





Apreensão e Compreensão do Conceito de Necessidades de Saúde para Estudantes de um Currículo Ativo

Apprehension and Understanding of the Health Needs Concept for Students of an Active Curriculum

Ana Carolina Nonato¹ 
Karen Tie Kobashikawa¹ 
Danielle Abdel Massih Pio¹ 
Juliana Ribeiro da Silva Vernasque¹ 

RESUMO

Introdução: As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 valorizam aspectos biopsicossociais do processo saúde-doença e responsabilização dos estudantes por meio de atuação formativa e ativa nos serviços de saúde. Conduziu-se este estudo em uma faculdade do interior paulista que tem o conceito de necessidades de saúde como norteador teórico. O objetivo deste estudo foi compreender a experiência de estudantes de Medicina e Enfermagem em relação ao conceito e à operacionalização do currículo integrado. Realizou-se aprofundamento teórico-prático sobre a relação de discentes com os demais atores em saúde para identificar razões da divergência do entendimento do referencial teórico entre eles, propiciando subsídios para identificar essas disparidades no contexto do ensino. **Método:** Entrevistaram-se 33 estudantes dos cursos supracitados. O estudo foi elaborado por meio dos referenciais metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados e teórico de necessidades de saúde. As entrevistas semidirigidas foram gravadas, completamente transcritas e codificadas linha a linha, segundo o processo de microanálise. Os códigos foram agrupados em elementos, subsídios para formação das categorias. **Resultados:** Obtiveram-se cinco categorias emergentes: 1. “Percebendo que há diferenças de abordagem entre os grupos das Unidades Educacional Sistematizada e de Prática Profissional e entre as unidades educacionais, com dificuldades para efetiva articulação teórico-prática”; 2. “Identificando que há discrepância de aprendizagem e vivências dos conceitos de necessidades de saúde entre os estudantes”; 3. “Entendendo que a apreensão das necessidades de saúde é mais efetiva quando se associa a teoria à prática e vice-versa”; 4. “Assimilando que o conceito de necessidades de saúde diz respeito à ampliação do foco da integralidade do cuidado”; e 5. “Reconhecendo o vínculo como essencial nas séries e nos cenários de ensino-aprendizagem para a identificação das necessidades de saúde e um sucesso prático do cuidado”. Essas categorias constituem o modelo teórico: “Segundo a perspectiva discente, a apreensão e a compreensão de necessidades de saúde são dependentes da articulação teórico-prática nos diferentes grupos de estudantes e cenários de ensino-aprendizagem, tendo como elementos essenciais o vínculo e a integralidade do cuidado”. **Conclusões:** Para a efetiva apreensão de necessidades de saúde dos discentes, devem-se evitar descontinuidade do aprendizado e discrepâncias em como é conduzido, processo que depende de vínculos e do cuidado integral para ser viável.

PALAVRAS-CHAVE

- Ensino.
- Educação Médica.
- Educação em Enfermagem.
- Currículo.
- Aprendizagem Baseada em Problemas.
- Saúde Coletiva.

ABSTRACT

KEYWORDS

- Teaching.
- Medical Education.
- Nursing Education.
- Curriculum.
- Problem-Based Learning.
- Public Health.

Introduction: The 2001 National Curriculum Guidelines value the biopsychosocial aspects of the health-disease process and student accountability through training and active performance in health services. This study was carried out at a college in the countryside of the state of São Paulo, which has the concept of health needs as a theoretical guide. To understand the experience of medical and nursing students in relation to the concept and operationalization of the integrated curriculum. Theoretical-practical developing of the relationship between students and other health actors was carried out to identify reasons for the divergence in the understanding of the theoretical framework between them, providing subsidies to identify these inequalities in the context of teaching. **Methods:** 33 students from the aforementioned courses were interviewed. The study was performed using the methodological framework of Grounded Theory and theoretical context of health needs. The semi-directed interviews were recorded, transcribed in full and coded line by line, according to the microanalysis process. The codes were grouped into elements, subsidies for the creation of categories. **Results:** There were five emerging categories: (1) "Understanding that there are differences in approach between the groups of the Systematized Educational and Professional Practice Units and between the educational units, with difficulties for effective theoretical-practical articulation"; (2) "Identifying that there is a discrepancy in learning and experiences of the concepts of health needs among students"; (3) "Understanding that the apprehension of health needs is more effective when theory is associated with practice and vice versa"; (4) "Assimilating that the concept of health needs is related to the extension of the integrality of care focus" and (5) "Recognizing the link as essential in the school years and teaching-learning scenarios to identify health needs and practical care success". These constitute the theoretical model: "According to the student's perspective, the apprehension and understanding of health needs depend on the theoretical-practical articulation in the different groups of students and teaching-learning scenarios, having as essential elements the link and the integrality of care". **Final considerations:** For the effective apprehension of students' health needs, discontinuity of learning and discrepancies in how it is conducted must be avoided, a process that depends on links and comprehensive care in order to be viable.

Recebido em 19/2/2020

Aceito em 29/3/20

INTRODUÇÃO

Com o advento de um novo modelo de formação, houve a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais¹ (DCN) dos cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição no ano de 2001. Estas DCN visam à integração de teoria, prática e aspectos determinantes do processo saúde-doença (biológicos, psicológicos, ambientais e sociais) e à responsabilização dos estudantes por meio de atuação formativa e ativa nos serviços de saúde. Ampliando estas necessidades, as DCN de 2014 interligam ensino, pesquisa e extensão, preconizando três áreas: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde². Apesar dos avanços propostos por ambas as diretrizes, a Educação Médica não é unificada, e sim um processo dinâmico a ser construído, todos os dias, nos diferentes cenários da prática profissional³.

Ao buscar a reforma significativa dos currículos do curso de Medicina e Enfermagem, a Faculdade de Medicina de Marília, entre 1997 e 1998, elaborou o projeto educacional denominado FAMEMA 2000. O modelo passou a ser centrado no estudante e implementaram-se as estratégias da Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem-based Learning* – PBL), da Problematização e por meio da própria comunidade. No ano de 2003, por sua vez, houve inovação pela implementação do projeto de currículo integrado e orientado por competências, integrando os cursos de Medicina e Enfermagem⁴. Na seção "Organização Curricular" deste projeto, discute-se que a proposta do currículo é pautada no conceito de integralidade do cuidado sob a ótica de necessidades de saúde, valorizando a reflexão e a transformação da prática pela educação ativa, crítica e reflexiva⁴.

Atualmente, as seis séries do curso de Medicina e as quatro do

curso de Enfermagem dessa instituição têm o referencial do conceito de necessidades de saúde como norteador, sendo denominadas: "Unidade Educacional 1: Unidade de Prática Profissional e Unidade Educacional Sistematizada", "Necessidades de Saúde e Unidade de Prática Profissional 2" (ambas com as primeiras e segundas séries de Medicina e Enfermagem em conjunto); "Necessidades de Saúde e Prática Profissional 3", "Unidade de Prática Profissional: cuidado ao indivíduo hospitalizado" (terceiras séries de Medicina e Enfermagem, respectivamente); "Atenção às Necessidades de Saúde do Indivíduo, Família e Comunidade no Modelo de Vigilância à Saúde", "Unidade Prática Profissional 4" (quartas séries de Medicina e Enfermagem, respectivamente); e "Estágio Integrado: Saúde do Adulto e Saúde Materno-Infantil I e II" (quintas e sextas séries de Medicina)⁵.

As atividades acadêmicas, por sua vez, são norteadas por três unidades: Unidade Educacional Sistematizada (UES), que é constituída por cenários de tutoria e conferência norteados pelos moldes do PBL; Unidade de Prática Profissional (UPP), constituída das atividades de prática nos cenários (Unidades de Atenção Primária, Secundária e Terciária), do Laboratório de Prática Profissional (LPP) e dos ciclos pedagógicos, todos norteados pelos moldes da Problematização; e, por fim, a Unidade Educacional Eletiva, cujos elementos são estágios obrigatórios em áreas de conhecimento escolhidas pelos próprios estudantes⁵. Desse modo, a Faculdade de Medicina de Marília reafirma por meio destas unidades que o currículo é uma construção em sociedade em que os diferentes atores vivenciam limites e avanços para a implantação de um novo modelo de ensino em saúde^{6,7}.

Em relação aos processos de formação, há escassez de estudos científicos sobre a avaliação da articulação entre o currículo e o referencial

de necessidades de saúde em instituições de ensino superior com metodologias ativas. Desse modo, considerando a missão da Faculdade de Medicina de Marília: “Formar profissionais comprometidos com as necessidades de saúde das pessoas segundo os princípios do SUS e prover cuidados pautados na integração ensino, pesquisa e assistência”⁷, pretendeu-se verificar a consonância da apreensão e compreensão dos estudantes de Medicina e Enfermagem em relação à inserção do conceito de necessidades de saúde em todas as etapas do ensino e da formação, cujo enfoque é a operacionalização de um currículo integrado. Este estudo foi elaborado com base na análise da perspectiva dos estudantes envolvidos no cuidado em saúde e no aprofundamento teórico-prático sobre a relação destes com os docentes, usuários e profissionais, com o objetivo de identificar os motivos que causam divergência do entendimento do referencial teórico entre estes discentes, propiciando subsídios para que as disparidades encontradas sejam compreendidas no contexto do ensino. Pretendeu-se, também, colaborar com as escolas de Medicina e Enfermagem em seu processo de desenvolvimento curricular para que haja fortalecimento na formação e no cuidado de todos os envolvidos.

METODOLOGIA

A pesquisa tem vertente qualitativa e é orientada pelo referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), cujo objetivo é compreender um fenômeno no ambiente em que ocorre, considerando o significado que um determinado contexto representa para o ator em questão a partir da observação direta entre a ação e estes significados. Isto possibilita a construção de teorias, pois o método investiga um dado fenômeno para determinar o modelo conceitual que o explique⁸. Por sua vez, os referenciais teóricos utilizados foram os de Necessidades de Saúde de Cecílio^{9,10} e produtos institucionais, como cadernos de séries¹¹⁻¹⁸ e projetos pedagógicos^{4,7}, dos cursos de Medicina e Enfermagem da instituição.

A amostra foi constituída por estudantes da Faculdade de Medicina de Marília, uma instituição cujo currículo organiza-se por metodologias ativas e pela participação constante dos discentes em órgãos acadêmicos (reuniões

de colegiado e com gestores). Os atores sorteados pertencem às seis séries de Medicina e às quatro séries de Enfermagem e todos os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta dos dados esteve de acordo com parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob nº 2.272.195 e fomento do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Pibic/CNPq) nº 129621/2017-0.

Para compreender intimamente a experiência dos estudantes, foram realizadas entrevistas semidirigidas conduzidas com cada participante em um ambiente reservado para a garantia de anonimato, como salas da própria faculdade e das unidades assistenciais do Complexo HC da Faculdade de Medicina de Marília, contando com uma ou duas entrevistadoras presentes. Utilizou-se um roteiro para cada entrevistado que contemplava dados demográficos (gênero, idade e cenários de ensino-aprendizagem em que estagiou) e duas perguntas norteadoras (“Considerando as unidades educacionais propostas no currículo ativo, pautadas no conceito de integralidade do cuidado, sob a ótica de necessidades de saúde, conte-me: 1. sua compreensão de necessidades de saúde; 2. sua experiência teórico-prática articulando esses conceitos nos cenários de ensino-aprendizagem”), possibilitando o registro de notas metodológicas e de observação.

Selecionaram-se os participantes por sorteio em todas as séries de ambos os cursos. A amostra foi definida por saturação teórica em cada uma destas, isto é, quando nenhum dado novo surgiu nas entrevistas. Os conceitos apreendidos foram utilizados para a construção do modelo teórico da experiência⁸. Neste contexto, Barros et al.¹⁹ condicionam e relacionam o número de entrevistas suficientes em estudos qualitativos ao que se pretende descobrir e mostrar com as entrevistas, aos recursos disponíveis e ao modo como os achados são incorporados no estudo, considerando que não haja mais dado novo ou relevante emergente, que as dimensões mostrem variação, que as categorias estejam bem desenvolvidas e que as relações entre elas estejam bem delineadas.

Duas entrevistas-piloto foram realizadas para a validação das

Tabela 1

Dados demográficos dos participantes do estudo

Curso	Medicina						Enfermagem				
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	
Total	3	4	3	5	3	4	2	3	3	3	
Mulheres	100%	75%	67%	80%	67%	25%	100%	67%	100%	67%	
Homens	0%	25%	33%	20%	33%	75%	0%	33%	0%	33%	
Idade média	21,7	20,0	24,3	23,6	23,3	24,0	19,5	19,3	20,0	25,3	
Especialidades cursadas	ESF	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	UBS	0%	25%	0%	80%	100%	75%	0%	0%	0%	67%
	Ambulatório de especialidades	67%	75%	67%	100%	100%	100%	0%	0%	33%	33%
	Saúde da criança	0%	0%	67%	100%	100%	100%	0%	0%	33%	100%
	Saúde da mulher	0%	0%	67%	100%	100%	100%	0%	0%	100%	100%
	Saúde mental	0%	0%	0%	100%	100%	100%	0%	0%	33%	33%
	Saúde do adulto	0%	25%	0%	100%	100%	100%	0%	0%	67%	100%
	Centro cirúrgico	33%	25%	67%	40%	67%	100%	0%	33%	67%	33%

Fonte: Elaborado pelas autoras

perguntas norteadoras, a saturação teórica do estudo ocorreu na 33ª entrevista e dez estudantes se negaram a participar da pesquisa. Todas as autoras participaram do processo. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e, em seguida, codificadas linha a linha antes do contato com o próximo entrevistado, seguindo rigorosamente o processo de microanálise, que possibilita gerar as categorias iniciais com suas propriedades e dimensões. Para este processo, utilizaram-se tabelas e cores para identificar mais facilmente as informações ali descritas (Quadro 1). Assim, as primeiras letras correspondem às iniciais do entrevistado; o primeiro número é a série a que pertence; e a letra subsequente corresponde ao curso; e o número após o ponto representa a página da transcrição.

Para a codificação, realizaram-se a identificação, o desenvolvimento e a correlação dos conceitos. As categorias são a concepção do fenômeno por meio de seus dados e constituem a principal unidade da análise. Os demais passos descritos na TFD (microanálise, codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva) foram realizados concomitantemente a fim de transformar códigos preliminares em códigos conceituais. Estes, por sua vez, foram elencados em tabelas de elementos (Quadro 2), que serviram como subsídio à formação das subcategorias e categorias do estudo, possibilitando a elaboração do modelo teórico do fenômeno. De acordo com Strauss e Corbin⁸, verificou-se, por meio de comparação com os dados brutos, que a representação gráfica é capaz de explicar o fenômeno, validando o modelo que será demonstrado nos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de análise identificou cinco categorias com relações teóricas entre si, possibilitando o desenvolvimento do modelo que explica a experiência dos estudantes.

Categoria 1

Compreende a percepção dos discentes de como o conceito de necessidades de saúde é abordado na UES e na UPP. Na atividade de tutoria, alguns estudantes identificam uma abordagem satisfatória do conceito e outros sentem que este não é abordado ou é de forma insuficiente, além de um contexto demasiadamente teórico e com enfoque predominante do aspecto biológico. A UPP, por sua vez, consegue ser efetiva na articulação teórico-prática, embora alguns estudantes apontem fragilidades na abordagem da teoria.

Os tutores geralmente não estimularam tanto assim as necessidades de saúde na teoria, mas a gente via na UPP e já aplicava [...] nas visitas. Em alguns cenários, realmente é muito difícil. [...] nem sempre a gente tinha a possibilidade de praticar toda a teoria das necessidades, de identificar necessidade e propor plano de cuidados (A1M.1).

Foi diferente assim... é que na UPP a gente tem a prática, né? A vivência desse conceito assim facilita muito mais o nosso entendimento. Até porque a gente pode enxergar isso realmente como ele é, não só como tá escrito no papel (C1M.2).

Quadro 1

Exemplo de transcrição e codificação de entrevista

Trecho da entrevista	Códigos
Entrevistador 1 (E1): Então, a pergunta norteadora é: considerando as unidades educacionais, a UES e a UPP, propostas no currículo ativo, pautadas no conceito da integralidade do cuidado, sob a ótica de necessidades de saúde, me conte: sua compreensão de necessidades de saúde.	Considerando necessidades de saúde como o que o indivíduo necessita para seu processo saúde-doença. (MC1M.1)
M.C.: É o que a pessoa precisa mesmo para o processo saúde e doença dela, sabe? E não conta só a parte biológica mesmo, acho que envolve toda a parte biopsicossocial. Acho que é isso.	Afirmando que o conceito de necessidades de saúde se aplica às esferas biopsicossociais. (MC1M.1)

Fonte: Elaborado pelas autoras

Quadro 2

Exemplo de elemento: "Entendendo o que é saúde"

-Entendendo saúde como bem estar completo da pessoa, estar bem consigo mesma em todos os âmbitos pessoais, duvidando que exista saúde ideal. (T2M.1)
- Entendendo saúde como se sentir bem não só na ausência do processo de doença. (G2M.1)
- Entendendo saúde como o modo de viver da pessoa, não se restringindo apenas à doença. (IA3E.1)
- Entendendo que saúde é não estar doente. (LB1M.1)
-Entendendo saúde não só como ausência de doença, mas sim o bem estar da pessoa, tendo as queixas e preocupações como interferência na saúde. (IM3E.1)
-Acreditando que saúde é o bom funcionamento orgânico e trabalhar nas limitações que impedem o desenvolvimento das atividades normais do dia. (IB4M.1)
-Tentando definir saúde como o fornecimento de coisas básicas para o paciente (JA5M.3)
-Entendendo que saúde não é ausência de doença, é estar bem consigo mesmo e conseguindo exercer as atividades diárias. (W2E.1)

Fonte: Elaborado pelas autoras

Em um currículo orientado por competências, há a necessidade de se investir no diálogo entre o perfil desejado e o conceito de necessidades de saúde, pois os conteúdos que orientam o processo de formação devem envolver problemas e desafios prevalentes na prática, tendo em conta as pessoas sob o cuidado²⁰ do profissional.

Os estudantes identificam que a UPP e o LPP são cenários propícios para a abordagem teórico-prática do conceito, pois vivenciam aspectos elementares de necessidades de saúde desde as primeiras séries dos cursos. Isto corrobora a ideia de Chirelli, Pio e Soares²¹ que valorizam a inserção do estudante na prática profissional, proporcionando aprendizagem significativa por meio do contato com a população desde o início da graduação.

[...] o tempo que a gente despence pra ter esse olhar das necessidades de saúde é, praticamente, toda atividade da UPP. Diferentemente da tutoria, que a gente depende mais de levantar perguntas sobre o biopsicossocial. Então acho na UPP foi o cenário que eu mais consegui ver, porque, quando você vai tratar uma família, você aborda não só uma necessidade de saúde, como nos casos de tutoria, você aborda várias [...] e [...] o contato pessoal [...] é bem diferente, assim, te dá uma percepção muito maior (IB4M.1).

Não obstante, os discentes sentem maior dificuldade para compreensão do conceito nas duas primeiras séries. Esta fragilidade pode ser causada pela falta de uma intencionalidade clara de cada ciclo educacional fundamentada nas competências esperadas, promovendo um melhor entendimento dos fenômenos de interpretação das necessidades de saúde do usuário e construção de projetos terapêuticos¹⁰ para este.

Para os entrevistados, a dificuldade de compreensão do conceito é associada à insuficiente articulação entre os grupos discentes e as unidades educacionais. Os estudantes identificam que referenciais de necessidades de saúde estão presentes nos materiais didáticos e em diversas atividades oferecidas na graduação, porém percebem que a teoria desse conceito precisa ser melhor consolidada e abordada durante a graduação. Neste sentido, a organização e a gestão acadêmica devem planejar e avaliar constantemente o currículo para que haja coerência entre aspectos teóricos e práticos das necessidades de saúde na produção de conhecimento e na prática de atenção à saúde²¹.

As séries educacionais são guiadas por documentos institucionais, os “Cadernos de série”¹¹⁻¹⁸, que elencam os referenciais teóricos das unidades, os objetivos, os desempenhos esperados e a estruturação curricular do ano. A análise desses textos permite identificar que, apesar de todos trazerem a expressão “necessidades de saúde” em seu conteúdo, apenas os da primeira e terceira séries de Medicina e Enfermagem e da quarta série de Enfermagem conceituam a expressão, citam o referencial teórico (Cecilio e Stotz) e estipulam a identificação dessas necessidades da população como desempenhos do estudante; os cadernos da segunda série de Medicina e Enfermagem e da quarta, quinta e sexta séries de Medicina apenas citam a expressão em tabelas de desempenhos como uma das habilidades clínicas esperadas do estudante, mas não descrevem suas concepções nem as baseiam em qualquer referencial teórico sobre o conceito de necessidades de saúde. Isto mostra uma discrepância entre os cursos e as séries, pois se nota que há enfoque maior no curso de Enfermagem; além disso, quanto maior for a complexidade clínica esperada, menor será a importância de as séries identificarem a definição dos conceitos de necessidades de saúde como norteadores teórico-práticos do currículo.

Desse modo, nomeia-se a categoria:

- Percebendo que há diferenças de abordagem entre os grupos de UES e UPP e entre as unidades educacionais, com dificuldades para efetiva articulação teórico-prática.

Categoria 2

Compreende como os estudantes percebem a aprendizagem do conceito a partir de suas vivências. Na UES, há discentes que identificam boa receptividade dos pares em abordar o tema; outros percebem pouca abertura dos colegas nesse sentido. Na UPP, a avaliação divide-se na aceitação ou não dos estudantes em relação à abordagem. Os participantes identificam como importantes os papéis de tutores e facilitadores em discutir o conceito de necessidades de saúde nos cenários.

Na tutoria, sempre vinha no final pra gente pensar nas necessidades de saúde daquele problema, que vinha abordado naquele problema do paciente. Mas, às vezes, a gente não lembrava de resgatar isso durante as discussões, é... Então, eu não sei se por ser uma coisa que tentam fixar bastante durante o primeiro ano, principalmente, e daí as pessoas acham maçante, ou se por não haver uma conscientização da necessidade disso ou da forma como é abordado, [...] variando de grupo pra grupo na discussão (R3M.2).

Eu acho que tem muitos professores que realmente investem nesse desenvolvimento da gente poder avaliar as necessidades de saúde do paciente; eles questionam, eles incentivam a gente a pensar a partir do caso que a gente passa; eles estimulam a gente a pensar o que que poderia mudar, o que poderia melhorar (L4M.2).

No processo ensino-aprendizagem, professores e estudantes devem construir uma formação amparada em reflexão e motivação para a busca de afirmações, favorecendo a solução de problemas de modo ampliado e humano²². Assim, o professor tem o papel de ofertar experiências e oportunidades que despertem a curiosidade do estudante para a aprendizagem significativa de suas vivências²³.

Neste sentido, identifica-se que os estudantes que compõem um mesmo grupo possuem o mesmo nível de aprendizado e vivências, ao passo que há diferenças de estímulo e experiências quanto às necessidades de saúde entre os diferentes grupos.

Porque a gente conversa entre os grupos e o meu grupo de UPP [...] a gente conseguiu contemplar esta parte de necessidades de saúde muito bem. [...] mas tem um grupo em específico que são de colegas mais próximas minhas e elas não conseguiram muito, assim, ser efetiva nessa parte não (J1E.2).

Pio et al.²⁴ encontram resultados similares a partir da perspectiva docente, constatando heterogeneidade na condução do processo pedagógico por causa de fatores como: despreparo, desconhecimento ou desinteresse quanto à metodologia ativa, diversidade da formação e fragilidades na gestão do processo educativo, o que gera, também, fragilidades docentes, discentes e curriculares.

Ainda assim, a despeito da resistência de qualquer ator no processo de ensino-aprendizagem, os estudantes valorizam a abordagem do conceito de necessidades de saúde.

[...] mas a gente consegue tentar abordar o máximo possível do que o paciente precisa, [...] muita coisa parte da gente de querer fazer alguma coisa pelo paciente [...] (A6M.2).

Desse modo, nomeia-se a categoria:

- Identificando que há discrepância de aprendizagem e vivências dos conceitos de necessidades de saúde entre os estudantes.

Categoria 3

Compreende a importância que os estudantes atribuem à articulação teórico-prática para a efetiva apreensão do conceito. Os discentes relatam que conseguiram entender melhor quando alinharam a prática à teoria. Relatam, porém, que diversas vezes não foi possível aplicar o conceito, pois a forma de organização do cenário de ensino-aprendizagem não possibilitava articulação teórico-prática para tal.

[...] nas visitas domiciliares eram meio que uma articulação mesmo da teoria de necessidades de saúde que nós estudávamos, [...] aquelas coisas que, no papel, às vezes é difícil de você compreender, mas na hora de você aplicar na prática é um pouco mais palpável (R4E.1).

Para Salvador et al.²⁵, os cenários de prática devem ser selecionados de modo a possibilitar ao estudante imersão na realidade e aprendizagem que estabeleça uma nova rede de significados a partir do que ele já possui. Entretanto, para isso é necessária uma integração ensino-serviço que possibilite amparo para que o discente articule vivências prévias ao contexto de cuidado em que está inserido, favorecendo, assim, a efetiva apreensão do conceito de necessidades de saúde do ponto de vista teórico-prático. Pinheiro e Ceccim²⁶ identificam que a observação da prática de profissionais de saúde não é sinônimo de que se esteja “aprendendo com a prática”, considerando estes podem estar mergulhados nos problemas do cenário, apresentando dificuldades para firmar um compromisso com o serviço e elaborar projetos resolutivos em sua realidade.

Os estudantes percebem que há evolução da sua apreensão do conceito e que esta vai se modificando ao longo dos anos, sendo maior à medida que o estudante avança nas séries e se apropria mais dos conteúdos, porém a aplicação prática das necessidades de saúde segue uma lógica contrária, sendo mais valorizada e estimulada durante as duas primeiras séries e encontrando menos abertura para tal nas demais, seja por causa da organização curricular, da organização dos cenários ou da valorização de uma prática puramente biologicista, impedindo a aplicação do conceito nos contatos com o usuário de saúde.

Eu acho que, assim, na prática é muito no primeiro e no segundo ano se aplica isso de necessidades de saúde, frisam muito pra gente poder desenvolver esse conceito e poder aplicar ele. [...] a partir do terceiro ano, isso vai se perdendo um pouco na prática. [...] dá pra ver que tem uma linha bem tênue entre o primeiro e o segundo, corta, vai pro terceiro e agora início de quarto. Acho que tem muita diferença (LAM.1).

Os estudantes trazem como principal exemplo prático da abordagem de necessidades de saúde o cenário das visitas domiciliares durante a UPP1 e UPP2, que propiciavam maior tempo de contato com o usuário por causa da organização do cenário na Atenção Básica.

Foi nas VDs [visitas domiciliares] que a gente tinha que promover, tinha que identificar as necessidades de saúde dos nossos... das famílias que a gente atendia, como o que a gente podia ajudar [...] (LB1M.1).

Portanto, entende-se que a relação de complementaridade entre os eixos que organizam a estrutura curricular deveria visar à ampliação da aprendizagem significativa ao favorecer a construção de sentidos e de pontes com a realidade, viabilizando efetiva apreensão teórico-prática.

Desse modo, nomeia-se a categoria:

- Entendendo que a apreensão das necessidades de saúde é mais efetiva quando se associa a teoria à prática e vice-versa.

Categoria 4

Atinge os diversos sentidos da integralidade em saúde ao demonstrar que os estudantes compreendem que abordar as necessidades de saúde do indivíduo permite valorizar sua dimensão biopsicossocial e identificar que cada pessoa tem suas próprias necessidades: o profissional deve se engajar em ações voltadas para tais de forma a singularizar o cuidado.

[...] não tem como você pensar num plano de cuidados, por exemplo, sem pensar em corresponsabilização. Então, você tem que ter uma lógica de acolhimento daquele paciente, daquele indivíduo, para que ele compreenda aquilo que você está querendo passar, mas que você esteja aberto também, como profissional, para entender as limitações, as dificuldades e as responsabilidades desse paciente também. [...] eu entendo que eu, dentro do ambulatório, do hospital, não vou conseguir interferir na vida social desse paciente, [...] mas eu preciso saber de quais condições de vida esse paciente tem para conseguir formular um melhor plano com ele. [...] E eu preciso entender que vai partir muito do paciente querer [...] confiar em mim e seguir aquilo que a gente tá conversando [...] (AF4M.2).

Os estudantes relacionam a expressão “necessidades de saúde” ao que o usuário precisa nas esferas biológicas, sociais, espirituais, psicológicas e financeiras.

[...] hoje eu consigo identificar que necessidades de saúde seria tudo aquilo que a pessoa, ou o paciente ou a população daquele âmbito tem como necessidade mesmo para que tenha o bem-estar, aquele conceito de saúde que a gente vê também, aquele bem-estar físico, emocional [...] (C6M.1).

Porém, os participantes identificam que ainda há dificuldades em “superar” o pensamento ligado ao modelo curativo e biologicista do passado, o que configura uma grande barreira para a compreensão do conceito e, conseqüentemente, identificação das necessidades de saúde do paciente.

É o que acontece no terceiro ano agora, ao meu ver, que [...] [no âmbito] secundário ou terciário, diferente da Atenção Primária, fica cada vez mais próximo desse método de objetificação assim (C3M.1).

Para Pinheiro e Ceccim²⁶, o modelo biomédico, de abordagem descontextualizada e individualista, dá enfoque biológico-mecanicista, visão fragmentada e de modelagem hospitalocêntrica; diminui a

capacidade de percepção das necessidades dos usuários por substituir a escuta por exames e procedimentos. Isto ainda ocorre devido ao predomínio dos estágios em hospitais universitários e ambulatoriais de especialidades que se utilizam de métodos semiológicos ligados a altas tecnologias, o que induz à “especialização precoce” do estudante e a uma visão distorcida da rede de saúde.

Stotz²⁷ entende que as “necessidades de saúde” do indivíduo são determinadas de acordo com variáveis históricas e sociais, entretanto só é possível apreendê-las e desenvolvê-las na esfera individual. Por sua vez, Cecílio e Matsumoto¹⁰ procuram definir o cuidado de forma ampliada, configurando uma cartografia de quatro grandes elementos essenciais para atender às necessidades de saúde do usuário: “boas condições de vida”, “acesso às tecnologias”, “vínculo com a equipe de saúde” e “autonomia”. Cecílio⁹ complementa com quatro negações necessárias à ampliação da integralidade do cuidado: “saúde não é só ausência de doenças”, “o cuidado em saúde não pode ser realizado isoladamente”, “não é possível pensar o cuidado sem quem vai ser cuidado” e “não existe um ‘trabalhador moral’ na saúde”.

Na prática, é possível identificar que os estudantes da Faculdade de Medicina de Marília compreendem a importância do conceito de necessidades de saúde de acordo com os autores citados, porém a organização das séries e a apresentação dos cenários de aprendizagem em “níveis de complexidade” contribuem para a mentalidade de que só é possível pensar em integralidade do cuidado no ambiente de Atenção Primária à saúde; no que diz respeito a ambulatoriais de especialidades e hospitais, estes são vistos como “lugares de finalização, [...] de atendimento de demandas pontuais, superespecializadas e específicas, e por isto mesmo, descompromissados com a integralidade”²⁸ (p. 6).

Nós passamos e, assim, o que é priorizado na visita é você perguntar como o paciente tá no momento. [...] Mas os familiares quando eu tenho a oportunidade quando eles vão fazer a visita, [...] à medida que eles dão espaço pra compreender que como é que esse paciente vive, como ele era antes de entrar no hospital. [...] Antes desse paciente ser paciente, ele é o amor da vida de alguém. Isso é muito sério, [...] [pois] acima de um paciente doente que tá aqui devido a um problema de saúde, ele tem uma vida lá fora (R4E.3).

A integralidade do cuidado deveria ser resultado de um esforço conjunto de todos os membros da equipe em questão em identificar as necessidades complexas que o indivíduo traz consigo, compreendê-las e atendê-las: “A (máxima) integralidade (possível) da atenção, pautada pelo (melhor) atendimento (possível) às necessidades de saúde portadas pelas pessoas: uma síntese das pretensões da integralidade no espaço da micropolítica de saúde”²⁸ (p. 12).

Desse modo, nomeia-se a categoria:

- Assimilando que o conceito de necessidades de saúde diz respeito à ampliação do foco da integralidade do cuidado.

Categoria 5

Compreende a percepção dos estudantes de que o vínculo entre estes e os demais atores em saúde é fundamental para identificação das necessidades de saúde dos indivíduos e seu cuidado efetivo. Os estudantes

referem que um bom relacionamento com as equipes dos cenários de prática permitiu a abordagem do conceito e sua aplicação com os usuários, o que ocorreu nas unidades de saúde na Atenção Básica. Todavia, o relacionamento ruim ou inexistente nos hospitais e ambulatoriais de especialidades foi um obstáculo para que isso ocorresse também nos cenários de prática.

[...] eu não tive uma boa experiência de UPP. [...] Era uma unidade [de saúde] um pouco difícil, a equipe era muito difícil assim. E nessa parte, meu grupo inteiro foi muito prejudicado [para compreender as necessidades de saúde] (C6M.3).

[...] e a minha UPP teve um caso muito especial porque a USF [Unidade de Saúde da Família] que eu estava foi interditada na segunda semana de UPP por causa de esgoto. A gente chegou e tava a polícia fechando a USF, então a gente teve todo um vínculo com a equipe, [...] viveu na pele o quanto o social é importante (AF4M.4).

Cecílio²⁸ entende que, quando o profissional ou a equipe de saúde se responsabiliza pelo cuidado em saúde, não necessariamente haverá a formação de vínculo com o usuário. Isto porque este vínculo tem caráter terapêutico e deve ser estabelecido por meio de uma “relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades”²⁸ (p. 3). Para Ayres²⁹, as práticas de saúde ditas como humanizadas estão comprometidas com a busca de construção de vínculos com os usuários, o acolhimento, a interdisciplinaridade, a responsabilidade e a ressignificação dos projetos de felicidade do outro. Sendo assim, além de êxito técnico na identificação das necessidades de saúde, também têm maior potencial para um cuidado individual e coletivo efetivo.

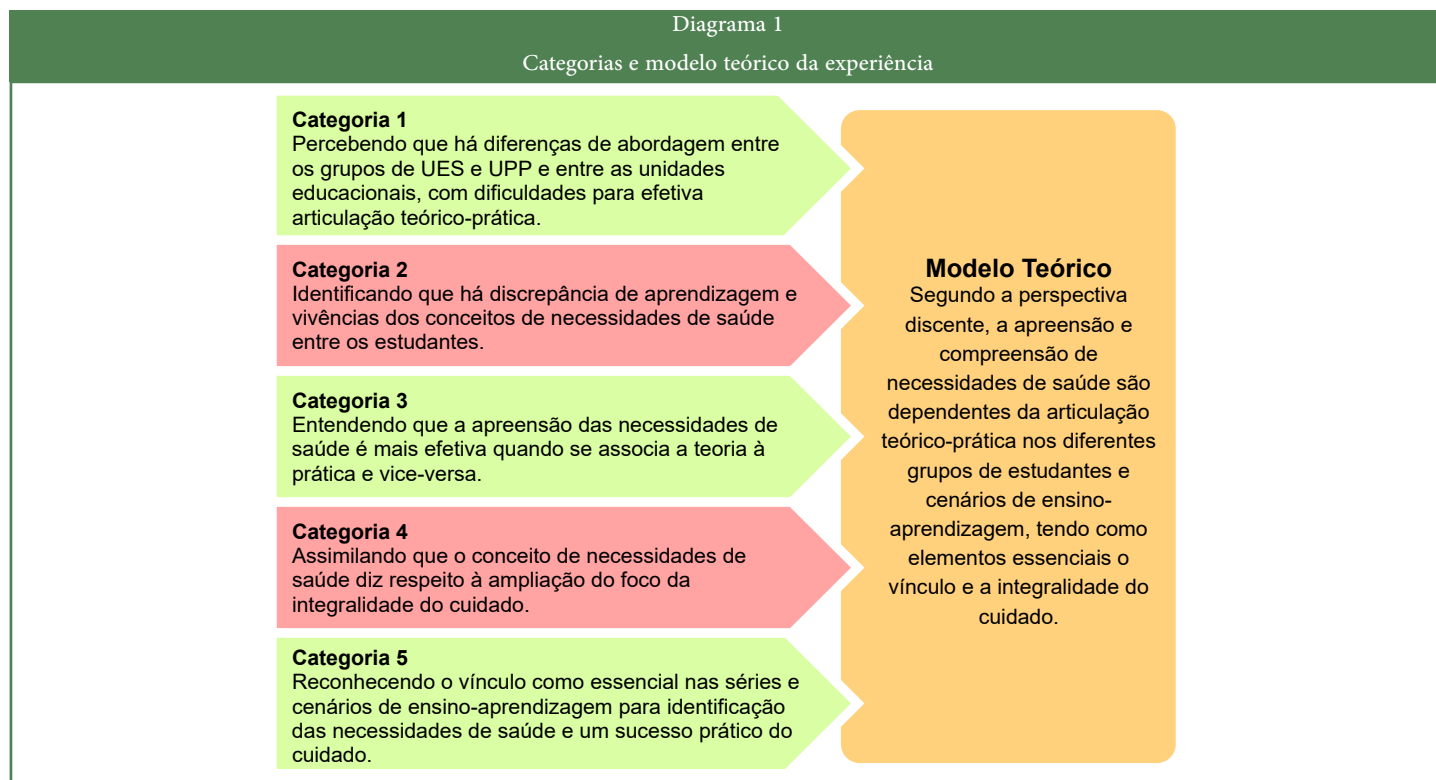
Os estudantes acreditam que a formação do vínculo com o usuário seja fundamental para a identificação e aplicação de suas necessidades de saúde e do sucesso prático de seu cuidado integral.

[...] a gente tem que incluir o paciente no plano de cuidados, porque a gente não pode instituir pra ele tal tratamento. [...] precisa do vínculo com a pessoa, saber das condições dela, o contexto, [...] [para pessoa] ter confiança para externalizar os problemas dela e a gente tem que dar um plano de cuidados viável [...] (E3M.3).

Isto corrobora o ponto de vista de Cecílio²⁸, que defende que o estabelecimento do vínculo entre o binômio profissionais e serviço de saúde com o usuário aumenta as chances do sucesso terapêutico, em especial quando estimula posturas de maior autonomia nos indivíduos. Apesar de o primeiro encontro com o profissional quase sempre possuir um objetivo em mente, se este for bem preparado e atento, poderá aproveitar-se desta característica para favorecer a criação do “vínculo enquanto referência e relação de confiança, algo como o rosto do ‘sistema’ de saúde para o usuário”²⁸ (p. 119) mesmo quando o contato é de curta duração.

Desse modo, nomeia-se a categoria:

- Reconhecendo o vínculo como essencial nas séries e nos cenários de ensino-aprendizagem para identificação das necessidades de saúde e um sucesso prático do cuidado.



Fonte: Elaborado pelas autoras

Modelo teórico

Com base nas categorias nomeadas anteriormente, foi possível depreender um modelo teórico que fizesse jus à experiência e contemplasse o objetivo de compreender a vivência dos estudantes de Medicina e Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília a partir do conceito de necessidades de saúde e do currículo integrado:

Segundo a perspectiva discente, a apreensão e compreensão do conceito de necessidades de saúde são dependentes da articulação teórico-prática nos diferentes grupos de estudantes e cenários de ensino-aprendizagem, tendo como elementos essenciais o vínculo e a integralidade do cuidado.

O Diagrama 1 apresenta as categorias e o modelo teórico originado da experiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a efetividade da aprendizagem do conceito de necessidades de saúde dos estudantes, é necessário que haja articulação teórica e prática nos cenários da UES, da UPP e nos diferentes grupos de estudantes, visando evitar discrepâncias e descontinuidade do aprendizado, um processo que depende intimamente de vínculos (com usuários, cenários e equipe profissional) e de um cuidado integral ao indivíduo para se tornar viável.

Como este estudo limitou-se à ótica dos estudantes de Medicina e Enfermagem de uma instituição de ensino do interior paulista, sugere-se, como tema para trabalhos futuros, considerar os olhares dos demais atores envolvidos (docentes, profissionais de saúde, residentes e usuários) e de discentes de outras instituições para uma melhor compreensão do fenômeno.

AGRADECIMENTOS

Ao incentivo da Faculdade de Medicina de Marília e do CNPq, por meio da bolsa Pibic.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 3 de outubro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 3 out 2001; Seção 1E, p. 131.
2. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 23 jun 2014; Seção 1, p. 8-11.
3. 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 [acesso em 23 jan 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/14.pdf>.
4. Faculdade de Medicina de Marília. Projeto pedagógico do curso de Medicina. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2014.
5. Faculdade de Medicina de Marília. Caderno de avaliação: cursos de Medicina e Enfermagem. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2015.
6. Faculdade de Medicina de Marília. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos cursos de Medicina – PROMED: uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: projeto final da Faculdade de Medicina de Marília. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2003.

7. Faculdade de Medicina de Marília. Projeto pedagógico do curso de enfermagem. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2018.
8. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.
9. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco; 2001. p. 113-26.
10. Cecílio LCO, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro, Caxias do Sul: Cepesc, IMS, Uerj, Educ; 2006. p. 37-50.
11. Faculdade de Medicina de Marília. Unidade Educacional 1: Unidade de Prática Profissional e Unidade Educacional Sistematizada. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2018.
12. Faculdade de Medicina de Marília. Necessidades de Saúde 2 e Prática Profissional 2. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2018.
13. Faculdade de Medicina de Marília. Necessidades de Saúde 3 e Prática Profissional 3. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2018.
14. Faculdade de Medicina de Marília. Unidade de Prática Profissional: cuidado ao indivíduo hospitalizado – 3ª série do curso de Enfermagem. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2018.
15. Faculdade de Medicina de Marília. Unidade de Prática Profissional UPP4. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2018.
16. Faculdade de Medicina de Marília. Atenção às Necessidades de Saúde do Indivíduo, Família e Comunidade, no Modelo de Vigilância à Saúde e Unidade Prática Profissional 4. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2018.
17. Faculdade de Medicina de Marília. Estágio Integrado: Saúde do Adulto I, Saúde Materno-Infantil I. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2018.
18. Faculdade de Medicina de Marília. Estágio Integrado: Saúde do Adulto II, Saúde Materno-Infantil II. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2018.
19. Barros NF, Rodrigues BS, Teixeira RAG, Oliveira ESF, Silva LF. “Quantas entrevistas são suficientes?”: reflexões sobre a técnica da saturação dos dados na pesquisa qualitativa. In: Oliveira ESF, Barros NF, Souza DCDBN. Metodologias qualitativas em diferentes cenários: saúde e educação. Goiânia: Gráfica UFG; 2017. p. 19-37.
20. Ribeiro ECO, Lima VV, Padilha RQ. Formação orientada por competência. In: Lima VV, Padilha RQ, organizadores. Reflexões e inovações na educação de profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. p. 25-36.
21. Chirelli MQ, Pio DAM, Soares MOM. Competência dialógica: avaliação do desempenho no currículo integrado. *Indagatio Didactica* 2016; 8(3):109-23.
22. Ferreira RF, Fiorini VML, Crivelaro E. Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. *Rev. bras. educ. med.* 2010;34(2):207-15 [acesso em 24 jun 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a04v34n2.pdf>.
23. Chirelli MQ, Nassif JV. Metodologia ativa no currículo por competência: processo, facilidades e dificuldades. Atas do 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa; 12-14 jul 2017; Salamanca, Espanha. Aveiro: Ludomedia; 2017. p. 518-29.
24. Pio DAM, Bocchi SCM, Chirelli MQ, Vieira CM, Tonhom SFR, Vernasque JRB. A experiência formativa de professores médicos em um currículo com metodologias ativas: representação por modelo teórico. Atas do 7º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa; 11-13 jul 2018; Fortaleza, Brasil. Aveiro: Ludomedia; 2018. p. 355-65.
25. Salvador CC, Alemany IG, Marti E, Majós TM, Mestres MM, Goñi JO, et al. Psicologia do ensino. Porto Alegre: Artmed; 2000.
26. Pinheiro R, Ceccim RB. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação da área da saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS, Uerj, Abrasco; 2011. p. 13-35.
27. Stotz EN. Necessidade de saúde: mediações de um conceito [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1991.
28. Cecílio LCO. O cuidado em saúde. In: Universidade Federal de São Paulo. Curso de Especialização em Saúde Mental. São Paulo: Unifesp, Unasus; 2015.
29. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc.* 2004;13(3):16-29.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORES

Todas as autoras contribuíram igualmente na preparação, elaboração e revisão do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

As autoras declaram não haver conflito de interesses neste estudo.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ana Carolina Nonato. Avenida Monte Carmelo, 800, Fragata, Marília, SP, Brasil. CEP: 17519-030
E-mail: nonato.anacarolina@gmail.com



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.