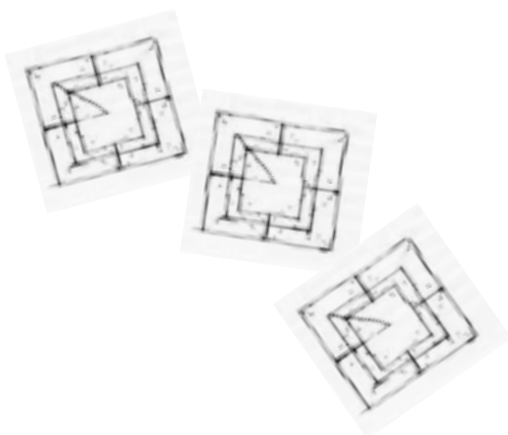


Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI



Laura C. M. Feuerwerker ¹
Roseni R. Sena ²

FEUERWERKER, L.C.M., SENA, R.R. A contribution to the movement for change in professional healthcare education: an assessment of the UNI experiences, *Interface _ Comunic, Saúde, Educ*, v.6, n.10, p.37-50, 2002.

This article analyzes strategies for change and the partial results of the experiences on change in the training of healthcare professionals, based on the UNI projects in Latin America. What stands out is the organic articulation between university, healthcare services and community organizations as the fundamental strategy guiding the processes of change toward social relevance. The essential characteristics of the innovative training proposals are: integrated curricula organized into thematic modules based on relevant real problems; active teaching-learning methodologies, that regard the students as subjects; practice within healthcare services and the community from the very beginning of the course; and educational and overall evaluation during the course of the whole process.

KEY WORDS: Organizational innovation; health manpower; professional education.

O artigo analisa estratégias de mudança e resultados parciais das experiências de mudança da formação de profissionais de saúde desencadeadas a partir dos projetos UNI na América Latina. Destaca-se a articulação orgânica entre universidade, serviços de saúde e organizações comunitárias como estratégia fundamental para orientar os processos de mudança na direção da relevância social. Características essenciais das propostas inovadoras de formação: currículos integrados, organizados em módulos temáticos baseados em problemas relevantes da realidade; metodologias ativas de ensino-aprendizagem que tomam estudantes como sujeitos; prática nos cenários dos serviços e da comunidade desde o início da carreira; avaliação formativa e somativa ao longo de todo o processo.

PALAVRAS-CHAVE: Inovação organizacional; recursos humanos em Saúde; educação profissionalizante.

¹ Médica, coordenadora do Programa de Apoio aos Projetos Uni, Fundação Kellogg (São Paulo). <laura.feuerwerker@wkkf.org>

² Enfermeira, diretora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. <roseni@enf.ufmg.br>

Introdução

Desde 1992, universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias de 11 países da América Latina participam de um programa inovador conhecido pela sigla: *UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade)*.

O propósito do UNI era produzir mudanças sincrônicas nas universidades, serviços de saúde e comunidades participantes, bem como nas relações entre eles. Partiu-se do pressuposto que na América Latina, de profundas desigualdades sociais e democracia incipiente, somente se poderia construir a relevância social das universidades e dos serviços de saúde por meio de sua abertura a relações democráticas com a população e suas organizações.

Pretendeu-se mudar o processo de formação profissional na área da saúde, incorporando conhecimentos e tecnologia para educação de adultos, o que implicou na introdução de metodologias que favorecessem a aprendizagem ativa, centrada no estudante e a adoção de currículos flexíveis, o desenvolvimento de capacidade de crítica e de investigação (Bordenave & Pereira, 1993).

Buscou-se também desenvolver currículos integrados, baseados na interdisciplinaridade para o enfrentamento de problemas presentes numa realidade complexa (Morin, s.d.), visando possibilitar ao estudante conhecer desde o início de sua formação essa realidade, o funcionamento e as necessidades dos serviços de saúde, estabelecendo relações mais humanas e responsáveis com a população.

Na organização dos conteúdos de ensino, em lugar de esquematizá-los previamente, a proposta foi trabalhar com uma lógica de flexibilização, respeitando as diferentes maneiras e os ritmos de cada aluno na construção do conhecimento. Currículos construídos a partir desta concepção contribuem para o desenvolvimento de um enfoque interdisciplinar e para a ampliação de espaços que podem ser aproveitados pelos estudantes para o estudo independente (Lück, 1994).

Pretendeu-se também mudar os serviços de saúde, contribuindo para que se tornassem mais efetivos, integrados, sensíveis à realidade local; mais abertos às necessidades da população e comprometidos com a resolução de seus problemas; com capacidade de participarem ativamente do processo de formação profissional. Pretendeu-se, também, contribuir para o fortalecimento da cidadania e da participação popular em saúde, ampliando o acesso da comunidade aos conhecimentos em saúde, às tecnologias fundamentais para seu desenvolvimento mais autônomo, fortalecendo suas organizações próprias e sua capacidade de intervenção local.

Dez anos depois que a Fundação Kellogg lançou os convites às universidades latino-americanas para sua participação no programa UNI, cabe lançar um olhar analítico às experiências desenvolvidas e resultados alcançados (Feuerwerker & Sena, 1999). Seminários de sistematização, processos de autoavaliação, estudos especiais contratados com avaliadores externos e outras iniciativas vêm sendo realizadas com esse objetivo.

Este artigo é um dos resultados desse processo de sistematização e avaliação das experiências desenvolvidas pelo Programa UNI. As autoras

integram a equipe técnica que, há seis anos, acompanha e dá apoio ao desenvolvimento dos projetos, mediante visitas periódicas (semestrais ou anuais), comunicação à distância, oficinas e reuniões, assistência técnica específica e análise do material produzido pelos projetos.

A síntese aqui apresentada foi realizada com base em material documental do programa (Feuerwerker, 1998; Feuerwerker & Sena, 1999; Sena-Chompré & Egry, 1998) e dados levantados pelas autoras nas visitas aos projetos.

As estratégias e os processos de mudança

As categorias de mudança

Para analisar os processos e de algum modo qualificar os resultados obtidos pelos projetos UNI, foi necessário definir algumas categorias analíticas em relação às mudanças, as quais adaptamos de estudo desenvolvido por Almeida (1999).

Diferenciamos um primeiro plano, que concentra as intervenções pontuais, localizadas, parciais, centradas nas atividades, nos meios, nas relações técnicas entre os atores no processo de ensino, no processo de prestação de serviços de saúde e de participação da população. É o plano do reconhecimento da realidade, do reconhecimento da existência do outro, da descoberta da possibilidade de ação. Os resultados produzidos por essas atividades em geral são alterações isoladas de processos.

Há um segundo plano de intervenção que é o dos atores sociais e das relações de força. Corresponde ao processo da constituição de sujeitos pela construção de espaços coletivos de reflexão, democratização do conhecimento, percepção de que os sujeitos têm possibilidade de ação real (quer dizer, a percepção de que há espaço e recursos de poder para levar as propostas à prática). Aqui as mudanças incidem sobre dimensões mais abrangentes do processo de formação profissional, da prestação de serviços e da participação popular, quais sejam, as relações sociais, estabelecendo novos critérios de convivência entre os sujeitos envolvidos.

No terceiro plano existem mudanças na correlação de forças entre os diversos sujeitos e grupos dentro das instituições e entre elas. As mudanças envolvem a essência do próprio processo de produção do conhecimento e da construção de novos paradigmas. São as mudanças mais amplas, que têm como alvo as relações políticas entre os sujeitos sociais e os atores institucionais.

Alguns projetos, desde o princípio, desenvolveram proposições globais que revelavam propósitos e ações de mudança nos três planos, especialmente no que diz respeito ao processo de formação profissional. Outros foram construindo essas estratégias ao longo de seu processo de implementação. Muitos não se deram conta do processo e não conseguiram intervir de maneira mais organizada ou planejada.

Como conseqüência, em todas as esferas predominaram os processos do primeiro e segundo planos. Apesar disso, estão em curso algumas transformações mais profundas no campo da formação profissional, nos serviços de saúde e no campo da participação popular. No entanto, em um



número significativo de projetos, somente em período mais recente houve a percepção de que as inovações e mudanças nos processos e nas relações são importantes, mas não bastam para chegar onde se pretendia.

As principais estratégias para a construção de cenários favoráveis

A proposta UNI, desde sua fase de planejamento, buscou a construção de cenários favoráveis à implantação e implementação dos projetos, com algumas orientações gerais essenciais:

1 A proposta de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias, que é a principal idéia da iniciativa UNI.

Não se trata de qualquer parceria: trata-se de uma modalidade de co-gestão do processo de trabalho colaborativo, em que os sócios compartilham poderes, saberes e recursos. A importância dessa proposta de co-gestão se verificou em vários âmbitos:

paradigmático: A universidade e o mundo do trabalho têm que se abrir para o mundo da vida. Portanto, as mudanças que se pretendem não podem ser alcançados pelas instituições isoladamente. O mundo real, com sua complexidade, tem que estar ativamente presente na construção das novas maneiras de trabalhar e produzir conhecimento.

político: a construção de relevância social nas universidades e nos serviços passa, necessariamente, por sua abertura à participação da população, não somente como usuários, mas como cidadãos, especialmente em contextos onde predominam a desigualdade e a democracia é incipiente.

estratégico: a parceria possibilita que se somem as forças favoráveis à mudança que existem na academia, nos serviços e na comunidade, aumentando a governabilidade dos processos de mudança. Ao mesmo tempo, a própria interação produz um impulso em direção à mudança porque se evidenciam as limitações do modo tradicional de dar conta dos problemas da realidade agora percebidos sem tantos filtros.

técnico: traz desafios que exigem aumentar capacidades no terreno da comunicação, negociação, planificação e em tantas outras áreas, de acordo com a natureza complexa dos problemas reais que as equipes se propõem a enfrentar.

2 Porta de entrada: a inserção dos projetos nas instituições de saúde, de educação e nas organizações comunitárias

Os projetos entraram na universidade a partir de um compromisso institucional, da direção das instituições, com as propostas apresentadas pelo programa. Muito embora isso não tenha sido garantia de permeabilidade às inovações, na maior parte dos projetos foi suficiente para que elas não ficassem restritas a um departamento ou a pequenos grupos no interior das faculdades.

O mesmo em relação aos serviços de saúde. Com a aprovação da direção regional de saúde, pelo menos distritos inteiros, quando não todo o município, foram envolvidos no compromisso inicial de trabalho.

Os parceiros comunitários foram buscados nas organizações mais



representativas, com maior capacidade de mobilização e reconhecimento da população das áreas de intervenção. Procurou-se, assim, fortalecer a governabilidade dos processos de mudança que se pretendia desencadear.

3 Desenvolvimento de estratégias para participação ativa dos atores nos projetos

Como na maior parte dos processos inovadores, os UNI também foram iniciados pela ação efetiva de um núcleo de pessoas mais mobilizadas da universidade, dos serviços e da comunidade. No entanto, sempre houve a preocupação de ampliar quanti e qualitativamente a participação: foram incorporadas pessoas dos mais variados departamentos, de diferentes posições políticas, de diferentes organizações e serviços que faziam parte da área de abrangência dos projetos.

Este também foi um processo de construção contínua, implicando em negociações e conflitos permanentes entre e no interior de cada segmento. Interesses divergentes estiveram sempre presentes chegando, em alguns casos, a levar à conformação de grupos de oposição organizada aos processos de mudança. Na maioria das vezes, no entanto, este processo levou à construção de amplos consensos, com a definição de agendas comuns que viabilizaram o trabalho conjunto.

O que aconteceu na prática

A estratégia organizativa para a construção de um novo modelo pedagógico foi diferente em cada projeto, tanto nos aspectos conceituais, quanto metodológicos.

Em algumas universidades, a proposição do UNI reforçou movimentos de mudança curricular já existentes. Nesse caso, o projeto foi utilizado como insumo estratégico para potencializar/enriquecer/ direcionar as mudanças em curso. Em outros, a capacidade de utilização do UNI foi mais limitada.

Há várias explicações para esta diferença: por exemplo, o tipo de inserção do projeto na instituição e sua relação com a direção das faculdades/cursos. Apesar da preocupação inicial de garantir compromisso institucional com o projeto, havia diferenças importantes nas relações com o poder. Quanto mais distante, menor a capacidade de utilizar plenamente o potencial do UNI. Outro elemento fundamental foram as concepções predominantes em cada projeto a respeito de como se deveriam construir os processos de mudança. Mais uma vez, apesar de a teoria geral do programa prever e valorizar processos participativos, foi variável a compreensão e a capacidade de construir alianças e espaços democráticos para apropriação das propostas do projeto por um grande número de professores.

Também foi diferente, entre os projetos, o grau de acúmulo de experiências prévias de articulação ensino-serviço e de reflexão crítica sobre os processos tradicionais ensino-aprendizagem. Isso certamente interferiu na capacidade de criar estratégias de articulação entre os processos de reflexão e a construção de alternativas (metodologias, organização de conteúdos, cenários de aprendizagem).

Num segundo grupo de projetos, apesar de haver questionamentos em

torno do modelo tradicional de ensino-aprendizagem, não existia efetivamente um movimento de mudança em curso. Nessas situações, o UNI representou um estímulo e aportou recursos técnico-financeiros para que se discutissem idéias e buscassem caminhos para a adoção de um novo referencial teórico-metodológico. Alguns projetos utilizaram o UNI como uma oportunidade para organizar as forças e introduzir mudanças de forma planejada. Em outros, por limitações da capacidade de convocatória, da adesão e da força institucional da proposta, houve apenas iniciativas pontuais e isoladas. E outros, ainda, não chegaram a compreender os mais profundos significados (conceituais) contidos na proposta. Ou seja, o fato de não haver, por parte do programa, um convite explícito a uma mudança radical do processo de formação, permitiu que alguns processos ficassem restritos aos aspectos mais pontuais das proposições.

Num terceiro grupo, o projeto chegou a instituições que enfrentavam uma situação de crise e foi convertido em uma alternativa concreta de solução. Nestes casos o ideário UNI influenciou positivamente na definição dos marcos de referência e foi útil na construção das estratégias para colocar em marcha as propostas inovadoras.

Um aspecto comum a todos foi o reconhecimento de que as transformações deveriam ocorrer no cotidiano da prática pedagógica. Esperava-se, assim, que a prática reconstruída fosse capaz de orientar as relações entre os atores - educando e educador - e levasse à aplicação do conhecimento gerado para transformar a realidade e contribuir para a construção de novos paradigmas. Assim, foram oferecidas oportunidades para que muitos professores se envolvessem/ propusessem/ construíssem múltiplas experiências inovadoras.

A capacidade de produzir transformação, portanto, dependeu da possibilidade de criar “massa crítica” e do grau de “governabilidade” dos sujeitos envolvidos nas relações de ensino-aprendizagem. O foco foi centrado no desenvolvimento das pessoas, sua capacidade de intervenção e proposição enquanto potencialidade para um novo processo de formação dos profissionais de saúde.

A categorização das mudanças e das estratégias

Retomando a proposta de examinar as mudanças da prática pedagógica por meio de planos de desenvolvimento dos processos, podemos dizer que no primeiro plano situaram-se as iniciativas dirigidas a fortalecer as mudanças em cada uma das carreiras. Para este fim, foram promovidas atividades (seminários, reuniões, consultorias, cursos) para discussão conceitual e reflexão sobre as práticas pedagógicas. Inicialmente, essas atividades foram dirigidas aos docentes diretamente envolvidos com a execução do projeto. Posteriormente, como um instrumento concreto de ampliar a adesão ao processo de mudança, passaram a ser oferecidas ao conjunto dos docentes, aos profissionais do serviço e atores da comunidade.

Foram também realizados investimentos para a incorporação de tecnologias de ensino. Dentre estas destacam-se as novas metodologias de ensino, equipamento audiovisual, bibliotecas, salas de multimeios,

laboratórios de simulação, de habilidades e de informática.

Nos UNI, de modo geral, a incorporação tecnológica foi concebida como um meio de favorecer as mudanças pedagógicas (e não como um fim em si mesma). Reconheceu-se que a tecnologia poderia funcionar como um estímulo às inovações, já que permitia democratizar e agilizar o acesso à informação, favorecia o estudo independente e conferia outra dinâmica ao trabalho docente. Por outro lado, os projetos de inovação pedagógica implicaram o uso de tecnologia que, até então, não estava disponível. Em alguns casos, o acesso a novas tecnologias atraiu grupos de docentes resistentes a quaisquer propostas inovadoras.

No segundo plano, os processos para a transformação da formação dos profissionais de saúde foram conseqüência de estratégias definidas com o propósito de articular os docentes para uma nova ação pedagógica. No contexto UNI a possibilidade de construção da parceria com os serviços de saúde e com a comunidade constituiu-se em terreno fértil para tanto. O processo de formação dos profissionais ultrapassou os muros da universidade e adquiriu novas dimensões e passou a considerar as diferentes realidades nas quais se produz e reproduz o processo saúde-doença.

Foi possível, assim, diversificar os atores sociais responsáveis pela ação pedagógica, que, em conseqüência, adquiriu maior amplitude conceitual e metodológica. Para a construção dos novos processos a universidade passou a considerar temas relacionados à produção social da saúde, à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde, à mobilização e organização da comunidade e ao controle social do processo saúde-doença.

Neste novo modo de pensar e agir na formação dos profissionais de saúde os atores do serviço e da comunidade passaram a interagir em um espaço plural de interesses, potencialidades e capacidades. Nesses novos espaços de interação definiram-se as novas responsabilidades conjuntas em relação ao processo ensino-aprendizagem e as específicas de cada instituição e de cada ator social. No campo das práticas pedagógicas as novas interações ampliaram os espaços de ação dos docentes e dos estudantes em realidades concretas.

A parceria passou a exigir um respeito mútuo das diferenças e a construção de uma agenda comum em todos os terrenos, o que facilitou a mudança do processo ensino-aprendizagem. Para a definição desta agenda muitos projetos tomaram o planejamento como ferramenta indispensável. Os melhores resultados foram alcançados pelos projetos que adotaram o planejamento estratégico para a definição e operação de sua proposta de intervenção, articulando e integrando a universidade, os serviços e a comunidade. A vivência de novas relações entre as instituições e os atores sociais contribuiu para criar condições favoráveis para as transformações na formação.

A maior parte dos projetos iniciou o processo de produção de inovações e de interação entre universidade - serviços - comunidade pela diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem em distintos momentos das carreiras. Para isso, foi necessário um trabalho de mobilização dos professores em relação às possibilidades de um ensino de qualidade em outros cenários que não os universitários (ou sob controle da lógica universitária). Foi também

preciso trabalhar com os profissionais dos serviços de saúde e com a população para que estivessem receptivos a essa presença.

Diferentemente de outras experiências como as de integração docente-assistencial, existiu o propósito de não transformar o espaço dos serviços de saúde e da comunidade em prolongamentos do hospital universitário e dos centros de saúde-escola. Ou seja, não se pretendeu descaracterizá-los como cenários de produção de serviços, nem transformá-los em locais privilegiados de práticas educacionais. Então, a construção dos espaços de aprendizagem se deu pela incorporação de estudantes e docentes ao processo de produção de serviços. Sem dúvida, a interação produziu mudanças recíprocas, sem, no entanto, descaracterizar a natureza do processo de produção de serviços.

Em muitos casos as inovações foram construídas a partir de problemas e necessidades identificadas pelos três parceiros, havendo progressivo compromisso com a continuidade das ações instituídas, com as demandas geradas e com os resultados e impactos obtidos.

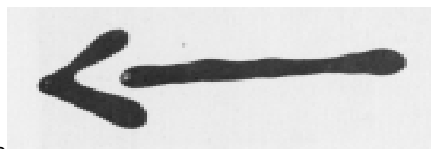
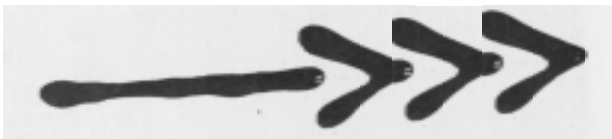
Essas mudanças nas práticas acadêmicas e assistenciais foram revelando novos objetos de estudo e de trabalho, que exigiram, principalmente da universidade, uma reflexão sobre sua prática, envolvendo diferentes setores acadêmicos. Produziram-se, assim, alternativas pedagógicas que favoreceram a articulação teoria e prática, ensino - trabalho e a adoção de enfoques interdisciplinares.

Os resultados obtidos na esfera acadêmica não podem ser tomados como efeito de uma única estratégia. De fato, as mudanças ocorreram no UNI como resultado do sinergismo de muitas ações realizadas simultaneamente, por muitos atores e com diferentes intencionalidades. O componente acadêmico transformou-se em um espaço privilegiado para a proposição de mudanças, discutidas e consensuadas entre sujeitos dos três componentes. Outro processo que favoreceu a criação das condições básicas e indispensáveis às mudanças foi a sistematização das experiências a partir de uma reflexão coletiva e participativa: esta foi a matéria-prima para os passos seguintes e para as novas proposições.

As mudanças radicais

Particularmente nas carreiras de Medicina e Enfermagem estão ocorrendo processos de mudança radical em Londrina, Marília, Barranquilla, Colima (em todos esses casos, envolvendo as duas carreiras), e em Salvador, Mérida e Natal na carreira de Enfermagem.

Chamamos de mudanças radicais os processos de mudança em que se adotam currículos integrados, organizados em módulos interdisciplinares, utilizando-se predominantemente metodologias ativas de ensino-aprendizagem. São currículos em processo de construção permanente,



orientados pela avaliação sistemática do programa. Práticas multiprofissionais dos estudantes nos cenários de serviços e comunidade ocorrem ao longo de todos os anos de toda a carreira, trabalhando sobre problemas relevantes identificados em conjunto com os serviços e a população. Adota-se a avaliação formativa do estudante, cobrindo todos os aspectos: conhecimento, habilidades e atitudes.

Também ocorrem mudanças importantes nas relações entre os vários atores, pois a definição dos conteúdos abordados durante o curso é um processo coletivo e coordenado, que não está sob o controle de disciplinas ou departamentos isolados. Os docentes agora são facilitadores do processo de aprendizagem, do qual o estudante é o sujeito.

Finalmente, introduzem-se mudanças na estrutura organizativa da universidade para dar cabida aos processos de transformação; há abertura de espaços para o desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes identificados pela comunidade e pelos serviços e os profissionais dos serviços e comunidade participam ativamente do processo de formação.

A interação comunitária

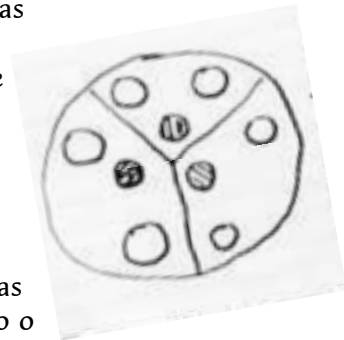
Um dos aspectos mais estratégicos das experiências UNI são as unidades de interação comunitária, longitudinais, desenvolvidas nos serviços e na comunidade ao longo de todo o ano e de todo o curso.

Muitas expectativas estão colocadas sobre este trabalho, que pretende ser um instrumento para superar a dicotomia entre teoria e prática, criando as condições para a ação-reflexão-ação.

Como são desenvolvidas nos cenários reais, essas unidades possibilitam aproximar os espaços de aprender e trabalhar, preparando o estudante para enfrentar os problemas reais e as mudanças do mundo do trabalho.

Nesses espaços de práticas, vários projetos encontraram nas metodologias baseadas na concepção pedagógica crítico-reflexiva, especialmente a problematização, um instrumental adequado para articular a ação dos diferentes atores sobre os problemas da realidade. Essas metodologias permitem leitura e intervenção rápidas sobre a realidade; favorecem a interação entre os diversos atores pois pressupõem a participação e vivência coletiva; favorecem a construção coletiva do conhecimento e a valorização de todos os saberes porque o conhecimento da realidade não é de domínio exclusivo de nenhum dos participantes; estimulam a criatividade na construção de soluções; propiciam a liberdade no processo de pensar e de agir (Bordenave & Pereira, 1993; Freire, 1997).

Um outro grupo de tecnologias utilizadas pelos projetos são as metodologias de ensino baseado em problemas, especialmente na carreira de Medicina (Venturelli, 1997). Nos UNI há pelo menos uma distinção importante em relação a currículos PBL de outras partes do mundo: a presença desde o primeiro ano de um módulo/unidade transcurricular, multiprofissional, desenvolvido na comunidade e na rede de serviços. Essa provavelmente foi uma das marcas que a experiência de parceria deixou



nesses processos.

E essa parece ser uma distinção importante. Em primeiro lugar, porque representa o reconhecimento de que os “problemas de papel”, a base dos outros módulos, não dão conta de propiciar aos estudantes todas as experiências necessárias ao seu processo de formação nos primeiros anos da graduação. Ou seja, reconhece-se a importância de haver “problemas de verdade”, pois não há o que substitua o contato humano, a vivência e o compartilhar dos problemas, a solidariedade, a construção de vínculos pessoais, a apropriação da realidade que essas experiências propiciam. Representam também o reconhecimento de que essas oportunidades têm que estar presentes ao longo de todo o curso, pois são fundamentais para a formação humanística e ética dos futuros profissionais (Oficina, 1998).

Em segundo lugar, porque materializam uma mudança fundamental no processo de formação profissional e nas relações universidade-serviços-comunidade. As relações entre estudantes de diferentes carreiras, entre estudantes e profissionais dos serviços, estudantes e comunidade, os trabalhos práticos e as intervenções desenvolvidos através desses módulos são fundamentais para que se construam novas posturas e novas práticas profissionais (relação promoção/prevenção/cura mais equilibrada, maior compromisso e respeito com os parceiros e seus problemas, capacidade de comunicação, de escuta, relações mais democráticas etc.).

São também o terreno em que se concretiza a contribuição/participação direta dos profissionais dos serviços e da comunidade no processo de formação profissional pelo compartilhar de objetivos e ações.

Também podem contribuir para as transformações das práticas de saúde na direção de assegurar a qualidade, a integralidade do cuidado e a equidade, buscando desenvolver competências e habilidades para integrar as dimensões do individual e do coletivo no cuidado à saúde. integrando conteúdos, atitudes, valores e habilidades no exercício das práticas de saúde (Venturelli, 1997).

Mediante este trabalho também se pretende preparar os estudantes para o trabalho em equipe multiprofissional, já que as práticas são desenvolvidas multiprofissionalmente desde o início dos cursos.

Ou seja, mesmo nos currículos inteiramente organizados com a lógica do PBL, a existência desses módulos parece ser fundamental para que uma parte dos objetivos da transformação no processo de formação se concretize.

Por que foram possíveis as mudanças radicais

Os processos mais amplos de reforma curricular tiveram histórias distintas não somente de projeto a projeto, mas também de carreira a carreira. Em relação aos projetos, as mudanças mais amplas ocorreram em locais em que havia uma longa história de acúmulo de reflexão e de tentativas de inovação na área acadêmica ou então em lugares em que existia uma crise tão grave que a mudança radical surgiu como alternativa de sobrevivência.

Em relação às carreiras, o UNI teve desde logo a capacidade de atrair e mobilizar muitas outras carreiras, além da Medicina e da Enfermagem. Cursos como Bacteriologia e Bioquímica, por exemplo, que nunca haviam



desenvolvido atividades fora dos cenários tradicionais, tiveram a oportunidade de descobrir o que podiam fazer no espaço comunitário e dos serviços e também suas possibilidades de interação com outras profissões.

No entanto, apesar do grande entusiasmo e da intensa participação em muitas das iniciativas inovadoras, a falta de reflexão acumulada acerca dos problemas do processo de ensino-aprendizagem e de experiências anteriores de construção de alternativas pareceu dificultar que essas outras carreiras mergulhassem em processos amplos de mudança. Mais comumente, Medicina e Enfermagem foram os cursos que chegaram até processos de mudanças mais radicais (embora haja exceções - Odontologia em dois casos, Fisioterapia em outros dois, Psicologia e Nutrição em um caso cada etc.).

Na Enfermagem havia uma história latino-americana de relações extensas da universidade com os serviços de saúde, portanto as resistências a atividades inovadoras dessa natureza eram baixas. Ao contrário, essa ligação mais forte com os serviços de saúde funcionou como forte impulso e subsídio à problematização do processo de formação, seus objetivos e princípios (Sena-Chompré & Egry, 1998).

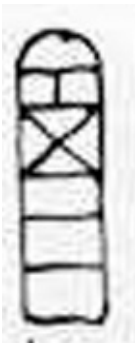
Houve casos em que o processo de debate em torno do currículo foi considerado um instrumento fundamental para a construção do modelo pedagógico. O primeiro passo, então, foi caracterizar os perfis profissionais, considerando os contextos e as tendências da prática sanitária em cada país. O enfoque e a definição dos conteúdos foram submetidos a uma nova lógica de organização, com base na interdisciplinaridade, na concepção de trabalho multiprofissional e na especificidade da prática de cada profissão.

Na Medicina, existiam anos de acúmulo em relação à discussão conceitual em torno do perfil profissional, dos problemas e insuficiências do modelo pedagógico tradicional contrastando com uma capacidade muito limitada de produzir mudanças efetivas. Havia, no entanto, resistência muito maior à participação nas iniciativas inovadoras como a diversificação de cenários de ensino-aprendizagem.

Um elemento essencial para a produção de mudanças foi a capacidade de envolver amplos segmentos do corpo docente na criação e experimentação de alternativas na prática pedagógica concreta: novos conteúdos, novas metodologias, novas articulações, novos cenários. Dizer que foram incorporados amplos segmentos significa dizer que foram incorporados professores das áreas clínicas, das áreas básicas, numa mobilização que ultrapassou de longe os limites das áreas que tradicionalmente propunham mudanças (Medicina Social/Saúde Coletiva).

Ou seja, foi essencial para a construção da possibilidade de mudar, que existisse uma ampla massa crítica, agora com poderes para experimentar, propor, construir. A análise/avaliação permanente dessas inovações foi também um instrumento muito importante para evidenciar a necessidade e propiciar a construção de mudanças mais amplas.

As amplas reformas curriculares estão produzindo movimentos relacionados ao terceiro plano de intervenção: as relações entre os sujeitos e os atores institucionais. Está se iniciando toda uma reorganização dos modos de operar da universidade para contemplar as novas necessidades dos cursos inovados. Está sendo proposta uma nova maneira de considerar e



avaliar a prática pedagógica e de investigação (reconhecendo novos papéis e funções para professores e estudantes). Está havendo a abertura de espaços institucionais que contemplem a participação de sujeitos e atores não universitários no processo de definição e operacionalização do processo ensino-aprendizagem (desde a participação oficial de representantes dos serviços de saúde e da comunidade em comitês curriculares, em comitês de análise de propostas de pesquisa até o reconhecimento oficial por parte da universidade do trabalho pedagógico realizado pelos profissionais dos serviços). Núcleos de apoio pedagógico, novas diretrizes que favorecem a investigação interdisciplinar, são outros exemplos de iniciativas institucionais inovadas.

Desafios

Especialmente na Medicina, ainda falta muito para avançar na articulação dos aspectos bio-psico-sociais na construção e abordagem dos problemas, tanto na prática, como nos módulos trabalhados nos tutoriais, apesar da determinação em fazê-la.

Conforme avançam as mudanças, está se tornando necessário repensar o processo de formação profissional como um todo, articulando coerentemente a graduação, as várias modalidades de pós-graduação e a educação permanente.

Este desafio se coloca, pois agora que as mudanças estão chegando ao internato (tanto na Medicina como na Enfermagem), tornou-se indispensável repensar e reorganizar o espaço da atenção clínica, rompendo com a fragmentação das especialidades, colocando, em primeiro lugar, como lógica estruturante, as necessidades dos usuários.

No entanto, esta não foi uma linha de trabalho na qual se tenha acumulado muita prática ou reflexão no projetos. Como fator facilitador há as mudanças de contexto, que também pressionam por mudanças do modelo e das relações entre profissionais de saúde e população.

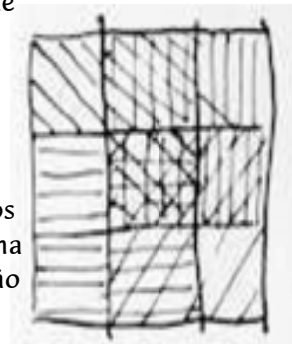
Também é preciso investir de maneira muito mais clara e intensa para transformar as relações profissionais de saúde - paciente dentro do âmbito hospitalar, recuperando o status de sujeito do doente e desenvolvendo sua autonomia também nesse ambiente.

Se no âmbito da atenção básica já foram dados alguns passos no desenvolvimento do trabalho multiprofissional, há tudo para fazer na esfera da clínica.

Considerações finais

Essas ainda são mudanças em construção: as lutas entre o novo e o velho estão em plena vigência. Assim como na construção das novas práticas de saúde, essas novas maneiras de produzir conhecimento e formação em saúde demandam o enfrentamento de problemas ainda sem resposta.

Não sabemos o final da história, mas sem dúvida podemos afirmar que os projetos que conseguiram construir processos coletivos de mudança e propiciar a constituição de uma massa crítica de sujeitos deram alguns passos seguros em direção à utopia que buscamos na Saúde.



Referências

- ALMEIDA M.J. **Educação Médica e Saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: Ed. UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.
- BORDENAVE, J.D., PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 1993.
- FEUERWERKER, L.C.M., SENA, R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à Saúde e de participação social. In: ALMEIDA, M.J., FEUERWERKER, L.C.M., LLANOS, M. A **Educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: HUCITEC, 1999. p.47-83.
- FEUERWERKER L.C.M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/ Rede UNIDA, 1998.
- FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação?** 10.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.
- LÜCK, H. **Pedagogia Interdisciplinar**: fundamentos teórico-metodológicos. Petrópolis: Vozes, 1994.
- OFICINA PIN/INTERAÇÃO COMUNITÁRIA. **Relatório de oficina conjunta entre os cursos de Medicina e Enfermagem da UEL e da FAMEMA**. Londrina, 1998. (mimeogr.)
- MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. Portugal: Publicações Europa-América (s.d.).
- SENA-CHOMPRÉ, R., EGRY, E.Y. **A Enfermagem nos projetos UNI**: contribuição para um novo projeto político para a Enfermagem brasileira. São Paulo: Hucitec/Rede UNIDA, 1998.
- VENTURELLI, J. **Educacion medica**: nuevos enfoques, metas y métodos. Washington DC: Organizacion Panamericana de la Salud, 1997.

FEUERWERKER, L.C.M., SENA, R.R. Contribución al movimiento de cambio en la formación profesional en el área de salud: una evaluación de las experiencias UNI, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.6, n.10, p.37-50, 2002.

El artículo analiza estrategias de cambio y resultados parciales de las experiencias de cambio en la formación de los profesionales de salud, desencadenadas a partir de los proyectos UNI en América Latina. Se destaca la articulación orgánica entre universidad, servicios de salud y organizaciones comunitarias como estrategia fundamental para orientar los procesos de cambio hacia la relevancia social. Características esenciales de las propuestas innovadoras de formación: currículos integrados, organizados en módulos temáticos basados en problemas relevantes de la realidad; metodologías activas de enseñanza-aprendizaje que hacen de los estudiantes sujetos; práctica en los escenarios de los servicios y de la comunidad desde el inicio de la carrera; evaluación formativa y sumativa a lo largo de todo el proceso.

PALABRAS CLAVE: Innovación organizacional; recursos humanos en salud; educación profesional.

Recebido para publicação em: 16/06/01. Aprovado para publicação em: 18/01/02.



TRAJANO SARDENBERG, 2001