

A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: Qual o Papel das Crenças?

Curricular Reform in the Health Courses: What is the Role Beliefs play?

Telmo Mota Ronzani¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Currículo;
- Educação;
- Comportamento Social.

KEY-WORDS:

- Curriculum;
- Education;
- Social Behavior.

Recebido em: 29/08/2005

Reencaminhado em: 07/03/2006

Aprovado em: 11/01/2007

RESUMO

Faz-se uma revisão teórica das reformas curriculares nos cursos de saúde. Considerando a ênfase das políticas públicas na integração dos diversos níveis de atenção em saúde, a formação do profissional passa a ter fundamental importância nesse processo. Mas as reformas curriculares podem apresentar dificuldades devido a algumas crenças negativas sobre o novo modelo de formação ou práticas dos profissionais de saúde. Por isto, ressalta-se a importância de avaliar crenças compartilhadas, que têm o papel de fortalecer e manter determinadas práticas e ideologias em saúde. Dessa forma, o estudo das crenças e ações voltadas para metodologias de ensino inovadoras, baseadas na motivação de mudanças para práticas em saúde, bem como estratégias de reforma nos cursos de graduação que ultrapassem a esfera formal são apontados como formas efetivas de mudança do comportamento dos professores, alunos e profissionais de saúde.

ABSTRACT

This article is a theoretical review of the reforms occurring in the curriculum of the health courses. Considering the emphasis given by the public policies to an integration of the different levels of health care, the professional training assumes fundamental importance in this process. The curricular reforms however can meet difficulties due to some negative beliefs about the new models for the training or practice of health professionals. Thus, this article highlights the importance of evaluating shared beliefs, which tend to strengthen and preserve certain health practices and ideologies. Studying these beliefs and actions towards innovating teaching methods based on the proposed changes in the health practices as well as strategies for reforming the graduation courses beyond the formal sphere are pointed out in this paper as effective forms of promoting changes in the behavior of professors, students and health professionals.

INTRODUÇÃO

Cada vez mais no Brasil, tem-se discutido a importância da formação de recursos humanos em saúde como forma de mudança das práticas e de assistência. Entendo tal questão relacionada também a situações culturais e econômicas de nossa sociedade, havendo uma influência recíproca entre a formação e o contexto em que as práticas em saúde se realizam. Nessa perspectiva, algumas ações têm sido implementadas a partir da reforma dos sistemas de saúde, com a mudança de enfoque das práticas assistenciais, levando em conta as ações relacionadas à promoção em saúde, em contraposição a práticas meramente curativas, em geral desenvolvidas em contextos especializados¹⁻⁴.

Apesar da tendência de vários países em basear suas políticas de saúde no modelo neoliberal em grande parte do mundo, os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e o fortalecimento das políticas públicas de saúde têm norteado as reformas dos sistemas de saúde. A priorização de ações de APS é uma estratégia de organização e integração entre os vários níveis de atenção e de mudança da situação de saúde da população. No Brasil, a atual política de saúde está pautada principalmente em ações de APS, por intermédio do Programa de Saúde da Família (PSF), de forma a organizar os demais níveis de atenção à saúde e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵. Na mesma direção, os cursos de saúde ressaltam a importância da formação e preparo dos alunos para uma prática ampliada, a partir de uma formação generalista, voltada para as ações de APS e para o fortalecimento do SUS^{3,6}.

A formação de profissionais de saúde, a partir da perspectiva de integração dos vários níveis de atenção, tendo a APS como nível estratégico de organização dos sistemas de saúde e assistência à população, baseia-se principalmente na perspectiva de que a atenção à saúde deixa de ser vista como meramente curativa, individual e isolada do contexto social; ela ultrapassa a percepção da atenção básica (ou primária) como executora de ações que se restringem a evitar doenças (prevenção primária), tornando-se investigativa e promotora de melhores condições de qualidade de vida da sociedade como um todo. Tal perspectiva se preocupa ainda com a articulação entre a APS e os demais níveis de atenção, de forma integral⁴. A valorização da saúde coletiva, da integralidade e do trabalho interdisciplinar, voltada para o SUS, tem norteado as reformas curriculares atuais do governo federal^{3,6}.

Apesar do enfoque na mudança de habilidades e competências dos estudantes da área de saúde e da reforma do sistema de saúde no Brasil, existem algumas dificuldades para a efetividade de tais mudanças. Discute-se e observa-se que as

mudanças nas políticas de saúde não acarretaram uma mudança nas práticas ou atitudes de trabalho na atenção primária^{4,7-9}. Tais dificuldades podem estar relacionadas a três pontos principais: 1) confusões conceituais, práticas e contradições da política de saúde brasileira – esta enfatiza as ações de APS, mas não existe uma priorização de fato no que diz respeito, principalmente, a organização, pagamento e recursos humanos se compararmos, proporcionalmente, com outros níveis de atenção; isto decorre principalmente de um embate político-ideológico e econômico entre duas concepções: “saúde como mercadoria” e “saúde como direito”. De forma geral, a primeira concepção se torna hegemônica e favorece a contradição das ações em saúde⁴; 2) atitudes e crenças dos profissionais de saúde dissonantes das práticas de APS, havendo uma identificação maior com as práticas especializadas e uma condição de permanência provisória no PSF^{7,9}; 3) os profissionais de saúde e gestores não foram adequadamente formados ou apresentam atitudes negativas em relação a práticas ampliadas de saúde baseadas na APS¹⁰.

Os itens 1 e 2 já foram discutidos com certo detalhamento^{4,5,7,9}. No presente artigo, será feita uma revisão acerca das reformas curriculares nos cursos de saúde, considerando a formação tanto para a assistência quanto para a gestão em saúde. Postula-se que as atuais reformas curriculares devem considerar os aspectos contextuais apontados acima, não se limitando a um mero arranjo de temas e disciplinas. A partir daí, aponta-se a importância das atitudes e crenças e do compartilhamento de crenças dos alunos com certas práticas e crenças fortalecidas durante os cursos de graduação.

A IMPORTÂNCIA DAS ATITUDES E CRENÇAS PARA O ENTENDIMENTO DO COMPORTAMENTO

Atitudes foram definidas por Rodrigues¹¹ como organização duradoura de processos motivacionais, emocionais, perceptivos da pessoa em relação a outra pessoa, objeto ou tema. As atitudes seriam compostas por três componentes: comportamentais (predisposição de um tipo de reação em relação a determinado objeto); afetivos (reações emocionais a determinado objeto) e cognitivos (organizações cognitivas – crenças – sobre determinado objeto). Ainda segundo o autor, os três componentes estão interligados, e, quando existe uma mudança em algum dos três, por consequência, os outros dois também são alterados. Sendo assim, as crenças, componentes cognitivos das atitudes, influenciam a percepção e comportamento frente a eventos ou situações sociais¹².

Na formação, permanência ou mudança de crenças e atitudes, o contexto social apresenta fundamental importância, uma vez que existe um mecanismo de organização psicológi-

ca das creanças em termos de centralidade das mesmas. Assim, dependendo da importância de determinadas creanças para o contexto em que elas estão apresentadas na vida do indivíduo, elas seriam mais fáceis ou difíceis de alterar^{13,14}.

Sendo assim, na articulação e compartilhamento de valores e atitudes é que se constituem, na esfera social, ideologias, utopias, sistemas morais e teorias científicas, entre outros sistemas de proposições, de grande influência humana. Creanças e sistemas de creanças integram e influenciam culturas, desenvolvidas ao longo dos tempos¹². Além disso, as creanças influenciam o processo perceptivo dos eventos sociais, havendo um processo de seletividade ou interpretação sobre tais eventos¹⁴. Por isso, creanças desempenham um papel importante em nossos processos psicológicos, “prevenindo-nos do desespero que a ausência de perspectiva em relação ao que está para acontecer em nossa existência pessoal e na vida coletiva da qual participamos poderá provocar. Com elas criamos imagens pessoais, conferimo-nos identidades compatíveis com os ideais utópicos que alimentamos”¹².

O PAPEL DAS CRENÇAS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Como discutido acima, o contexto é importante no processo de manutenção de determinadas creanças, tornando-se fonte de ideologias que podem se estruturar logicamente no sentido da manutenção de certos comportamentos. Especificamente, para entendermos algumas creanças e comportamentos entre profissionais de saúde e estudantes e o papel de tais creanças para a formação, podemos perceber o papel que elas desempenham na prática desses profissionais ou no processo de identificação dos alunos com determinados aspectos da formação. Ao apontarmos tais aspectos, percebemos que alguns comportamentos e identificações compartilhados entre os profissionais de saúde permitem a sensação de pertencimento a este grupo. Tal aspecto se torna fundamental se objetivarmos alguma mudança prática, como as ações tradicionais em saúde⁹. Cabe ressaltar que os aspectos cognitivo-comportamentais são apenas um dos elementos envolvidos no processo de educação, não havendo, portanto, o objetivo de limitar o processo de formação em saúde apenas a tais aspectos, mas ressaltar sua importância num contexto mais amplo.

Os comportamentos e práticas em saúde apresentam um componente cognitivo importante, pois, para que o aluno de graduação ou mesmo o profissional de saúde se sintam pertencentes ao seu grupo, eles vão compartilhar creanças, sentimentos e comportamentos. Este mecanismo é denominado Princípio da Congruência¹³, pelo qual tendemos a escolher argumentos semelhantes aos nossos, bem como a ter uma

inclinação socialmente favorável a pessoas que apresentem formas de pensar compatíveis com a nossa.

Neste ponto, principalmente, ressaltamos a importância dos “formadores de creanças”. É importante entender como se configura o processo educativo nas faculdades, para saber qual a creança compartilhada entre professores e alunos. Será que os professores na área de saúde compartilham e se comportam dentro da perspectiva das reformas curriculares? Qual o modelo pedagógico utilizado nas disciplinas e qual a relação entre este profissional e os alunos? Além do contexto geral, os professores apresentam uma fundamental importância na manutenção ou mudança de creanças dos alunos. Este processo se dá principalmente por dois tipos de creança: 1) creanças de autoridade, formadas a partir da influência de objetos ou pessoas de referência; 2) creanças derivadas, que se caracterizam por serem creanças ideológicas, originadas de instituições religiosas, políticas e derivadas de segunda mão, do processo de identificação com a autoridade mais do que pelo encontro direto com o objeto de creança. Estas creanças derivadas formam o que geralmente se refere a uma ideologia institucionalizada e, junto com as identificações de pessoas ou grupos de referência sobre as quais tais ideologias estão baseadas, fornecem uma creança com um sentido de identidade de grupo¹³.

Segunda a Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura¹⁵, os processos vicários (ou identificatórios) são importantes formas de aprendizagem. Tal aprendizado é adquirido pela observação direta do comportamento de outras pessoas. Portanto, os professores, na qualidade de formadores de creanças de autoridade ou derivadas, são uma fonte importante de aprendizagem social sobre como um profissional deve se comportar e que tipos de comportamento são valorizados no meio em que se situam. Assim, não somente o conteúdo formal das disciplinas é importante para a formação dos alunos, mas também o que pensam, de fato, os professores e como eles se comportam frente às práticas de saúde, ao lado de outros aspectos contextuais, são fundamentais para a formação do profissional de saúde.

O PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

É nessa articulação entre normatização, institucionalização e compartilhamento de determinadas creanças que certos objetivos procuram ser alcançados ou identidades são mantidas⁹. Como afirma Ciampa¹⁶: “A identidade concretiza uma política, dá corpo a uma ideologia” (p. 127). Sendo assim, a formação de identidades é dada pelo reconhecimento mútuo de atores identificados por meio de determinado grupo social que existe objetivamente, com uma história, suas tradições,

suas normas, seus interesses, mais especificamente por ideologias próprias e crenças¹⁷.

Como discutido em outras oportunidades^{4,5,7,9,10}, a divisão rígida entre disciplinas e a dependência exacerbada de procedimentos de alta tecnologia pautaram o modelo de formação em saúde por longos anos e ainda são características de alguns centros de formação. Além disso, as políticas de saúde ainda preconizam a formação, o financiamento e a infra-estrutura para ações especializadas, em decorrência, entre outros motivos, da confusão conceitual a respeito dos princípios da APS⁴.

A partir de tal contexto, os profissionais de saúde e alunos apresentam crenças e identificações maiores com práticas especializadas^{7,9}. Como exemplo, podemos citar o estudo de Machado¹⁸, que constatou um crescimento significativo das especialidades médicas, principalmente das chamadas "Tecnológicas Burocráticas", que se caracterizam pela utilização de técnicas de alta tecnologia e altamente burocratizadas em detrimento de práticas cognitivas em que há maior importância da relação médico-paciente. Em outro estudo⁷, que avaliou as crenças e atitudes de médicos de família, constatou-se que estes apresentavam crenças de que, quanto mais dependente de tecnologias de última geração e quanto mais especializado, mais competente seria esse profissional.

Se o contexto é fundamental para entendermos a configuração das profissões e as crenças e atitudes apresentam um papel importante na formação dos novos profissionais de saúde, podemos entender, a partir dos aspectos levantados até o momento, o porquê das dificuldades de efetivação das reformas curriculares. Muitas vezes, dentro das próprias faculdades, encontramos professores com crenças e atitudes contrárias às atuais perspectivas de mudanças nos cursos de graduação.

Algumas faculdades procuram reverter o modelo tradicional de formação por meio das reformas curriculares. Muitas vezes, porém, se deparam com a resistência de alguns profissionais em mudar o atual modelo, baseado na especialização. Constatou-se que o próprio ensino se torna segmentado, apenas reproduzindo velhas práticas de assistência¹. Tais atitudes seriam reforçadas nas faculdades de Medicina por intermédio de um currículo tradicional, sistematizado a partir da lógica flexneriana, que distingue o laboratório e o hospital como lugar privilegiado de aprendizado¹⁹. Apesar dos esforços e de alguns sucessos já vislumbrados por algumas faculdades, pesquisas demonstram que o profissional de saúde ainda apresenta práticas e crenças conflitantes com o trabalho na APS^{7,8,20}.

Entre os vários aspectos envolvidos, torna-se evidente a dinamização e ampliação de ações que visem às reformas curriculares, considerando não apenas o oferecimento de novas

disciplinas, mas também a mudança dos modelos pedagógicos e o próprio esforço de mudança de atitudes dos professores em relação a novas perspectivas no processo educacional e pressupostos de ações em saúde. Especificamente no processo ensino-aprendizagem, torna-se fundamental considerar os aspectos cognitivo-comportamentais no processo de construção do conhecimento.

Para entender melhor a importância dos aspectos cognitivos ou comportamentais, ao lado de aspectos contextuais mais amplos, a Teoria da Aprendizagem Social¹⁵ traz uma grande contribuição para a compreensão da mudança e manutenção de determinados padrões de comportamentos sociais. No presente tema em discussão, destacam-se três aspectos principais: 1) os padrões de comportamento são influenciados pelas contingências ambientais; 2) o ambiente influencia o comportamento dos indivíduos de forma adaptativa e dialética, havendo uma ação recíproca entre aspectos individuais e ambientais; 3) as situações das relações interpessoais apresentam fundamental importância no desenvolvimento da mudança ou manutenção do comportamento. A partir dos aspectos levantados, ressalta-se que determinadas crenças e comportamentos são mantidos ou mudados pelas contingências ambientais. Sendo assim, ao objetivarmos uma mudança comportamental, é importante atuarmos não somente junto aos indivíduos, mas também nos ambientes¹⁵.

Para a formação de profissionais de saúde, por exemplo, é importante avaliar como a sociedade e o mercado valorizam certas práticas, o que os profissionais de saúde pensam sobre seu trabalho e como os grupos profissionais percebem, valorizam ou desvalorizam determinadas práticas⁵.

Portanto, quando se objetivam mudanças de práticas ou, mais especificamente, cognições e comportamentos, é preciso avaliar e modificar condições ambientais e contextuais mais amplas¹⁵. Então, para haver uma mudança complexa como se pretende com as reformas curriculares ou das práticas em saúde, é fundamental planejar ações que ultrapassem a esfera formal das reformas curriculares ou somente o ambiente universitário. Percebe-se ainda uma ambigüidade entre o perfil de profissional desejado e as regras de mercado, gestão e ênfases na formação de recursos humanos e políticas de saúde¹⁴. Tais contradições limitam os resultados esperados das reformas curriculares em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da discussão realizada, pode-se chegar a algumas conclusões sobre as reformas curriculares e as dificuldades na implementação de mudanças de práticas dos profissionais de saúde e dos alunos que estão se formando. Um dos aspectos a

considerar é que o conhecimento do contexto mais amplo onde as universidades estão inseridas – como economia, mercado de trabalho, demandas da sociedade e das instituições de saúde – e a avaliação de como tais aspectos se articulam com determinadas ideologias que mantêm algumas crenças, atitudes e comportamentos são fundamentais para entender como algumas práticas são mantidas e quais estratégias de mudança serão efetivas. Somente a partir dessa avaliação e adequação é que as mudanças de práticas vão ocorrer de fato.

Por esta razão, o currículo não pode mais ser visto como um conjunto neutro de conhecimentos e uma mera divisão entre aspectos técnicos e aspectos humanos envolvidos na formação. É preciso ultrapassar a visão dicotomizada do ensino em saúde e ter uma visão integradora na formação do profissional de saúde^{9,21}.

Outro aspecto a considerar é o papel do educador no processo da reforma curricular. Como estratégia da reforma curricular, é preciso conhecer o perfil do professor, suas crenças e atitudes sobre o trabalho em saúde. Como discutido acima, se o professor é uma importante referência para o compartilhamento de crenças e a motivação para mudanças, tanto as atitudes quanto o modelo pedagógico devem ser considerados.

Enfim, as crenças apresentam uma importância fundamental para as reformas curriculares, pois são processos cognitivos que embasam o comportamento dos professores e alunos, sendo um aspecto que pode dificultar algumas mudanças almejadas com as reformas curriculares. Não se pretende limitar a discussão sobre mudanças das práticas em saúde somente à questão das mudanças das crenças, mas considerá-las como um dos fatores a se levar em conta. Então, a reforma curricular não deve se limitar aos aspectos formais, pois o que os profissionais de saúde, alunos e professores pensam sobre as práticas em saúde, junto com o contexto em que tais reformas estão inseridas, são situações suficientemente fortes para dificultar a efetividade das ações formais.

Por último, é importante entender que as reformas são realizadas por pessoas com interesses, ideologias e crenças específicos. As políticas de saúde ou educacionais são importantes para orientar os princípios de ação, mas, por si só, não conseguem realizar as mudanças que pretendem. Somente a partir do entendimento de tais fatores e da ênfase na mudança de crenças e atitudes em relação à prática em saúde é que se conseguirá ultrapassar a barreira formal das reformas curriculares.

REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Saúde Pública*. 1997; 13: 141-144.
2. Twadle AC. Health System Reforms: toward a framework for international comparisons. *Soc Sci Med*. 1996; 32: 637-654.
3. Brasil. Ministério da Educação. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu/ftp/resolucao/0401Medicina.doc>. [Acessado em: 07/04/2004].
4. Ronzani TM, Stralen, CJV. Dificuldades de implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do Sistema de Saúde brasileiro. *Rev Atenção Primária à Saúde* 2003; 6:99-107.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 198/GM/MS 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Ronzani TM. Avaliação de um processo de implementação de estratégias de prevenção ao uso excessivo de álcool em Serviços de Atenção Primária à Saúde: entre o ideal e o possível. [Tese] São Paulo: Escola Paulista de Medicina - Unifesp; 2005.
7. Ronzani TM, Ribeiro MS. Práticas e crenças do médico de família. *Rev. Brás. Educ. Méd.* 2004; 28: 190-197.
8. Souza SPS. A inserção dos médicos no serviço público de saúde: um olhar focalizado no Programa de Saúde de Família. [Dissertação] Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001.
9. Ronzani TM, Ribeiro MS. Identidade e formação profissional dos médicos. *Rev Bras Educ Med*. 2003; 27: 229-236.
10. Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigoni MLOS. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21: 852-861.
11. Rodrigues, A. *Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes; 1999.
12. Krüger H. *Psicologia das Crenças: Perspectivas Teóricas*. [Tese] Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1995.
13. Rokeach M. *Crenças, Atitudes e Valores. Teoria de organização e Mudança*. Rio de Janeiro: Interciência; 1981.
14. Krüger H. *Cognição, estereótipos e preconceitos sociais*. In: Lima MEO, Pereira ME, orgs. *Estereótipos, preconceitos e discriminação. Perspectivas teóricas e metodológicas*. Salvador: EDUFBA; 2004. p. 7-25.
15. Bandura A. *Modificação do Comportamento*. Rio de Janeiro: Interamericana; 1979.
16. Ciampa AC. *A Estória do Severino e a História da Severina. Um ensaio de psicologia social*. São Paulo: Brasiliense; 1994.

17. Guareschi PA. Ideologia. In: Jacques MGC, Strey MN, Bernardes NMG, Guareschi PA, Carlos SA., Fonseca TMG, orgs. *Psicologia Social Contemporânea: Livro-texto*. Petrópolis: Vozes;1998. p. 47-59.
18. Machado MH. *Os Médicos no Brasil. Um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.
19. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ ABRASCO; 2001. p. 39-64.
20. Andrade AN, Araújo MD. Paradoxos das Políticas Públicas: Programa de Saúde da Família. In: Trindade ZA, Andrade AN. *Psicologia e Saúde: um campo em construção*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 73-88.
21. Rodriguez CA, Neto PP, Behrens MA. Paradigmas Educacionais e a Formação Médica. *Rev. Brás. Educ. Med.* 2004; 28: 234-241.

Conflito de Interesse

Declarou não haver.

Endereço para correspondência

Rua Candido Tostes, 210 – apto 401 – São Mateus
36016-030 – Juiz de Fora – MG
e-mail: telmo.ronzani@ufjf.edu.br