade? A multidisciplinaridade já não basta mais, a execução de disciplinas desprovidas de objetivos comuns sem que ocorra qualquer aproximação ou cooperação leva à fragmentação do ensino e desconexão com a integralidade do usuário. Na pluridisciplinaridade, haveria um núcleo comum, já aparecendo uma relação, com certo grau de colaboração, mas sem uma ordenação; haveria uma leve aproximação entre as disciplinas. Já a transdisciplinaridade é tida como trabalho coletivo que compartilha estruturas conceituais, construindo juntos teorias, conceitos e abordagens para tratar problemas comuns¹⁵.

A influência na prática futura se dá porque a construção coletiva no ensino facilita e “treina” o futuro profissional na observação do indivíduo como um todo, integralmente. O ensino integral facilita a visão e a prática integral. A formação

deve dar ferramentas para que os profissionais de saúde tenham condição de trabalhar a transdisciplinaridade. Ou seja, para que possam trabalhar realmente em equipe, sem que os vários conhecimentos sejam desprezados e que possam convergir para uma mesma ação, pensando na especificidade da formação e para quem se está trabalhando. Não importa que cada profissional de uma equipe de saúde esteja absolutamente ligado ao seu conhecimento. Se todos não pensarem em qual é a função desse conhecimento, não falarão o mesmo idioma¹⁶.

A promoção da transdisciplinaridade não está restrita à universidade, existem outros atores que também falam sobre a saúde. É o caso dos movimentos populares e da própria gestão da saúde que no cotidiano de seus serviços produz conhecimento¹⁶.

A definição legal diz que “integralidade é a integração de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, em cada caso dos níveis de complexidade”¹⁷. Porém, como tudo na vida, isto é relativo. Neste caso em especial, a ênfase é relativa. Por exemplo, para os usuários do SUS, a ação integral tem sido frequentemente associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo¹⁷.

São esses sentidos que se aproximam da idéia de integralidade que se busca defender; um termo que abrange muitos outros, um termo plural, ético e democrático. Porém, não podemos nos contentar apenas em sermos bem tratados, termos acesso aos serviços de saúde; é preciso que esse acesso tenha qualidade, além de ser eficaz, efetivo e eficiente. É neste contexto de relações, contradições, construções e transformações que a integralidade ganha seu próprio sentido, específica para aquela experiência. A prática, o cotidiano não podem servir apenas como um local de verificação de idéias, mas sim de origem das idéias, de autoria¹⁷.

A escolha da integralidade como eixo norteador se dá principalmente por que, dentre todos os princípios do SUS, a integralidade é o único princípio indiscutivelmente finalístico, um atributo do que se quer do SUS. Atenção integral, não simplesmente a manutenção dos corpos “funcionando” com o consumo de bens de serviço de saúde. O que se quer é que as necessidades de pessoas e grupos populacionais sejam atendidas de uma maneira ampliada. Além, é claro, da importância da academia frente ao desafio da busca da integralidade na construção do SUS¹⁸.

As ações preventivas diferem radicalmente das assistenciais. Por exemplo, as ações preventivas

não são demandadas pelos usuários, enquanto que as assistenciais em geral são muito demandadas. Por isso, não podemos simplesmente defender a utilização de tecnologias de diagnóstico precoce ou incentivar comportamentos supostamente mais saudáveis de modo articulado com as ações assistenciais. Integralidade e prudência devem andar juntas¹⁹.

Defender a integralidade não implica em deixar de lado todos os conhecimentos técnicos sobre as doenças. A integralidade não existe sem conhecimento técnico. O que se busca é um uso prudente desse conhecimento sobre a doença mas, acima de tudo, um uso guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos os quais tratamos¹⁹.

Portanto, fica claro que a formação dos profissionais não pode ser apenas técnica, tem de compreender cultura, sistema e relação. Uma atenção integral não se dará desqualificando a cultura das populações. A formação deve envolver também domínio técnico e as mudanças também devem atingir este domínio, a compreensão dos processos de organização da vida e compreensão de que os eventos de adoecimento não são apenas biológicos, são eventos de uma história de vida. Ceccim²⁰ diz que “mais do que doenças, o que temos são adoecimentos”. E as pessoas não adoecem de forma igual, mesmo que a doença seja a mesma. É preciso que os profissionais de saúde tratem, cuidem, acompanhem não a doença, mas os adoecimentos. Com isso, o foco das práticas de saúde sai da doença e se direcionada às pessoas, sua história individual e coletiva²⁰.

O ensino tradicional na educação superior desconhece as estratégias didático-pedagógicas que facilitam o aprendizado sob o eixo da integralidade. Não se aplicam, com raras exceções, modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes; ignora-se a acumulação existente na educação relativamente à construção das aprendizagens⁴.

Não são só os usuários que criticam esse sistema hegemônico; as organizações docentes, estudantes e até mesmo os gestores questionam as dificuldades de adaptação do novo profissional ao trabalho rotineiro de um serviço de saúde.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional²¹, de 1996, estabelece em seu artigo 43 que a educação superior deve ter entre suas finalidades

o estímulo ao conhecimento dos problemas regionais, estabelecendo com a comunidade uma relação de reciprocidade, não a utilizando apenas como coleta de dados²¹. Afinal, todos querem saber o resultado de pesquisa de que participam; com a comunidade, não é diferente.

Todas as universidades e outras instituições formadoras vêm sendo pressionadas por mudanças no processo de formação e na maneira como a universidade se relaciona com a sociedade.

Deve-se estimular mudanças que visem à implementação de instituições formadoras com relevância social, ou seja, instituições que prezem pela qualidade, com os olhos nas necessidades de saúde da comunidade, tendo como norte a construção do SUS, capazes de produzir conhecimento relevante para a realidade de saúde em suas diferentes áreas e ativas na qualificação dos profissionais de saúde e prestadores de serviços já pertencentes à rede de serviços. Essas mudanças somente serão alcançadas com políticas articuladas entre educação e saúde, articulando as instituições de ensino, os sistemas de saúde e o controle social⁶.

Identificar a necessidade da mudança, buscar novos conceituais e explorar práticas inovadoras são elementos indispensáveis, mas não suficientes para superar o paradigma hegemônico, instalado firmemente dentro e fora das instituições de ensino.

Segundo Ceccim e Feuerwerker²², uma política ativa de mudança na formação irá possibilitar uma melhor articulação entre universidade e serviços/sistema de saúde. Com o processo de aproximação e construção de compromissos, a responsabilidade pública e a relevância social da universidade serão ampliadas na medida em que trazem para o contexto da educação o conjunto das diretrizes do SUS, em especial a integralidade²².

Cabe a todos o papel de protagonista na transformação dos conceitos e das práticas de saúde que orientam o processo de formação para produzir profissionais capazes de compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas em saúde, isto pode começar através da universidade, do colegiado ou do departamento, mas se não chegar à sala de aula e à relação professor-aluno, de nada adiantará a mudança nas diretrizes curriculares ou as imposições de um colegiado ou de uma universidade.

Colaboradores

AD González e MJ Almeida participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación Permanente en Salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud colect* 2006; 2(2):147-160.
2. Feuerwerker LCM. *Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Rede Unida; 1998.
3. Almeida MJ, Pereira LA, Turini B, Nicoletto SCS, Campos JB, Rezende LR, Mello PL. Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais. *Rev. bras. educ. méd* 2007; 31(2):156-165.
4. Oliveira MS. O papel dos profissionais de saúde na formação acadêmica. *Revista Olho Mágico* 2003; 10(2):37-39.
5. Roschke MA, Davini MC, Haddad J, editores. *Educación permanente de personal de salud*. Washington, D.C.: OPAS; 1994.
6. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec; 2002.
7. Ivama AM, Melchior SC, Castro MS, Rech N. Estratégias para a implementação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de Farmácia [relatório final]. *V Congresso Nacional da Rede Unida*; 2003; Londrina.
8. Sakai MH, Nunes EFPA, Martins VL, Almeida MJ, Baduy RS. Recursos Humanos em Saúde. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoní Jr L, organizadores. *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: EDUEL; 2001.p. 111-132.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Política de recursos humanos em saúde/Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
10. Brasil. Ministério da Saúde. *Projeto VER-SUS BRASIL Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
11. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35(1):103-109.
12. Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. *Formação* 2001; 2:5-15.
13. Rodrigues MM, Reis SMA. O ensino superior e a formação de recursos humanos em áreas de saúde: os desafios e tendências atuais da integração e da interdisciplinaridade [CD ROM]. In: *25ª REUNIÃO – ANPED*; 2002; Caxambu.
14. Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2003; 11(4):525-531.
15. Saube R, Cutolo LRA, Wendhouse ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(18):521-536.
16. Saippa G, Koifman L. Transdisciplinaridade. Entrevista ao *BoletIN Integralidade em saúde do LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde*. [site da Internet] [acessado 2006 mai 20]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inford=494>

17. Pinheiro R. Integralidade e Prática Social. Entrevista ao *BoletIN Integralidade em saúde do LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde*. [site da Internet] [acessado 2006 mai 20]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=162&sid=25>
18. Mattos RA. Integralidade é o próprio caminho, que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor. Entrevista ao *BoletIN Integralidade em saúde do LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde*. [site da Internet] [acessado em 2006 mai 20]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=163&sid=25>
19. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001.
20. Ceccim RB. A Integralidade ensina os profissionais a lidarem com histórias de vida. Entrevista ao *BoletIN Integralidade em saúde do LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde*. [site da Internet]. [acessado 2006 mai 20]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=179&sid=25>
21. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Dispõe sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União* 1996; 20 dez.
22. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1400-1410.

Artigo apresentado em 29/04/2007

Aprovado em 13/12/2007