

# O CURRÍCULO DE ENFERMAGEM DA UFBA E O SUS

## THE NURSING CURRICULUM OF UFBA AND SUS

### EL PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA DE LA UFBA Y EL SUS

Zannis Benevides de Andrade<sup>1</sup>  
Heloniza O. G. Costa<sup>2</sup>

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), como proposto pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, implica em mudança do modelo médico-assistencial, até então hegemônico, para um modelo voltado para o enfrentamento dos problemas e atendimento das necessidades de saúde da população. Tais mudanças requerem novas práticas profissionais e processos de formação profissional direcionados para o novo modelo de atenção, o que levou à indagação sobre a direcionalidade do currículo da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). Este estudo tem como objetivo analisar o conteúdo e a estrutura do currículo da EEUFBA, no período de 2002 a 2007. Trata-se de um estudo de caso com abordagem quantitativa, assumindo como dimensões de análise o conteúdo curricular e a estrutura curricular. As fontes de dados foram as grades curriculares e as ementas das disciplinas do período considerado. Os achados permitem afirmar que, até o ano de 2007, a EEUFBA mantinha o conteúdo, a estrutura e a organização do seu currículo seguindo o modelo biologicista e centrado na doença, impedindo a compreensão do ser humano na sua integralidade, isto é, a direcionalidade do currículo é para a formação de profissionais para a reprodução do modelo médico assistencial hegemônico na saúde, contrariando, inclusive, as indicações das novas diretrizes curriculares.

**PALAVRAS-CHAVE:** Currículo de enfermagem. Modelo assistencial. SUS.

*The construction of the Unified Health System as proposed by the Brazilian Health Reform movement involves changes in the medical-assistance model, so far hegemonic, into a model aimed at confronting the problems and meeting the health needs of the population. Such changes require new working practices and procedures for training targeted to the new model of care, which led to the questioning of the curriculum of the School of Nursing at The Federal University of Bahia (EEUFBA). This study aims to analyze the content and structure of the curriculum of EEUFBA from 2002 to 2007. This is a quantitative and qualitative case study, which analyzes the curriculum content and curriculum structure. Data sources were the syllabus subjects and the curriculum structure of the period mentioned. The findings show that by the year of 2007, the EEUFBA kept the content, structure and organization of its curriculum following the biological model and focused on the disease, preventing the human understanding in the whole, that is, the curriculum is led to the training of professionals for the reproduction of the hegemonic medical-assistance model, which opposes the new curriculum guidelines for Nursing Faculties in Brazil.*

**KEY WORDS:** Nursing curriculum. Assistance model. SUS.

*La construcción del Sistema Único de Salud propuesto por el movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileira consiste en el cambio del modelo médico-asistencial, hasta entonces hegemónico, por un modelo orientado para el enfrentamiento de los problemas y al atendimento de las necesidades de salud de la población. Tales cambios requieren nuevas prácticas profesionales y procesos de formación de los profesionales direccionados para el nuevo modelo de atención, lo que llevó al cuestionamiento sobre el direccionamiento del currículo de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de la Bahia (EEUFBA). Este estudio tiene como objetivo analizar el contenido y la estructura del plan de estudio de la EEUFBA, en el período de 2002 a 2007. Se trata de un estudio de caso con enfoque cuantitativo, asumiendo como dimensiones de análisis el contenido curricular y la estructura curricular. Las fuentes de datos fueron las parrillas curriculares y los menús de las disciplinas del período considerado. Los resultados muestran que hasta el año 2007, la EEUFBA mantenía el contenido, la estructura y la organización de su currículo siguiendo el modelo biologicista y centrado en la enfermedad, impidiendo la comprensión del ser humano en su*

<sup>1</sup> Enfermeira. Residente em Saúde da Família no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. zbandrade@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Doutora em Administração. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. helo.gon@terra.com.br

*totalidad, o sea, la direccionalidad del currículo es para la formación de profesionales para la reproducción del modelo médico asistencial hegemónico en la salud, incluso, contrariando las indicaciones de las nuevas directrices curriculares.*

*PALABRAS-CLAVE: Currículo de enfermería. Modelo de atención. SUS.*

## INTRODUÇÃO

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituiu-se em uma mobilização da sociedade civil em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde (PAIM, 2008). As propostas desse movimento incluíam mudanças que passavam pela democratização da sociedade, do Estado, de seus aparelhos, burocracias e práticas, implicando também na reorganização das práticas de saúde para imprimir mudanças do modelo médico-assistencial até então hegemônico no país (PAIM, 2002).

Em 1988, a Constituição Federal brasileira formalizou parte desse projeto com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei n.º 8.080/90 e Lei n.º 8.142/90). Um sistema desenhado para assumir a concepção ampliada da saúde – saúde resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, transporte, trabalho, lazer, meio ambiente, acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990) – e contemplar, na sua organização, os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção, defendidos pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Assim, o que está posto para a prática dos profissionais nessa concepção ampliada da saúde é a incorporação de novos objetos de intervenção, isto é, tomar como objeto não só os danos e agravos, mas também os riscos e os determinantes da situação de saúde da população. No entanto, apesar dos avanços no plano jurídico e da implementação de estratégias anunciadas para imprimir mudanças no modelo de atenção à saúde, a exemplo da estratégia de Saúde da Família, as práticas dos profissionais no interior do SUS seguem reproduzindo o modelo que deveria ser mudado – o médico-assistencial

privatista.<sup>3</sup> Do mesmo modo, a formação dos profissionais de saúde parece distante da formação de profissionais com o perfil adequado ao novo modelo de atenção.

Modelo de atenção ou modelo assistencial é aqui assumido como um modo de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os meios de trabalho utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde (PAIM, 2003).

No debate sobre os modelos alternativos de atenção, a proposta do modelo da Vigilância da Saúde tem ocupado um lugar de destaque por combinar recursos e tecnologias para impactar sobre os problemas e necessidades de saúde da população; indicar a incorporação de novos sujeitos (conjunto de profissionais de saúde e população) e de novos objetos – as condições de vida e trabalho da população e não apenas as determinações clínico-epidemiológicas das doenças (TEIXEIRA; PAIM; VILAS BOAS, 1998). Além disso, por incluir esses novos objetos, a Vigilância da Saúde aponta para a necessidade de intervenções sobre a saúde que ultrapassem os limites dos serviços de saúde e incluam ações intersetoriais com operações que assegurem a promoção da saúde.

Assegurar a promoção da saúde implica em considerar padrões adequados de alimentação, de habitação e de saneamento, além de boas condições de trabalho, acesso à educação, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos e estilo de vida responsável. Além disso, a promoção da saúde também significa

<sup>3</sup> O modelo médico-assistencial privatista toma como agente principal das práticas de saúde o médico. O objeto é a doença em sua forma individual e os meios de trabalho utilizados são as tecnologias médicas (TEIXEIRA; PAIM; VILAS BOAS, 1998).

dirigir o olhar ao coletivo de indivíduos e ao ambiente em todas as dimensões, física, social, política, econômica e cultural. Por fim, promover a saúde implica abordar a questão da saúde na sociedade de uma forma mais ampla (VERDI; CAPOINI, 2005).

Todos esses debates em torno da mudança do modelo de atenção e da prática dos profissionais provocou a discussão em torno da necessidade de mudar o modelo de formação dos profissionais de saúde, com críticas aos atuais processos de formação, por predominar o perfil que favorece a manutenção do modelo hegemônico – privilegia a prática médica curativa, individual, especializada e orientada para a lucratividade. Desse modo, é esse perfil que deve ser questionado nos processos de formação (MEDINA, 2007).

Nesse sentido, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde aprovadas, em sua maioria, entre 2001 e 2002, indicam que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Assim, as novas DCN são também um importante passo para produzir mudanças na formação, pois indicam uma maneira de organização dos cursos e desenhos curriculares que favorecem o compromisso da universidade com os princípios e diretrizes do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Esse contexto despertou o interesse em verificar a direcionalidade do processo de formação de enfermeiras(os) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – se aponta para as mudanças do perfil profissional, tal como demandado pelo SUS, ou é um currículo ainda direcionado para o modelo médico-assistencial. Trata-se da mais antiga escola de Enfermagem do estado da Bahia, que, além de formar enfermeiras para o cuidado, forma formadoras(es) de enfermeiras(os) e das demais categorias de enfermagem. Por isso, formulamos a questão que norteou o nosso estudo: Qual a direcionalidade que o conteúdo e a estrutura curricular da Escola de Enfermagem da UFBA dão para a formação de enfermeiras(os) na

perspectiva da consolidação do Sistema Único de Saúde?

Para responder à questão formulada, a pesquisa tem como objetivo geral analisar o conteúdo e a estrutura do currículo da Escola de Enfermagem da UFBA.

## FORMAÇÃO PROFISSIONAL E O SUS

A partir da Constituição de 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. No entanto, apesar de se ter conseguido o direito constitucional à saúde e a regulamentação do SUS, não estão asseguradas para a grande maioria da população as condições de vida e trabalho promotoras de saúde, nem, tampouco, o acesso aos serviços de saúde eficazes e de qualidade. Para superar esse impasse, a mudança do modelo de atenção, o fortalecimento da participação popular e a formação dos profissionais capazes de refletir e agir sobre a situação de saúde da população são imprescindíveis (XAVIER, 2002). Desse modo, a formação de profissionais de saúde é uma área estratégica no processo de reorientação do modelo de atenção a saúde (TEIXEIRA; PAIM, 1996).

De acordo com algumas teorias, a função da educação é a reprodução das desigualdades sociais, através da reprodução da cultura, a escola contribuiria para a reprodução do modo de produção. A Universidade, desse modo, seria um aparelho ideológico do Estado responsável pela reprodução das relações de produção da estrutura social capitalista, por exemplo. Entretanto, outras correntes teóricas defendem que os aparelhos ideológicos do Estado podem ser um local da luta de classe e, portanto, em lugar de reproduzir a sociedade poderá produzir novos sujeitos que atuem em função de mudanças sociais (PAIM, 2002).

Assim, para contribuir com a formação de novos sujeitos, é necessária a luta cotidiana para a consolidação de modelos alternativos no processo de formação. Modelos que possam estimular a consciência crítica dos estudantes.

Não se trata de ver na universidade o poder ilusório de ser agente de mudança por si só, nem reiterar a impotência e o imobilismo “racionalizados” pela ideologia “estrutural-paranóide”. Ao contrário, cabe entendê-la como espaço de luta, seja nas reformas curriculares, seja na discussão de conteúdo de disciplinas e dos projetos de pesquisa e extensão. (PAIM, 2002, p. 128).

Nesse sentido, concorda-se com Paim (2002, p. 131, grifo do autor), quando argumenta:

No que diz respeito a qualificação de recursos humanos, cabe à Universidade formar quadros competentes, solidários ao projeto de Reforma Sanitária e dispostos a se colocarem como *intelectuais orgânicos* a serviço dos interesses fundamentais do povo brasileiro. Para tanto, faz-se necessário, não só a busca rigorosa de uma competência técnica e científica – nos planos teórico-conceitual e técnico-experimental – mas, especialmente, uma obsessiva atenção às necessidades sociais. Isso requer uma atualização constante de seus objetos de reflexão e de pesquisa no sentido de uma interação permanente com a sociedade, tal como o estudo da situação de saúde nas suas diversas dimensões, o desenvolvimento de investigações e de novas tecnologias e a redefinição de políticas e práticas de saúde.

Tais posições enfatizam a necessidade de mudança na formação profissional para a consolidação do SUS, tal como assinala Xavier (2002, p. 12): “A formação profissional assumiu um papel de destaque no debate travado entre todos que estavam envolvidos no processo de disseminação do Movimento Sanitário quanto no de criação e implantação do SUS.”

Assim, no processo de formação dos profissionais, a universidade deve comprometer-se com o projeto da Reforma Sanitária, para que os estudantes possam reorientar a sua prática, melhorar a assistência à população e contribuir para a consolidação do SUS. O processo de formação não deve ser negligenciado, dada a possibilidade de contribuir para a constituição de novos sujeitos que possam dar conta dos desafios impostos pela realidade das condições de vida da população.

#### MODELO DE ATENÇÃO, PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Outro aspecto que merece destaque na mudança do modelo de atenção é a consideração do princípio da integralidade, por ser estruturante

desse novo modelo de atenção. Nesse sentido, o artigo 198 da Constituição Brasileira de 1988 refere que o SUS deve ser organizado de modo a garantir “[...] atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, p. 39).

Também o capítulo II, artigo 7º, da lei orgânica da saúde define que as ações e os serviços do SUS devem ser desenvolvidos obedecendo alguns princípios, dentre eles, o da “[...] integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p. 4).

De acordo com Mattos (2004), o termo integralidade tem sido usado para designar um dos princípios estruturantes do SUS e uma das bandeiras de luta da Reforma Sanitária. Ele é um dos princípios menos visíveis na trajetória do sistema e tem funcionado como uma imagem-objetivo das características do SUS e das práticas nele exercidas, contrastando com as práticas dominantes.

Mattos (2001) traz uma reflexão sobre os sentidos da integralidade, que incidem sobre diferentes pontos: o primeiro refere-se ao modo como são organizadas as práticas profissionais; o segundo, ao modo como são organizados os serviços; e o terceiro relaciona-se às políticas públicas de saúde. No entanto, em todos os sentidos, a integralidade supera o reducionismo, a objetivação dos sujeitos e possibilita uma abertura ao diálogo.

Segundo Pinheiro e Ceccim (2006), é necessário realizar dois movimentos contínuos para a educação dos profissionais de saúde. O primeiro concerne à necessidade de pensar a formação como educação permanente em saúde, e o segundo diz respeito à centralidade da integralidade à saúde como forma de superar a modelagem do ensino e dos serviços centrados em procedimentos, com usuários interpretados como “saco de órgãos” ou como simples território onde se evolui a fisiopatologia, nos quais os adoecimentos são enfrentados apenas como

eventos biológicos. Tal como afirmam Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 1.407, grifo dos autores):

[...] a integralidade da atenção supõe, entre outros aspectos, a ampliação e o desenvolvimento da *dimensão cuidadora* na prática dos profissionais de saúde, o que lhes possibilita tornar-se mais responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde e mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicionais.

Para aprofundar as experiências no ensino da integralidade, precisa-se, portanto, romper com os padrões de subjetividade hegemônicos, com as cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologiscista, procedimento-centrada e medicalizadora.

## CURRÍCULO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A discussão sobre a influência da formação na prática profissional e do seu potencial de reprodução ou transformação da estrutura social coloca os problemas e questionamentos sobre currículo como campo de estudo. No final do século XIX, nos Estados Unidos, por exemplo, fica evidente que a formação tem o objetivo de formar profissionais para a sociedade capitalista, o que induz à formação de profissionais passivos, alienados. Isto pode ser constatado na ênfase atribuída à técnica de construção do currículo sem questionar o “como”, o “por que” e o “para quê”, fazendo com que o currículo fique associado à “grade curricular” que privilegia a organização curricular em disciplinas, fragmenta o conhecimento, provoca a dicotomia entre teoria e prática e não cria espaços e oportunidades para a crítica e a reflexão (VALENTE, 1999).

Ao contrário dos Estados Unidos, a mudança do modelo de atenção à saúde requerida para a consolidação do SUS requer profissionais críticos, criativos, compromissados e capazes de enfrentar os principais problemas de saúde da população. Para tanto, é preciso levar em conta que o ser humano é um ser biopsicossocial, o que exige uma revisão dos currículos da área de saúde, pois apenas os aspectos e conteúdos relacionados às ciências biológicas não têm dado conta da compreensão do ser humano na sua

integralidade. Assim, os conteúdos das áreas de economia, política, sociologia, antropologia, psicologia devem ser incorporados aos currículos dos cursos dessa área (PINHEIRO et al., 2003).

De acordo com as diretrizes curriculares para os cursos de enfermagem (BRASIL, 2001, p. 7), os conteúdos essenciais “[...] devem estar relacionados com todo processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem”. Os conteúdos devem contemplar as seguintes áreas: ciências biológicas e da saúde, ciências humanas e sociais, ciências da enfermagem, administração de enfermagem e ensino de enfermagem. Além dos conteúdos, a forma de organização da maioria dos currículos de formação de profissionais de saúde dispensa uma carga horária para as aulas teóricas, depois uma carga horária para as aulas práticas e, por fim, uma carga horária para os estágios. Desse modo, muitos professores acabam tratando os conteúdos das disciplinas de forma fragmentada (PINHEIRO et al., 2003).

Assim, o padrão mais frequente da estrutura curricular inclui a fragmentação do conhecimento e o desenvolvimento de disciplinas de forma isolada. Na grande maioria das escolas, ainda há a separação entre teoria e prática e entre os ciclos básicos e profissionalizantes (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 1997<sup>4</sup> apud CAMPOS et al., 2001). Tais estruturas e organizações curriculares estão distantes da idéia de currículo integrado, que é baseado na necessidade de uma compreensão global do conhecimento e na interdisciplinaridade com o objetivo de superar os erros da fragmentação e isolamento da ciência (REDE UNIDA, 1999<sup>5</sup> apud PINHEIRO et al., 2003).

Outra situação paradoxal dos currículos está relacionada com a abordagem dos conteúdos do SUS, apresentados como um dado isolado nos currículos tradicionais, impedindo o contato

<sup>4</sup> ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas. *Projeto CINAEM - Relatório final da segunda fase*, Rio de Janeiro, 1997. Mimeografado.

<sup>5</sup> REDE UNIDA. Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde. *Olho Mágico*, Londrina, ano 5, n. esp., p. 8-26, nov. 1999.

maior com a realidade onde a prática da maioria dos profissionais irá acontecer (ROSSONI; LAMPERT, 2004). Pinheiro e Ceccim (2006) acrescentam que o ensino clássico na saúde aborda a transmissão de informação e o treinamento prático em procedimentos terapêuticos de diagnósticos. Os conteúdos prioritários são biomédicos, deixando de lado as dimensões psicossociais e socioculturais e os conteúdos necessários para atuação na saúde coletiva. Segundo Feuerwerker (2003), a educação dos profissionais deve estar orientada para os principais problemas da sociedade, de maneira que os conteúdos essenciais do currículo privilegiem os critérios epidemiológicos e as necessidades de saúde da população.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa por meio de um estudo de caso, que tomou como unidade de análise o conteúdo do currículo do curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) e como dimensões analíticas: conteúdo curricular (objetivos e o conteúdo programático das disciplinas obrigatórias) com as variáveis foco do cuidado, o âmbito do cuidado e as dimensões dos indivíduos e população consideradas no cuidado; e estrutura curricular (disposição e sequência cronológica dos componentes curriculares) cujas variáveis definidas foram distribuição da carga horária por disciplina e a distribuição das disciplinas na grade curricular.

A fonte de dados privilegiada foram as ementas das disciplinas obrigatórias do ciclo básico e do ciclo profissionalizante.

O estudo cobre o período pós-instituição das diretrizes curriculares para o curso de graduação em Enfermagem – 2002-2007.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

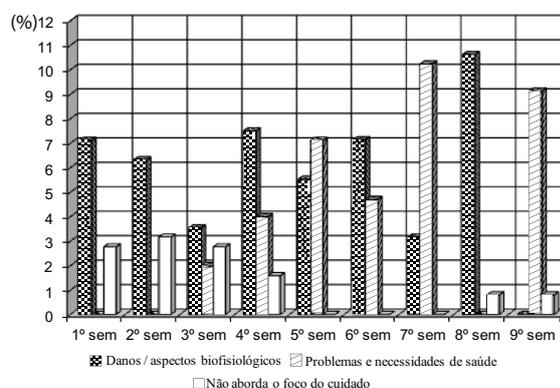
Os achados da pesquisa mostram que a direcionalidade do currículo da escola de enfermagem da UFBA é a formação de enfermeiras(os) com perfil voltado para a manutenção do modelo médico-assistencial e não para a formação de um

profissional com perfil para atuar na perspectiva da mudança do modelo de atenção hegemônico. Os dados apresentados a seguir, considerando as variáveis do estudo, sustentam esta afirmação.

### Foco do cuidado

O foco do cuidado, para este estudo, é tomado/referido como objeto do cuidado, isto é, danos/agravos com ênfase nos aspectos biofisiológicos ou os problemas e necessidades de saúde da população (danos, riscos e determinantes).

O Gráfico 1 mostra a distribuição da carga horária por semestre segundo o foco do cuidado abordado nas disciplinas do currículo.



**GRÁFICO 1** – Porcentagem de distribuição de carga horária no currículo por semestre, segundo o foco do cuidado

Observa-se que das 35 disciplinas analisadas no currículo quase 50,0% abordam como foco do cuidado os danos com ênfase nos aspectos biofisiológicos (17 das 35 disciplinas). Apenas 9 disciplinas consideram os problemas e necessidades de saúde da população e 9 não abordam o foco do cuidado.

Além do número de disciplinas, a carga horária a elas destinada reforça a tendência do currículo, na medida em que se pode observar que 50,9% de toda carga horária do currículo é direcionada a disciplinas que abordam como objeto de cuidado os danos (doenças) ou aspectos biofisiológicos. Apenas 37,2% da carga horária do curso é destinada a disciplinas que abordam o objeto de cuidado como sendo os problemas e necessidades de saúde da população. Os 11,9%

da carga horária restantes não abordam o objeto de cuidado.

Assim, das 4.301 h das disciplinas obrigatórias, 2.191 h são destinadas a disciplinas que tomam como foco do cuidado os danos com ênfase nos aspectos biofisiológicos. Apenas 1.600 h destinam-se a disciplinas que abordam os problemas e as necessidades de saúde da população e 510 h estão reservadas para disciplinas que não abordam o foco do cuidado.

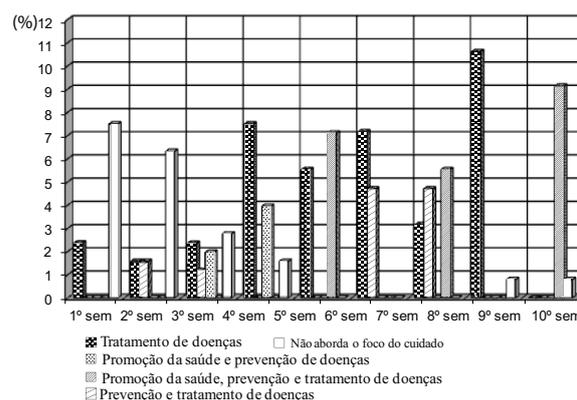
Ao tomar como foco privilegiado do cuidado as doenças e seus aspectos biofisiológicos, o currículo da EEUFBA contraria as recomendações das diretrizes curriculares para os cursos de graduação em enfermagem, segundo as quais o estudante deve ser capaz de conhecer e intervir sobre os principais problemas de saúde, identificando e considerando os seus determinantes.

Diante dessas evidências, pode-se afirmar que o currículo da EEUFBA privilegia a formação de profissionais para atuarem reproduzindo as práticas de saúde tradicionais, nas quais os indivíduos só procuram os serviços de saúde quando se sentem doentes. Portanto, o currículo da EEUFBA não contribui para a mudança do modelo assistencial. Ao contrário, forma enfermeiras(os) para atuarem repetindo as práticas assistenciais que têm como foco do cuidado a doença, perpetuando o modelo hegemônico de atenção à saúde (médico-assistencial) que sempre privilegiou uma prática curativa e especializada.

### Âmbito do cuidado

Como âmbito do cuidado considera-se o caráter das ações, isto é, se voltadas para prevenção de doenças, para a promoção ou para a recuperação da saúde (tratamento).

O Gráfico 2 mostra a distribuição da carga horária por semestre e o âmbito do cuidado abordado nas disciplinas do currículo.



**GRÁFICO 2** – Âmbito do cuidado e porcentagem de distribuição de carga horária por semestre

Pode ser observado que, apesar de as disciplinas, nos dois primeiros semestres do curso, não abordarem o âmbito do cuidado, cinco dessas nove disciplinas possuem conteúdos biologicistas. Portanto, não possibilitam a ampliação do conceito de saúde proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, além de reforçar a visão biologicista do processo saúde-doença tão presente na clínica tradicional.

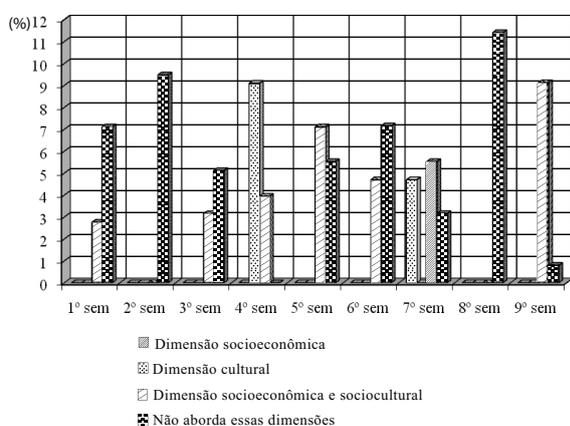
Os dados da pesquisa revelam que a maior parte das disciplinas aborda o tratamento de doenças como âmbito do cuidado. A carga horária destinada para disciplinas que abordam apenas o tratamento de doenças corresponde a 40,3% do total da carga horária do currículo. Se acrescidos os 12,3% da carga horária das disciplinas que abordam o tratamento e a prevenção, ao mesmo tempo, e mais os 21,8% que abordam tanto o tratamento como a prevenção e a promoção da saúde, constata-se que o tratamento de doenças está presente em cargas horárias de quase todas as disciplinas que consideram o âmbito do cuidado (74,4%). Enquanto a promoção da saúde só está contemplada em disciplinas que correspondem a 27,7% da carga horária do currículo, mesmo assim, dividindo o tempo com os outros âmbitos de abordagem, 19,7% da carga horária total das disciplinas do currículo não tratam do âmbito do cuidado nos objetivos e conteúdos programáticos. Vale registrar que os dados existentes não permitiram dimensionar a carga horária exata destinada a cada âmbito do cuidado.

Ainda que existam disciplinas que abordem como âmbito do cuidado a prevenção e tratamento de doenças, a maior parte desses conteúdos programáticos trata apenas do tratamento de doenças. Em termos de números absolutos, do total de 35 disciplinas, 10 delas abordam, exclusivamente, o tratamento de doenças. Essas dez disciplinas ocupam 40,3% da carga horária total do currículo (1.732 horas).

Os achados desta pesquisa corroboram conclusões de outros estudiosos, quando afirmam que o ensino clássico na saúde privilegia o treinamento prático em procedimentos terapêuticos de diagnósticos, sendo que os conteúdos prioritários são biomédicos (PINHEIRO; CECCIM, 2006).

### Dimensões dos indivíduos e população consideradas no cuidado

O Gráfico 3 mostra a distribuição da carga horária por semestre e as dimensões do indivíduo/população consideradas no cuidado nas disciplinas do currículo.



**GRÁFICO 3** – Dimensões dos indivíduo/população e porcentagem de distribuição de carga horária por semestre

Em todo o currículo, 60,0% (21 das 35 disciplinas), correspondendo a 49,9% de toda a carga horária do curso, não incluem abordagens das dimensões socioeconômicas e socioculturais do indivíduo/população.

Esses dados revelam que o currículo da EEUFBA pouco proporciona o desenvolvimento

de competências para além da técnico-científica. No entanto, o profissional requerido pelo SUS, isto é, o profissional que contribua para a mudança do modelo de atenção deve ter uma obsessiva atenção às necessidades sociais, devendo estar atento à situação de saúde nas suas diversas dimensões, possibilitando a redefinição de políticas e práticas de saúde (PAIM, 2003).

Assim, pode-se afirmar que o currículo da EEUFBA não contribui para a formação de enfermeiras(os) capazes de atuar na perspectiva da integralidade da atenção e ampliação da *dimensão cuidadora* das(os) profissionais enfermeiras(os).

Além disso, a formação desses profissionais contraria o modelo da Vigilância da Saúde, que inclui como objeto de atenção, além das determinações clínico-epidemiológicas, as condições de vida e de trabalho do indivíduo/população a ser cuidada (determinantes sociais), visto que mais da metade da carga horária do currículo inclui disciplinas que não abordam dimensões socioeconômicas e socioculturais no cuidado.

### CONCLUSÃO

Este estudo, apesar do seu caráter exploratório e limitado, ao analisar o conteúdo e a estrutura curricular, mostra a direcionalidade desse curso de formação de enfermeiras(os) e traz elementos para uma reflexão crítica sobre o desenho de currículos, além de instigar novas questões de pesquisa.

Os dados permitem afirmar que, mesmo após alguns avanços na direção da constituição do SUS, a exemplo da Lei Orgânica da Saúde e da instituição das novas diretrizes curriculares nacionais, a escola de Enfermagem da UFBA mantém o conteúdo, estrutura e organização do seu currículo seguindo o modelo biologicista e centrado na doença.

Desse modo, o que se constata é que a formação de enfermeiras(os) na EEUFBA, ao contrário do desejado e necessário para a consolidação do SUS, está contribuindo para a reprodução do modelo de atenção hegemônico na saúde – o médico assistencial, ou seja, reproduz o modelo

tradicional de formação dos profissionais de saúde – biologicista, medicalizante e centrado em procedimentos técnicos para tratamento de doenças.

Assim, com os elementos trazidos por este estudo e por concordar com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que considerava que a mudança da formação dos profissionais de saúde seria central para a superação do modelo assistencial hegemônico e, por conseguinte, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, arrisca-se a afirmativa de que a formação das(os) enfermeiras(os) da UFBA não contribui para a consolidação do SUS e não contempla a assistência integral aos indivíduos e à população.

Acredita-se que, para assegurar a mudança no processo de formação, é preciso a mobilização de docentes e discentes para garantir a elaboração de um desenho curricular (e de uma prática pedagógica) que possibilite um percurso de aprendizagens direcionado para os propósitos do SUS, como apontado pelas novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em enfermagem.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, 7 nov. 2001.

CAMPOS, Francisco Eduardo de et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-59, maio/ago. 2001.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set/out. 2004.

FEUERWERKER, Laura C.M. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do ministério da saúde. *Rev. ABENO*, Brasília, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003.

MATTOS, Ruben A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.411-1.416, set./out. 2004.

\_\_\_\_\_. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade a atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2001. p. 39-64.

MEDINA, Walberto H. Formação dos profissionais de saúde: uma análise dos cursos de especialização do pólo de capacitação, formação e educação permanente para saúde da família – Bahia. 2007. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIM, Jairnilson S. Modelos de atenção e vigilância da saúde In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar A. *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 567-586.

\_\_\_\_\_. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

\_\_\_\_\_. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: Fred Lima, 2002.

PINHEIRO, Eliana de Fátima C. et al. Profissional de saúde: a inter-relação entre formação e prática. *Formação*, Brasília, v. 3, n. 8, p. 47-58, maio/ago. 2003.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO Roseni; CECCIM Ricardo B; MATTOS Ruben A. (Org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2006. p. 13-35.

ROSSONI, Eloá; LAMPERT, Jadete. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 87-98, jan./jun. 2004.

TEIXEIRA, Carmem F.; PAIM, Jairnilson S. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. *Divulg. saúde debate*, Londrina, n. 12, p. 19-23, jul. 1996.

TEIXEIRA, Carmem F.; PAIM, Jaimilson S; VILAS BOAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf. epidemiol. SUS*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, abr./ jun. 1998.

VALENTE, Silza Maria P. Do currículo mínimo às diretrizes curriculares. *Olho Mágico*, Londrina, ano 5, n. 20, p. 6-7, nov. 1999.

VERDI, Marta; CAPOINI, Sandra. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-88, jan./mar. 2005.

XAVIER, Caco. Formação profissional em saúde. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 3, p. 11-17, out. 2002.

Submissão: 25/11/2010

Aceito: 13/9/2011