

O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem:

experiências e percepções

Laura Cavalcanti de Farias Brehmer^(a)
Flávia Regina Souza Ramos^(b)

Brehmer LCF, Ramos FRS. The healthcare model in training for nursing: experiences and perceptions. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):135-45.

This study sought to identify, within training for nursing, how the healthcare model is expressed within the perceptions of students, teachers and primary care professionals. This was a qualitative study of case study type. The cases were five undergraduate courses at different institutions in the state of Santa Catarina. The results are presented in three categories: "Hegemony and counter-hegemony: the coexistence of two approaches within healthcare", "From theory to practice, how the healthcare model is expressed in two spheres of training" and "Interdisciplinarity... Advances or bias?" As a process, the care model requires continual focus on discussions between teaching and healthcare services. Planning and evaluation conducted conjointly have concrete consequences for the quality of care and for development of professional skills. Despite the limits, there has undeniably been progress towards consolidating the care model.

Keywords: Higher education. Health care models. Primary health care. Interdisciplinarity.

O estudo buscou identificar, na formação em enfermagem, como se expressa o modelo de atenção à saúde na percepção de alunos, docentes e profissionais da Atenção Básica à Saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso. Os casos foram cinco cursos de graduação de diferentes instituições do estado de Santa Catarina. Os resultados são apresentados em três categorias: "Hegemonia e contra-hegemonia: a coexistência de duas abordagens na atenção à saúde", "Da teoria a prática, como o modelo de atenção à saúde se expressa em dois âmbitos da formação" e "Interdisciplinaridade... Avanços, viés?". Como processo, o modelo de atenção requer foco contínuo nas discussões entre ensino e serviço. O planejamento e avaliação em conjunto refletem concretamente para a qualidade da assistência e para o desenvolvimento das habilidades profissionais. Apesar dos limites, há avanços inegáveis para a consolidação do modelo de atenção.

Palavras-chave: Educação Superior. Modelos de atenção à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Interdisciplinaridade.

^(a,b) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Campus Universitário, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I. Florianópolis, SC, Brasil. 88040-900. laura.brehmer@ufsc.br; flavia.ramos@ufsc.br

Introdução

O Sistema de Saúde no Brasil vem sendo constantemente transformado em termos políticos e estruturantes. Resumidamente, alguns dos marcos históricos desse processo de pouco mais de vinte anos representam a introdução de profundas mudanças na organização da assistência à saúde no país, e de novos elementos para o pensar e o fazer em saúde. Nesses marcos são considerados: desde o Movimento Sanitário, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a Constituição Federal de 1988, cujo texto estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse cenário de mudanças legais, políticas e estruturais do sistema de saúde pública, estão imbricados os modelos de atenção à saúde. O SUS fomentou a necessidade de se discutir a reorientação dos modelos assistenciais existentes. Sobretudo, evidenciou a urgência de consolidação de um modelo de atenção que conjugasse, integralmente, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como formas de cuidado voltadas para a qualidade de vida de todos os cidadãos¹.

A integralidade, cuja acepção é polissêmica, assumiu importante destaque como diretriz estruturante de ações e serviços de saúde, e, de modo abrangente, do modelo de atenção.

Estrategicamente, para promover a consolidação da integralidade no SUS, a organização da assistência em Redes de Atenção à Saúde está centrada na Atenção Primária ou Básica. Nesse nível, as ações e a atenção à saúde são desenvolvidas de forma altamente descentralizada e capilarizada, próxima da vida das pessoas. A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada no Sistema².

Para discutir o modelo de atenção, esse estudo compreende a complexidade do Sistema atribuída à diversidade de sua abrangência não só em termos organizativos, mas epistemológicos. Apesar de ser regido unicamente pelos mesmos princípios e diretrizes, sabe-se que o modelo de atenção, contra-hegemônico ao modelo clínico, será influenciado, em maior ou menor grau, por vieses que persistem no cotidiano das instituições e nas práticas dos profissionais.

Está, justamente, na concretude das ações dos profissionais, um desafio no processo de consolidação do modelo integral. A formação dos profissionais de saúde representa um momento singular para discutir, refletir e experienciar novas perspectivas de modelos de atenção.

Não é possível reorganizar as práticas de saúde sem interferir na formação e no mundo do trabalho. Nos espaços dos serviços, os trabalhadores operam suas concepções sobre saúde, são atores essenciais a qualquer estratégia para transformar a prática³.

Na integração ensino-serviço, os modelos assistenciais são construídos nos cotidianos da formação e da atenção à saúde, na interface entre os saberes de todos os sujeitos do processo. Portanto, a formação em saúde (re)orientada para a atenção básica à saúde e seu modelo de atenção, se solidariza com as demais estratégias e ações para o fortalecimento do modelo, incorporadas a um novo pensar e um novo agir na saúde.

Em meio a toda esta efervescência dos processos formativos e de atenção à saúde, este estudo buscou conhecer, em experiências de graduação em enfermagem, como se expressa o modelo de atenção à saúde na percepção de alunos, docentes e profissionais dos serviços de Atenção Básica.

Trazer à tona esta discussão, a partir de dados que expressam experiências reais da formação em saúde articulada ao modo como o modelo de atenção vem sendo tratado nas dinâmicas de ensino-aprendizagem, visa, especialmente, contribuir para a reflexão dos avanços e desafios deste complexo processo.

Metodologia

Esse estudo possui caráter qualitativo e foi delineado sob os referenciais metodológicos do Estudo de Caso. Nos estudos de caso, o desejo do pesquisador é a compreensão, em profundidade, de um fenômeno social complexo em seu real contexto⁴.

Os casos estudados são representados por cinco cursos de graduação em enfermagem em cinco Instituições de Ensino Superior no estado de Santa Catarina. Os cursos foram eleitos como cenários porque desenvolveram projetos contemplados por editais do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) entre os anos de 2005 a 2011.

Para a obtenção dos dados, foram utilizadas duas técnicas: entrevista com roteiro semiestruturado e grupo focal. Foram entrevistados 22 docentes e 14 profissionais dos serviços de Atenção Básica à Saúde. Para compor a amostra de docentes e a amostra de profissionais do serviço, considerou-se o coordenador de cada projeto Pró-Saúde da Enfermagem como informante-chave e responsável pela indicação dos demais sujeitos de pesquisa, utilizando, como critério de seleção, o seu envolvimento com os projetos Pró-Saúde e sua experiência profissional com vivências de integração ensino-serviço na Atenção Básica. A amostra foi do tipo não probabilística, de acordo com: as características de cada Instituição de Ensino Superior, as indicações dos informantes-chave e a aceitação/disponibilidade em participar da pesquisa. A distribuição dos sujeitos por instituição seguiu uma orientação mínima de três representantes dos docentes e dois representantes dos serviços em cada caso.

Para a realização dos grupos focais, todos os alunos da última fase do Curso de Enfermagem, tomado como referência o primeiro semestre de 2011, foram convidados a participar. Foram realizados cinco grupos focais, um em cada Instituição, e obteve-se uma média de participação de 15 alunos por grupo focal.

Ambas as técnicas, entrevistas e grupos focais, foram gravadas e transcritas na íntegra. Os dados foram organizados e categorizados com o auxílio do software ATLAS-ti - *The Qualitative Data Analysis Software*.

A primeira etapa da categorização foi a atribuição dos códigos para designar os conceitos relevantes de acordo com o objetivo do estudo. A ocorrência de um mesmo código em todos os casos determinava a elegibilidade dos mesmos para prosseguir com a segunda etapa da categorização. Foram definidos 14 códigos.

A segunda etapa correspondeu ao agrupamento dos códigos por similaridade de conceitos nos âmbitos da concepção do modelo de atenção à saúde e do fazer no cotidiano do ensino e dos serviços de saúde. Desse processo, emergiram três agrupamentos para os quais foram atribuídos significados teóricos e representam as categorias analíticas finais.

Os aspectos éticos no desenvolvimento de pesquisa com seres humanos foram respeitados conforme as Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS). Para tanto, o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Instituição de Ensino de origem.

O anonimato dos sujeitos e a identificação dos casos foram preservados, desta forma, foram utilizados os seguintes códigos apenas para diferenciar os núcleos de sujeitos: Grupos Focais – GF1, GF2, GF3, GF4, GF5; Docentes – D1 a D22; Profissionais dos Serviços – PS1 a PS14.

Resultados

Em atenção ao objetivo proposto e ao delineamento metodológico, esse estudo organizou seus resultados em três categorias analíticas que emergiram dos depoimentos dos três núcleos de sujeitos, alunos, docentes e profissionais dos serviços de saúde.

A primeira categoria recebeu o título "Hegemonia e contra hegemonia: a coexistência de duas abordagens na atenção à saúde", que, sinteticamente, apresenta a dualidade vivenciada pelos atores do processo de formação em saúde em relação ao pensar e o fazer em saúde nos serviços de Atenção Básica à Saúde.

A segunda categoria, denominada "Da teoria à prática, como o modelo de atenção à saúde se expressa em dois âmbitos da formação", resgatou as principais considerações dos sujeitos corresponsáveis pela formação em enfermagem acerca das estratégias de ensino e aprendizagem para a consolidação da Atenção Básica à Saúde.

Pode parecer que ambas as categorias sejam expressões de uma mesma dualidade, contudo, a análise revelou uma sutil diferenciação, qual seja: na primeira categoria, os sujeitos denotam, com suas falas, certo afastamento, avaliando os contextos dos serviços em relação à atenção à saúde prestada, transitando entre o modelo clínico e de Atenção Básica à Saúde. Na segunda categoria, os sujeitos retomam seu protagonismo e refletem quanto a formação também convive com a mesma dualidade enfrentada nos serviços de saúde.

A interdisciplinaridade é considerada uma característica do modelo de atenção básica, da ordem do processo de trabalho, e em franca promoção nas estratégias de reorientação da formação em saúde. Do modo como a interdisciplinaridade foi evidenciada pelos sujeitos da pesquisa, emergiu a terceira categoria, denominada “Interdisciplinaridade... Avanços, viés?”.

Hegemonia e contra-hegemonia: a coexistência de duas abordagens na atenção à saúde

A principal evidência relatada pelos sujeitos correspondeu à coexistência de elementos do modelo clínico, fortemente arraigado às práticas de assistência à saúde no SUS. Essa herança histórica, anterior à configuração do atual Sistema de Saúde, por muitos anos norteou os modos de pensar e fazer na saúde, e, por consequência, orientou a formação para responder às expectativas da área.

Os elementos do nível primário da atenção e seu modelo assistencial ganharam espaço nas discussões desde o movimento sanitário brasileiro. O pensamento reformista foi influenciado pelo movimento em âmbito global, iniciado em 1978 pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Nos planos da Reforma, era urgente romper com o modelo assistencial médico-privatista, especializado, tecnicista e hospitalocêntrico. Por isso, o modelo do ideário reformista constituía a contra-hegemonia e buscava uma atenção à saúde integral, universal e com a participação social.

A partir da Constituição Federal em 1988, o SUS, regulamentado em 1990, definiu estratégias para fortalecer as ações primárias de atenção à saúde, representada pelo nível de complexidade da Atenção Básica à Saúde e pela Estratégia de Saúde da Família.

Devido à dinamicidade histórica dos fatos, das influências entre passado e futuro e da convivência de estruturas institucionais e de sujeitos que transitam entre dois momentos tão distintos em relação à concepção de saúde e de cuidado, pode-se compreender que, em uma mesma realidade, ainda convivam os dois modelos de atenção à saúde.

“Ainda é aquela correria de estar sempre cheio de gente, demanda reprimida [...]. É muito grande ainda. Quando os profissionais participam (da formação) dá para ver, são criativos, recebem a gente diferente [...]”. (GF 4)

“Tem uma intencionalidade de fortalecer a saúde da família, mas existe esse contraponto, de requisitar o que é curativo, do que é específico e especializado, de uma Unidade de Pronto Atendimento, por exemplo [...]”. (D 20)

“Enquanto nesse país existir o modelo privado tão forte como ele é, e o modelo público, os dois juntos impedem o fortalecimento um do outro. Então, eu acho que o grande avanço vai ocorrer quando o entendimento for que o público tem que ser para todos. O público fortalece o privado e o privado enfraquece o público a todo o momento”. (PS 2)

Da teoria à prática, como o modelo de atenção à saúde se expressa em dois âmbitos da formação

Essa categoria se constituiu a partir de discursos que trouxeram à tona os reflexos evidenciados na categoria anterior. Ora, se os serviços de saúde ainda convivem com nuances do modelo clínico e do

modelo integral, o processo de reorientação da prática de formação também experiencia tal dualidade.

No ensino, os currículos materializados em conteúdos e, propriamente, nas aulas teóricas, teórico-práticas e nos estágios curriculares, estão cada vez mais afinados ao modelo da atenção básica à saúde. As vivências nas unidades de saúde buscam essa aproximação. Contudo, as demandas do cotidiano persistem, em maior evidência, voltadas para o modelo que valoriza a técnica e o tratamento.

É dessa forma que alunos, docentes e os profissionais dos serviços percebem o modelo de atenção à saúde quando pensam no processo formativo, uma imagem-objeto bem delineada em termos conceituais. Porém, esta se encontra distante, em um caminho tomado por desafios oriundos de processos de trabalhos de profissionais com diferentes formações em relação ao tempo e a área, de gestão e de participação social. Finalmente, o maior desafio pode ser resumido na postura, compreensão e responsabilidade de todos os agentes de mudanças envolvidos na consolidação desse modelo.

Teoria foi prevenção, mas na prática foi mais curativo [...]. (GF 1)

“Às vezes na sala de aula a gente fala que o acolhimento da criança é assim, o acompanhamento [...]. Você chega lá e o aluno não vê isso, então fica aquela discordância, não é congruente [...]”. (D 9)

“[...] eles aprendem em sala de aula que o programa saúde da família deve ter um outro olhar, para família, para comunidade, para as reais necessidades, trabalhar promoção e prevenção, e quando eles chegam no campo eles veem que a gente não consegue fazer isso de uma forma tão efetiva [...]”. (PS 14)

“Interdisciplinaridade... Avanços, viés?”

Um primeiro ponto a esclarecer é a motivação para denominar a categoria em forma de pergunta. Afinal, os dados evidenciaram a interdisciplinaridade como avanço e/ou como viés de forma afirmativa? Sim. Os dados apontaram experiências na formação onde a interdisciplinaridade, ou melhor, estratégias interdisciplinares constituem foco no desenvolvimento das atividades do processo ensino-aprendizagem.

Então, por que sugerir viés como adjetivo para a interdisciplinaridade? O sentido de viés corresponde ao sentido figurado de tendência. A discussão interdisciplinar é frágil, comumente se faz confusão entre interdisciplinar e multiprofissional. A maioria das experiências está distante do significado que representa o encontro de diversos saberes, de campos do conhecimento diferentes, para além de um único saber profissional, fragmentado.

Foi possível perceber a intenção de promover a interdisciplinaridade nos cursos de enfermagem, nas salas de aula ou nos cenários do trabalho e do cuidado. Na agenda dos cursos, estão previstos espaços para atividades intercurso, denominadas de interdisciplinares. Nos serviços de saúde, os atores, na medida em que surgem oportunidades, estão atentos para integrar os objetivos da atenção em enfermagem. Por exemplo, com o trabalho de todos os profissionais da equipe de saúde e com as vivências de alunos e docentes de outros cursos.

Há, nos relatos, certa ponderação entre quanto essa compreensão de interdisciplinaridade é um avanço, em um meio até então inóspito a essas iniciativas, e os diferentes fatores que dificultam a consolidação dessa prática.

A interrogação se situa na intersecção da ponderação. Ou seja, pode-se considerar um avanço interdisciplinar as experiências pontuais durante a formação, com a promoção de encontros entre os diferentes cursos da saúde para troca de experiências. A conformação dessa percepção parte do princípio de que, há bem pouco tempo, essa aproximação, ainda que pontualmente, não existia, por isso, avançou-se. Por outro lado, o viés está no risco na manutenção dessa percepção, sem discutir a superação dos desafios da interdisciplinaridade, de efetivamente introduzir, desde a formação, uma perspectiva interdisciplinar.

“Das reuniões que nós realizamos com a equipe participaram o médico, dentista [...]. Não é uma coisa muito comum de acontecer [...] eles vinham e participavam, ajudavam [...]”. (GF 1)

“Foram muito discretas as ações que foram desenvolvidas dessa forma. Um exemplo, as visitas domiciliares [...]”. (D 12)

“Nas visitas domiciliares eles veem com os relatos e muitas vezes precisam da intervenção do dentista, do médico, então eles têm essa discussão”. (PS 11)

Discussão

Como exaustivamente tem-se divulgado e discutido nos meios de organização do SUS e das políticas públicas para educação em saúde, nas universidades existe, já há algumas décadas, uma premente necessidade de aproximação efetiva e (re) significação da formação de recursos humanos para a saúde. Seguindo a lógica da proposta de organização da atenção à saúde no Brasil, observa-se, na Estratégia de Saúde da Família e na Atenção Básica à Saúde, o nível privilegiado para a substituição do modelo hegemônico da atenção individualizada e clínica para o modelo da atenção integral à saúde.

Não se trata de negar um modelo em detrimento de outro, mas, de admitir, em contextos atuais, a necessidade de se configurarem as práticas de acordo com a realidade e promover a atitude dos sujeitos no cuidado de si. Dessa forma, espera-se, da formação e da atenção à saúde, a valorização da humanização da assistência e de todas as dimensões da vida dos individuais⁵. Há também de se considerar a complexidade do campo da saúde coletiva, onde modelos coexistem há décadas e, nesse percurso, redefinem constantemente seus saberes e suas lógicas⁶. Trata-se de evoluir na discussão da efetividade dos modelos para a atenção às demandas reais de saúde no âmbito da Atenção Básica à Saúde de acordo com seu escopo. E, desta forma, avançar no discurso e na prática, para se tornarem consonantes.

Como revelou a análise dos dados deste estudo, os modelos clínico e integral convivem nos cenários pesquisados, na visão dos sujeitos que vivenciam a formação em enfermagem e a atenção à saúde. A partir desta análise, surge, como ponderação substancial, a questão do processo. Enquanto processo de reestruturação de setores, saúde e educação, em relação à formação para a saúde, entende-se a coexistência de características do ‘velho’ e do ‘novo’. Tal coexistência se deve a inúmeros fatores, como: a permanência de atores cujas práticas estão fortemente arraigadas no passado, resistência às mudanças, estruturas organizativas e burocráticas institucionais, que dificultam a adoção de novas práticas, e a incipiente efetivação dos resultados a partir desse novo modo de pensar e fazer em saúde. Essas são apenas algumas possibilidades de justificativas, certamente existem outras variáveis de acordo com o tempo, os cenários e as experiências.

Quando se fala de atores do processo, também estão incluídos, como corresponsáveis pelas mudanças, os usuários do SUS. A busca pela atenção curativa e a expectativa por uma atenção médico-centrada permanece ainda na base da compreensão de muitos usuários a respeito do papel e do funcionamento dos serviços de saúde. Apesar do reconhecimento ao trabalho da ESF, os usuários não modificaram seus hábitos no que diz respeito à procura da atenção à saúde somente para consulta médica e baseada na queixa-conduta⁷.

Uma assistência à saúde afinada ao modelo pretendido depende, basicamente, da interação entre atuação profissional, gestão pública e usuários. Está na dependência, também, de mudanças sistêmicas que contemplem, por exemplo, a intersetorialidade⁸.

A ênfase na Atenção Básica e na ESF, apesar de movimentos de reconfigurações, esteve presente em todo o processo de transformação do SUS, e está, cada vez mais, em foco nas agendas das instituições de ensino para a formação em saúde. Mesmo com a continuidade desses processos,

estão sendo agregados a eles outros elementos, como a educação permanente, para dar respostas às possíveis limitações e avançar na consolidação do 'novo'⁹.

A formação de profissionais com o pensamento contra-hegemônico é um grande desafio para a prática docente, para a compreensão dos alunos e para a correspondência, numa mesma sintonia, dos profissionais dos serviços de saúde. As mudanças discutidas são diretamente dependentes da superação de paradigmas, pois as construções feitas rumo às mudanças são movimentos de redefinição de saberes e de práticas¹⁰.

A formação em saúde assume importante papel para a consolidação do Sistema e do modelo de saúde, a partir da introdução de discussões e da problematização da relação entre políticas econômicas e sociais e da determinação do processo saúde-doença. Essa prática, tomada como a prática pedagógica, contribui para o aprimoramento das ações em saúde correspondentes às necessidades reais da população, por consequência, o modelo se consolida por conta de estratégias como estas¹¹.

Um SUS concreto depende de um profissional humanizado. Por isso, se propõe pensar em um giro ético do processo de formação de enfermeiros. A humanização como tema transversal nos currículos, para além do aspecto cognitivo, capaz de dar sentido à teoria, é potencial para efetivar as mudanças pretendidas¹².

Surgiu da percepção dos sujeitos deste estudo o hiato existente entre a teoria em relação ao modelo de atenção a saúde apreendido na sala de aula e a prática nas unidades de atenção básica à saúde. Foi possível constatar, nos relatos, o atual domínio teórico vivenciado por alunos, docentes e profissionais em suas trajetórias. Contudo, nestas mesmas experiências, persistem limitações impostas pela prática incapazes de superar a dicotomia teoria e prática. Os sujeitos concordaram que, na teoria, a perspectiva do modelo integral vem sendo amplamente discutida nas disciplinas teóricas. Por outro lado, eles também concordaram que, ao chegarem para as vivências nos cenários do trabalho, a realidade se mostra contraditória aos princípios para o cuidado e o trabalho, bem como ao estilo de pensamento aprendidos na teoria.

Muito se discute acerca de recomendações para transpor as fragilidades do processo de construção do pensar e do fazer na saúde. Porém, dois elementos aparecem como um mantra nos apontamentos de estratégias de superação dos desafios: a avaliação contínua dos processos e o diálogo frequente e eficaz entre as áreas da educação e da saúde e a sociedade. A formação precisa transcender a técnica e a academia, de modo a servir para a transformação social¹³.

A imagem-objetivo proposta, por vezes, parece distante e, até mesmo, inalcançável, permeada por conceitos complexos, cujas exigências representam a saída da zona de conforto. Há de se pensar em investimentos na perspectiva da educação permanente para aproximar esta imagem-objetivo da realidade daqueles responsáveis por sua construção. Tem-se demonstrado, em alguns estudos, a sensação de angústia revelada por atores do processo, gerada pela falta de conhecimento das propostas.

Além do conhecimento conceitual e técnico, existe a compreensão e incorporação dos objetivos no cotidiano dos serviços, de modo que estes façam real sentido para o processo de trabalho de docentes e profissionais e para o processo de aprendizagem dos alunos^{14,15}.

Se, de um lado, está a Atenção Básica e seu processo de trabalho real diferente do prescrito, com suas deficiências históricas ligadas às profissões e organizações; de outro, está a formação universitária com visão fragmentada, expressa pela sua organização em disciplinas. Dessa forma, a tensão entre os lados não contribui para avançar no processo de mudança.

O SUS alavancou as transformações da formação em saúde, contudo, uma pergunta recorrente é a respeito da aceitação dos cursos para as mudanças paradigmáticas e a disponibilidade para a construção de um novo ensino e de uma nova prática¹⁶. Se a resposta for sim, ruma-se à concretização dos objetivos, mesmo considerando a impossibilidade de atingi-los imediatamente. Se a resposta for não, ainda que contra o fluxo da demanda, abre-se a oportunidade para uma discussão consciente, pois, houve interesse em ouvir a argumentação das demais partes envolvidas.

A interdisciplinaridade constitui elemento fundamental do processo de trabalho para a atenção integral. Justamente, a interdisciplinaridade foi evidenciada, pelos sujeitos deste estudo, como avanço nas relações multiprofissionais, observada em suas experiências.

A integração de atividades entre cursos da área da saúde e a promoção da interdisciplinaridade são grandes desafios para a organização da lógica e da prática acadêmica. Não obstante, estudos teóricos e/ou empíricos convergem para a importância de se oportunizarem experiências interdisciplinares durante o processo de formação¹⁷.

Sem a pretensão de tecer qualquer discussão conceitual, cabe, neste momento, destacar que a interdisciplinaridade, como objeto do modelo de atenção à saúde, neste estudo, é tomada como a integração entre saberes e fazeres de diversas disciplinas de áreas do conhecimento distintas. É importante não confundir este conceito com o conceito de multidisciplinaridade. Nesse, o grau de interação entre as disciplinas é menor, não há interdependência entre as disciplinas¹⁸. Portanto, ao se analisarem os dados que trouxeram à tona a palavra interdisciplinaridade, observou-se que o conceito compreendido se aproxima mais da perspectiva multiprofissional, porque as experiências ainda preservam os limites das disciplinas. Além disso, as experiências interdisciplinares nas vivências dos sujeitos se configuraram na interação intercurso e/ou interprofissionais, desta forma, estão aquém do verdadeiro sentido da interdisciplinaridade.

A constatação acima não minimiza os efeitos positivos da interação entre alunos, docentes e profissionais de diferentes categorias e áreas do conhecimento. Acredita-se, sim, que as possibilidades de 'encontros' entre as diversas áreas são oportunidades concretas de conhecimento mútuo, reconhecimento entre as profissões e qualificação da atenção à saúde da população.

Algumas estratégias denominadas interdisciplinares estão sendo colocadas em prática pelas instituições de ensino para fomentar essa nova organização para os cursos da saúde. A inserção de temas transversais nos currículos, a realização de seminários e discussão de casos clínicos entre acadêmicos de vários cursos, e a adoção de provas únicas com questões de várias disciplinas do currículo são exemplos apontados como práticas interdisciplinares¹⁹.

Nesses percursos, ainda há confrontos gerados por questões dificultadoras, como se discutiu a respeito da consolidação do modelo de atenção, a questão da interdisciplinaridade sofre com interferências de macro e micropolíticas. São fatores relacionados à história da formação profissional, pois, muitos daqueles que hoje estão à frente do processo de formação e da atenção à saúde foram formados sob concepções diferentes. É comum ouvir-se falar de perfil profissional mais ou menos resistente, mas sabe-se que há determinantes para além de questões subjetivas^{20,21}.

Foi constatada, nos resultados deste estudo, a rigidez das organizações acadêmicas e dos serviços. Os horários de aulas, os calendários acadêmicos e as rotinas impostas pelas demandas espontâneas e programadas acabam por limitar as possibilidades de realização de ações conjuntas entre os cursos da área da saúde, bem como, o planejamento e a avaliação de atividades concernentes à formação acadêmica. Além dos limites da organização, também se enfrenta a falta de postura e atitude pró-interdisciplinaridade, seja por parte dos alunos, ou docentes ou dos próprios profissionais da Atenção Básica à Saúde^{22,23}.

A atenção à saúde a partir da realidade por si já é interdisciplinar, portanto, deve haver uma pactuação entre os profissionais para integrar e corresponsabilizar a todos pela assistência à saúde e pela aprendizagem dos alunos em formação²⁴. A capacidade de transitar por uma ou mais disciplinas se adquire em uma formação diferenciada, voltada para a promoção e proteção da saúde, pois são, por natureza, conteúdos interdisciplinares. Apenas a interface entre as diferentes áreas do conhecimento poderá corresponder adequadamente às demandas da atenção básica à saúde do modo como se deseja²⁵.

Considerações finais

Abordar o tema do modelo de atenção à saúde constitui um desafio, devido à complexidade e possíveis vieses conceituais que se pode cometer. Este estudo buscou discutir o tema a partir de experiências concretas de formação profissional em enfermagem, sob a perspectiva dos atores envolvidos no processo, alunos, docentes e profissionais dos serviços de atenção básica à saúde.

Em tempo, se buscou discutir o modelo de atenção fundamentado nos preceitos da atenção básica à saúde enquanto primeiro nível de atenção no SUS e *lócus* privilegiado para a promoção e a proteção à saúde e a interdisciplinaridade. É, especialmente, nesse âmbito dos serviços de saúde, o cenário onde se processam as transformações paradigmáticas do saber e do fazer em saúde. O que se pretende é transpor as barreiras da atenção técnica, biológica e curativista, para uma atenção que considera outras dimensões do cuidado à saúde e do trabalho em saúde, como o social e o ético, e reconhece o papel da interlocução entre as diferentes áreas do conhecimento para atingir esse amplo nível de atenção.

Se o setor saúde passa por esse processo de consolidação de um novo modo de pensar e fazer em saúde, espera-se do setor educação uma atenção fundamental durante o processo formativo dos futuros profissionais da saúde, para corresponder às demandas e expectativas do Sistema.

A palavra processo parece ser a que melhor traduz as evidências encontradas nos discursos dos sujeitos desta pesquisa. Ela representa uma trajetória em construção, onde convivem elementos do modelo 'velho' com aspectos no 'novo' modelo, ainda incipientes e um pouco frágeis, mas em busca de consolidação.

Este estudo reafirmou a existência de uma conjuntura favorável para o fortalecimento do modelo de atenção básica desde a formação, bem como, para que este modelo possa ser vivenciado pelos alunos nas práticas, ou seja, para que ele também esteja fortalecido nos serviços de saúde. Tal conjuntura se constitui de diretrizes políticas da saúde e da educação, e da atitude dos sujeitos do processo que creem na proposta. Porém, persistem certas resistências em relação às mudanças, manifestadas por todos os atores do processo. Também há limitações estruturais e de organização que não favorecem ações totalmente pautadas na proposta desejada e perpetuam a dicotomia entre teoria e prática.

Em relação ao modelo como um todo, emergiu uma característica do modelo pretendido que representa avanços; contudo, convive com limitações na formação e no cotidiano dos serviços de saúde, trata-se da interdisciplinaridade.

Como processos em permanente construção, sobretudo, porque representam rupturas paradigmáticas, o modelo de atenção e a interdisciplinaridade requerem foco contínuo das discussões acadêmicas e dos serviços de saúde. Discussões para o planejamento e avaliação de ações de integração ensino e serviço, com reflexos concretos para a qualidade da assistência e para o desenvolvimento das habilidades profissionais correspondentes às mudanças desejadas. Canais de diálogo permanente entre instituições de ensino e serviços de saúde de modo a integrar, efetivamente, interesses e objetivos em comum parece ser uma estratégia que ainda requer efetividade, deixar de ser apenas uma recomendação recorrente e se tornar uma prática comum nas experiências de todos os sujeitos.

Para a formação em enfermagem, como para as demais profissões da área da saúde, a aproximação do modelo de atenção básica desde o início do curso, inegavelmente, representa uma possibilidade para que a compreensão desse modelo se concretize e seja exercida na vida profissional. Falta concordância entre a teoria e a prática no sentido de existirem espaços de expressão do modelo de atenção básica nos serviços correspondentes. São necessários investimentos em educação permanente para ressignificação das práticas e, desta forma, os reflexos poderão ser observados sobre a formação e sobre os serviços.

Colaboradores

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

Referências

1. Monken M, Batistella C. Vigilância em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2a ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 471-8.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2012.
3. Feuerwerker LCM. Estratégias atuais para a mudança na graduação das profissões da saúde [Internet]. 2006 [acesso 2010 Fev 27]. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/publicacao/estrategia_mudancas.pdf
4. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4a ed. Porto Alegre: Bookmann; 2010.
5. Santos LM, Oliveira EM, Crepaldi MA, Ros MA. Atuação dos coordenadores de grupos de saúde na rede docente assistencial. Rev Saude Publica. 2010; 44(1):177-84.
6. Luz MT. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. Saude Soc. 2009; 18(2):304-11.
7. Ogata MN, Machado MLT, Catoia EA. Saúde da Família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2009 [acesso 2012 Dez 10]. 11(4):820-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a07.pdf>
8. Viana EMN, Almeida PC, Soares NT, Luna MFG, Esmeraldo GROV. Adequação dos profissionais de saúde ao Programa de Saúde da Família: propostas e conquistas. Rev APS. 2010; 13(1):109-17.
9. Castro ALB, Machado CV. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. Physis. 2012; 22(2):477-506.
10. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(1):48-56.
11. Chaves MMN, Larocca LM, Peres AM. Enfermagem em saúde coletiva: a construção do conhecimento crítico sobre a realidade de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(2):1701-4.
12. Haddad JGV, Zoboli ELCP. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. Mundo Saude. 2010; 34(1):86-91.
13. Silva MJ, Sousa EM, Freitas CL. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. Rev Bras Enferm. 2011; 64(2):315-21.
14. Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. Cienc Cuid Saude. 2008; 7(1):45-52.
15. Montenegro LC, Brito MJM. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação de enfermeiro em atendimento primário à saúde. Invest Educ Enferm. 2011; 29(2):238-47.
16. Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(2):262-70.
17. Uchimura KY, Bosi ML. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. Interface (Botucatu). 2012; 16(40):149-60.

18. Oliveira MAC. A interdisciplinaridade no ensino e na pesquisa em Enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(2):1-2.
19. Souza MCA, Casotti E, Mello ACF, Goyatá FR, Souza TC, Albuquerque CJM. Interdisciplinaridade no ensino superior: de imagem-objetivo à realidade! Rev Bras Educ Med. 2012; 36(1 Supl 2):158-63.
20. Almeida MM. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. Rev Bras Educ Med. 2012; 36(1 Supl 1):119-26.
21. Medeiros CS, Carvalho RN, Cavalcanti PB, Salvador AS. O processo de (des)construção da multiprofissionalidade na Atenção Básica: limites e desafios à efetivação do trabalho em Equipe na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa-PB. Rev Bras Cienc Saude. 2011; 15(3):319-28.
22. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. Cienc Cuid Saude. 2009; 14 Supl 1:1463-72.
23. Pizzinato A, Gustavo AS, Santos BRL, Ojeda BS, Ferreira E, Thiesen FV, et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. Rev Bras Educ Med. 2012; 36(1 Supl 2):170-7.
24. Barreto VHL, Monteiro ROS, Magalhães GSG, Almeida RCC, Souza LN. Papel do preceptor da Atenção Primária à Saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco – um termo de referência. Rev Bras Educ Med. 2011; 35(4):578-83.
25. Guedes LE, Ferreira Junior M. Relações disciplinares em um centro de ensino e pesquisa em práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Saude Soc. 2010; 19(2):260-72.

Brehmer LCF, Ramos FRS. El modelo de atención a la salud en la formación en enfermería: experiencias y percepciones. Interface (Botucatu). 2016; 20(56):135-45.

El estudio buscó identificar, en la formación de enfermería, cómo se expresa el modelo de atención a la salud en la percepción de alumnos, docentes y profesionales de la Atención Básica a la Salud. Se trata de una investigación cualitativa, un estudio de caso. Los casos fueron cinco cursos de graduación de diferentes instituciones del estado de Santa Catarina. Los resultados se presentan en tres categorías: "Hegemonía y contra-hegemonía: la co-existencia de dos abordajes en la atención a la salud", "De la teoría a la práctica, cómo el modelo de atención a la salud se expresa en dos ámbitos de la formación" e "Interdisciplinariedad... ¿Avances, sesgos?". Como proceso, el modelo de atención requiere un enfoque continuo en las discusiones entre enseñanza y servicio. La planificación y evaluación en conjunto reflejan concretamente la calidad de la asistencia y el desarrollo de las habilidades profesionales. A pesar de los límites, hay avances innegables para la consolidación del modelo de atención.

Palabras clave: Educación Superior. Modelos de atención a la Salud. Atención Primaria a la Salud. Interdisciplinariedad.

Recebido em 07/04/15. Aprovado em 18/08/15.

