

**Ensinar Saúde:**  
a integralidade e o SUS nos  
cursos de graduação na área da saúde



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Nival Nunes de Almeida

Vice-reitor: Ronaldo Martins Lauria

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Ruben Araujo de Mattos

Vice-diretora: Jane Araujo Russo

*LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE*

*Coordenadora: Roseni Pinheiro*

*Coordenador adjunto: Ruben Araujo de Mattos*

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Jane Dutra Sayd

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Paulo Ernani Gadelha Vieira (Fiocruz)

Série EnsinaSUS

Editores responsáveis: Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araujo de Mattos

Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESC

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar

Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900

Telefones: (xx-21) 2587-7303 ramais 252 e 308

Fax: (xx-21) 2264-1142

URL: [www.ims.uerj.br/cepesc](http://www.ims.uerj.br/cepesc)

Organizadores  
**Roseni Pinheiro**  
**Ricardo Burg Ceccim**  
**Ruben Araujo de Mattos**

# **Ensinar Saúde:**

## **a integralidade e o SUS nos**

### **curios de graduação na área da saúde**

**IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO**  
Rio de Janeiro 2006

Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação da área da saúde

Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araujo de Mattos (Orgs.)

1ª edição / julho 2006

Copyright © 2006 dos editores

Todos os direitos desta edição reservados à

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
e ao CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA/INSTITUTO DE  
MEDICINA SOCIAL DA UERJ

Capa: S. Lobo

Revisão e preparação de originais: Ana Silvia Gesteira

Editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

Esta publicação contou com apoio de CNPq, OPAS/OMS, CEPESC / IMS-UERJ e FAPERJ

Indexação na base de dados LILACS

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ / REDE SIRIUS / CBC

E59            Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde  
/ Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araujo de Mattos, organizadores.  
– Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESQ: ABRASCO, 2005.  
336p.

ISBN 85-89737-30-6

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Educação médica – Brasil. 3. Pessoal da  
saúde pública – Brasil. 4. Saúde pública – Brasil. 5. Política de saúde – Brasil. I.  
Pinheiro, Roseni. II. Ceccim, Ricardo Burg. III. Mattos, Ruben Araujo de. IV.  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. V. Associação  
Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

CDU

37:61(81)

Impresso no Brasil

## SUMÁRIO

### Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde

#### Organizadores

Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araujo de Mattos

#### Apresentação .....7

Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araujo de Mattos

PARTE 1 – PRESSUPOSTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS, DIVERSIDADE DAS  
FORMAS DE PESQUISAR E TRAJETÓRIA DE OPERACIONALIZAÇÃO  
**Experiencição, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos,  
percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade** .....13  
Roseni Pinheiro e Ricardo Burg Ceccim

#### Matriz analítica de experiências de ensino para integralidade: uma proposição observacional .....34

Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim, Lilian Koifman e Regina Lúcia Monteiro Henriques

#### Operacionalizando a pesquisa: trajetória, fio condutor e ferramentas .....55

Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim, Gilson Saippa-Oliveira e Maria do Carmo dos Santos Macêdo

#### PARTE 2 – NOÇÕES FUNDANTES: LEITURAS COMPREENSIVAS

#### Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS .....69

Ricardo Burg Ceccim e Yara Maria de Carvalho

#### O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade .....93

Aluisio Gomes da Silva Junior, Ana Lucia de Moura Pontes e Regina Lúcia Monteiro Henriques

#### Produção de conhecimento e saúde .....111

Lilian Koifman e Gilson Saippa-Oliveira

|   |     |
|---|-----|
| <b>Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade</b> ..... | 131 |
| Maria Elizabeth Barros de Barros  |     |

## PARTE 3 - LINHAS DE ROTAS ANALÍTICAS

|   |     |
|---|-----|
| <b>A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho</b> ..... | 153 |
| Francini Lube Guizardi, Bruno Stelet, Roseni Pinheiro e Ricardo Burg Ceccim   |     |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Ampliando saberes e práticas sobre a formação em saúde: processos de inovação e caminhos para a transformação</b> ..... | 179 |
| Cláudia March, Verônica Silva Fernandez e Roseni Pinheiro  |     |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde</b> ..... | 205 |
| Gilson Saippa-Oliveira, Lilian Koifman e Roseni Pinheiro                                |     |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação</b> .....                     | 229 |
| Regina Lúcia Monteiro Henriques, Maria do Carmo dos Santos Macêdo, Regina Aurora Trino Romano e Roseni Pinheiro |     |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem</b> ..... | 251 |
| Ana Lucia de Moura Pontes, Aluisio Gomes da Silva Junior e Roseni Pinheiro                |     |

## PARTE 4 - EXPERIÊNCIAS DE FORMULAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA DA PESQUISA

|  |     |
|--|-----|
| <b>Transformação na graduação de enfermagem da UERJ</b> .....                                  | 277 |
| Maria do Carmo dos Santos Macêdo, Regina Aurora Trino Romano e Regina Lúcia Monteiro Henriques |     |

|  |     |
|--|-----|
| <b>O currículo de medicina da Universidade Federal Fluminense: revisitando uma experiência</b> .....                                       | 295 |
| Cláudia March, Lilian Koifman, Ana Lúcia de Moura Pontes, Gilson Saippa-Oliveira, Aluisio Gomes da Silva Júnior e Verônica Silva Fernandez |     |

## ANEXOS

|  |     |
|--|-----|
| Anexo A – Convocatória .....                 | 313 |
| Anexo B – Relação de inscritos .....         | 325 |
| Anexo C – Cartografia das experiências ..... | 329 |

A idéia de realizar uma pesquisa sobre experiências de ensino da integralidade em saúde na formação de profissionais para esse setor surgiu das inquietações e discussões relativas à produção de conhecimento científico e à formulação de políticas públicas, reunindo um coletivo de profissionais e pesquisadores para refletir sobre as maneiras de ensinar saúde no país. Esse desejo se desdobrou numa proposição de investigação, fruto da *experienciação* desse coletivo com práticas acadêmicas cotidianas, seus limites, possibilidades e desafios; formar profissionais com o compromisso *ético-estético-político* de afirmação da vida, capazes de articular saberes e práticas científicas de modo contextualizado, e que tenham ao mesmo tempo a sensação de pertencer à produção da contemporaneidade.

No caso da saúde, identificamos uma história de lutas da sociedade brasileira, liderada pelo movimento de reforma sanitária que, em 1988, consagrou na carta magna brasileira a garantia da saúde como um direito de cidadania, a ser institucionalizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além de ser o território de atuação profissional em saúde, o SUS representa o maior mercado empregador desses trabalhadores no país e a maior concentração e diversificação de cenários de ensino-aprendizagem da área.

Com esses pontos de partida surgiram várias perguntas. Como identificar e analisar experiências de ensino da integralidade, quando os núcleos específicos que compõem as práticas profissionais estão historicamente marcados pela descontextualização sociocultural de

suas ações, pela fragmentação de seus conhecimentos e por uma institucionalização técnico-científica pautada por procedimentos diagnósticos e terapêuticos privativos e por localizações corporativistas? Como identificar, na formação em saúde, elementos que possam nos oferecer “inovações político-pedagógicas e de práticas educativas” capazes de ser apreendidas por todas as profissões da saúde no sentido do seu crescimento ético-político-institucional? Que conceitos, noções e campos de conhecimento poderiam ser articulados como solo epistemológico para as interrogações sobre as práticas de ensino orientadas pela integralidade e uso da integralidade como eixo organizativo teórico-metodológico nos planos de ensino, projetos de pesquisa e gestão da intervenção em saúde? Por fim, que afinidades metodológicas e exercícios analíticos permitiriam explorar experiências reais em seu potencial inovador, sem localizar universais de certeza, mas pistas, disparadores ou circuitos de transformação das políticas de ensino da saúde?

Diante desses questionamentos, optou-se por construir uma pesquisa exploratória, com um corpo *mestiço de saberes* e uma *diversidade de práticas metodológicas*, que permitisse identificar o potencial inovador das experiências a serem analisadas, não anulando a natureza *nomade* de seus efeitos e repercussões no cotidiano dos atores implicados no processo de formação. Nomadismo entendido como recriação permanente, com o qual a pesquisa se identificasse, configurada como uma prática social criadora e que, ao menos, como nos ensina Ferla (2002, p. 14)<sup>1</sup>, não paralisasse sua produção e ousadia pela perseguição do método correto, pela busca de resultados verdadeiros e universais e pela aflição com o risco de não aplicar corretamente os conceitos, como se eles fossem as regras da gramática escolar. Enfim, que não temesse as “reações adversas” dos tensionamentos produzidos com a “economia política da verdade vigente” (FOUCAULT, 1989)<sup>2</sup> com a qual se depararia, com certeza.

Longe de descrever todas as nuances e detalhes que *marcaram* o percurso da pesquisa<sup>3</sup>, esta coletânea busca compartilhar a experiência – *práxis* – da pesquisa por seus pesquisadores, com rigor ético e disciplina científica, destacando os movimentos de produção da integração e convergência de olhares e leituras. Desde diferentes vertentes conceituais ou origens institucionais e profissionais, a pes-

quisa produziu um projeto comum alimentado por vivências e pelo objetivo comum de contribuir com uma *nova gramática* na discussão e compreensão dos processos pedagógicos por sua interface com a integralidade e o trabalho no SUS.

A motivação permanente foi contribuir para o desenvolvimento de práticas educativas mais porosas aos contextos da vida nos locais nos quais se inserem, capazes de formar profissionais imbuídos de práticas cuidadoras em saúde, com respeito à pluralidade e à singularidade dos processos de viver. Nestes se incluem adoecimentos e demandas por atenção de saúde, nas quais o usuário ocupa o centro da atenção, numa perspectiva dialógica, cuja natureza ética permita transformar o trabalho e os trabalhadores em atores ativos de invenção de sua existência e dos coletivos humanos.

A coletânea está dividida em quatro partes. Na primeira, são apresentadas as perspectivas teórico-conceituais, a singularidade das formas da pesquisa e a trajetória de sua operacionalização. Nesta são apresentados alguns dos embasamentos da pesquisa, as noções de *experienciação*, formação, conhecimento e cuidado, com os quais se articulam conceitos, percepções e sensações porosas e acolhedoras das práticas de ensino e organizadoras do solo epistemológico da pesquisa. A seguir, é explicitada a proposição da observação sistemática própria da pesquisa, uma matriz construída para a análise das experiências de integralidade no material empírico observado/coletado, assim como para explicitar as afinidades metodológicas e ordenar rotas analíticas (caminhos de pensamento). Por fim, a operacionalização da pesquisa, sua trajetória e definição de fio condutor e as ferramentas utilizadas.

Na segunda parte são problematizadas as idéias de ensino, produção de conhecimento, práticas cuidadoras e transdisciplinaridade, eixos tematizadores da realização desta e de outras pesquisas sobre a integralidade ou o ensino da integralidade, exploradas por pesquisadores e colaboradores da área do ensino e pesquisa em saúde coletiva, com o intuito de oferecer subsídios para a construção de proposições investigativas.

Na terceira parte estão as rotas analíticas, como eixos transversais nucleadores dos resultados e evidências da pesquisa, dando vigor a uma dimensão “molecular” das práticas, com a qual é apresentada

uma leitura possível sobre o modo de ensinar a integralidade em saúde, segundo o modo como atores do cotidiano do ensino universitário de graduação refletem/vivenciam/reproduzem/criam práticas de ensino nas dez experiências estudadas.

Por fim, na quarta parte, são apresentadas as experiências “Transformação na graduação em enfermagem da UERJ” e “Currículo de medicina da Universidade Federal Fluminense: revisitando uma experiência”, que serviram à formulação teórica e metodológica da pesquisa sobre o ensino em saúde orientado pela integralidade, uma vez que contribuíam para construir olhares, escutas e leituras convergentes diante da compreensão de seus movimentos de transformação e dos estranhamentos atuais resultantes da construção de uma práxis de pesquisa.

Uma seção de anexos foi inserida para abrigar os instrumentos e dispositivos de operacionalização da pesquisa e a cartografia das experiências, isto é, a relação dos relatos inscritos na convocatória para esta investigação, os relatos selecionados para interpretação de possibilidades da realidade brasileira e o mapa da síntese interpretativa resultante dessa seleção.

**Roseni Pinheiro**  
**Ricardo Burg Ceccim**  
**Ruben Araujo de Mattos**

## PARTE 1

### **Pressupostos teórico-conceituais, diversidade das formas de pesquisar e trajetória de operacionalização**

#### Notas

<sup>1</sup> FERLA, A. A. *Clinica nômade e pedagogia mestiça*: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médica. 2002. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

<sup>2</sup> FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

<sup>3</sup> A pesquisa teve início em outubro de 2003, com um coletivo de pesquisadores originários do IMS-UERJ, FENF-UERJ e ISC-UFF. Em abril de 2004, a equipe de pesquisa foi ampliada, com a participação do PPGEDU-UFRGS, totalizando 15 integrantes, entre docentes universitários, alunos de graduação e de pós-graduação em saúde dessas instituições.

# ***Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade<sup>1</sup>***

ROSENI PINHEIRO \*

RICARDO BURG CECCIM \*\*

Articular conceitos, percepções e sensações para produzir saberes sobre as práticas de ensino orientadas pela integralidade requer assumir a postura crítica e criativa de reconhecer possibilidades e colocar-se um desafio de “abertura de possíveis”. Esta resulta dos encontros que estabelecemos entre o conhecido e o desconhecido, permissão à *experienciação* e não à sobre-determinação do desconhecido pelo conhecido.

Na saúde isso significa interação ou mesmo uma relação em “do-bra”, da qual nos fala Merhy (2005), que se efetiva entre educação da saúde e trabalho em saúde, ousando uma contemporaneidade das práticas que somente existe *em ato*, não em reposição. Exercício (ou práxis) do pensamento e da ação como uma dupla ação do intelecto, ato concebido por Gramsci como o ato político de “entender e sentir” (1991). Com isso possibilidades de novas leituras se abrem aos modos de andar a vida das pessoas, grupos e coletividades; abrem-se ainda às invenções do cotidiano – neste caso, o cotidiano dos atores em exercício de práticas ativas (práticas em ato) de ensino e de saúde.

---

\* Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; professora adjunta no Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS-UERJ; coordenadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br.

\*\* Doutor em Educação; professor de Educação em Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); coordenador do EducaSaúde - Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Educação, na UFRGS. Endereço eletrônico: burgceccim@mandic.com.br.

Na presente pesquisa, isto implicou realizar movimentos de crítica sobre a noção de integralidade que impedissem qualquer noção essencialista do termo, poroso aos contextos em que se insere. Nesse sentido, assumimos a integralidade nas práticas de ensino da saúde como um pensamento em ação, um processo de construção que envolve si mesmo, o outro e os entornos; envolve os conhecimentos formais e as sensações e considera a produção e a transformação de saberes e práticas um campo de forças históricas.

De acordo com Gramsci (1991), não se deve tentar colocar problemas abstratos, que não tenham lugar nas vidas das pessoas ou não tenham nenhuma conexão com elas. Como diria Pizza (2002), utilizando uma “antropologia gramsciana”, é preciso haver essa capacidade de instituir na própria ação política e intelectual uma relação *teoria e práxis*, uma perspectiva que se coloca em oposição a qualquer abordagem idealista que separa consciência e vontade dos atores históricos, esvaziada do pragmatismo; uma visão mecânica do materialismo que reduz a vida social e cultural à questão das relações produtivas, sem implicação. Dessa forma, a produção de conhecimento resultante dos saberes e das práticas do ensino da saúde, para a integralidade, requer uma construção teórica contextualizada em movimentos da vontade (do desejo, da implicação) capazes de forjar uma *teoria viva* que reflita, desde sua própria constituição, a experiência concreta da vida que lhe dá origem e da vida que vai originar, uma atividade prática (práxis), uma iniciativa da vontade, um movimento de transformação.

Concordando com Prigogine e Stengers (PRIGOGINE, 1993; PRIGOGINE; STENGERS, 1997), pode-se dizer que é preciso re-integrar o homem ao universo que ele observa para devolver ao universo seu potencial inovador, sem invariantes de certeza. Há que se estabelecer uma nova aliança entre as culturas científica e humanística, capaz de produzir uma escuta singular da realidade ou uma capacidade de *escuta poética da natureza*, uma exploração ativa e inventiva da realidade, que respeita a natureza que ela faz falar, encontrando as bifurcações propositivas de sentido, não as excluindo para descrever linearidades irrealis.

Corroborando essa assertiva o entendimento sobre a proposição do caráter coletivo que toda pesquisa deve ter, tal como defendeu Fleck

(1986), ao destacar que a ciência depende de fatores externos a ela para se desenvolver. Ou seja, há de se reconhecer um condicionamento social do saber e desmistificar a concepção anistórica da ciência; ela se torna incompreensível sem o recurso a seu desenvolvimento (constrangimento) histórico. Koifman e Saippa-Oliveira (2006), de forma original, discutem a produção do conhecimento na saúde, problematizando suas questões, apoiando-se nessa proposição e nos indicando as contribuições desse autor como noção fundante para pensar o ensino da integralidade.

No contexto multi-referenciado para a produção de conhecimento, fruto desta pesquisa, se propôs uma articulação de conceitos, percepções e sensações que possibilitassem, aos diferentes atores implicados com a formação em saúde no país, uma “leitura cartográfica” capaz de apontar os atores nas experiências de ensino da integralidade como produtores de inovações que se expressam em novas formas de ensinar e praticar a saúde, produzindo compromisso com a afirmação da vida e com a saúde como um direito de cidadania.

O contexto da reforma sanitária brasileira incluiu no arcabouço jurídico do setor da saúde o ordenamento da formação de seus trabalhadores, onde a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) tem uma de suas principais inovações. Tal inovação requer a promoção da interface (interseção) entre saúde, educação e trabalho, entendida como intrínseca às lutas da sociedade brasileira por saúde, sendo a integralidade (princípio constitucional) uma de suas traduções.

Para a educação dos profissionais de saúde, torna-se necessário realizar dois movimentos contínuos. O primeiro diz respeito ao empreendimento ético-político de pensar a formação como educação permanente em saúde, colocando o cotidiano do trabalho e os impactos do trabalho sobre o processo saúde-doença nas coletividades como critério de contemporaneidade dos cursos às necessidades sociais e científicas em saúde. Critérios que sejam porosos aos sentidos e às vozes decorrentes dos atos produzidos no cotidiano, funcionando como marcadores da avaliação da qualidade do ensino. O segundo se refere à centralidade da integralidade em saúde como uma noção constitutiva e constituinte de saberes e práticas com potência para superar a modelagem do ensino e dos serviços centrados em procedimentos, com usuários interpretados como “sacos de órgãos” ou



simples território onde evoluem os quadros fisiopatológicos, nos quais os adoecimentos são enfrentados como eventos apenas biológicos (doença como história natural).

Considerar o cotidiano como confronto permanente dos modos de ensinar e gerador de desconforto nos lugares “como estão/são” de ensino, serviços, gestão setorial e controle social abre lugares de produção de subjetividade individual, coletiva e institucional. Toma as relações como produção, lugar de problematização, abertura para a produção e não como conformação (CECCIM, 2004). Além de processos que permitam incorporar o conhecimento de tecnologias e referenciais necessários à expansão da resposta técnica das profissões, tornam-se necessários espaços concretos de discussão, análise e reflexão das práticas pedagógicas no cotidiano do trabalho docente e dos referenciais que orientam essas práticas.

Para aprofundar as experiências de ensino da integralidade, é preciso que a educação permanente em saúde seja configurada como um lugar ativo, no qual possamos abandonar (desaprender) o sujeito que somos (identidades-modelo de ser profissional desta ou daquela profissão, de ser estudante desta ou daquela profissão e de ser paciente) para sermos produção de subjetividade: todo o tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades (gradis) de comportamento ou de gestão do processo de trabalho. Precisamos, portanto, também trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos e nos incomodar com as cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e medicalizadora.

Ensinar saúde sob a orientação estrutural da integralidade e do SUS nos cursos de graduação da área da saúde dá origem à atividade prática, à educação em ato e à educação permanente. Pode-ser-ia identificar essa formação como iniciativa da vontade, do desejo, da implicação com a produção de conhecimento com sentido, com a construção de práticas cuidadoras, com as inovações por experienciação, um diálogo de transformação com a qual se criam nexos constituintes entre saúde, educação e trabalho. Com isso poderíamos instituir condições para um processo de *auto-análise coletiva*, como diria Pierre Bourdieu, e de autogestão, como diria Merhy (2005).

Para orientar a leitura das territorialidades das experiências de ensino da integralidade, propomos as categorias *experienciação*, forma-

ção, conhecimento e cuidado em saúde, como nucleadoras das articulações entre conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade.

### **Experienciação: inovação, cotidiano e práticas**

Quando se fala em experiência, não se está falando em estudo de caso, do tipo múltiplo ou único, para *determinar* se uma teoria está correta ou não, o que para algumas áreas de conhecimento tem sido muito bem aplicado e adequado às proposições de observação. Tampouco se está referindo a um experimento ou ato de experimentar cujo controle sobre os eventos comportamentais constitui condição, ainda que tal instrumento seja indicado ao estudo de impacto de determinadas medidas no campo da saúde. Também não corresponde à noção empirista da cognição, que entende na experiência a aquisição do conhecimento que, mediante estabilidade e reprodução, se concretiza em saber com base na experiência (DEWYE, 1958, p. 17 e 19).

Para o estudo das práticas de ensino, optou-se por acompanhar a elaboração de Foucault (1995), cujas formulações possuem mais afinidade com os objetivos desta pesquisa. Para o autor, a experiência acontece como experiência de si, algo que tira o sujeito de si, do lugar que está, fazendo com que não seja mais o mesmo, experimentando a transformação do ser e do estar; sai dos contatos vividos transformado e transformando.

Para Foucault, a experiência não é apreendida para ser simplesmente repetida ou passivamente transmitida; ela acontece para migrar, recriar e potencializar vivências como diferenças-em-nós. Experienciar é sobretudo estar aberto, aceitando ativamente a criação, a invenção e a transformação. Francisco Ortega (1999, p. 67) sintetiza essa perspectiva foucaultiana: “a experiência constitui algo de que já se sai transformado”.

A integralidade em saúde tem nessa concepção de experiência o que poderíamos chamar de princípio ético-político e educativo, onde vida e obra, ser e atuar se nutrem, sem se reduzirem um ao outro. Para Foucault, a ética pode ser entendida como um desdobramento da política, fazendo-nos em nossas lutas e conquistas no presente, mudando o mundo em que vivemos.

O pesquisador que pretende analisar uma experiência propõe uma cartografia das práticas cotidianas das pessoas e identificar seu potencial inovador (FERLA, 2002; PINHEIRO, 2005). Inovação entendida à semelhança com Boaventura de Souza Santos (1997), ou seja, como tensão, ruptura e transição paradigmática, reconfiguração de saberes e poderes engendrando novas subjetividades.

Nesse sentido, não se pode perguntar por *modelos ideais*, já lembravam Pinheiro e Luz (2003), para investigar como e em que condições foram feitas melhorias na formação e práticas de ensino em saúde, pois os modelos têm como proposta uma fôrma e não uma formação para as formas; uma “identidade” e não uma identificação com a educação permanente de si e das futuras gerações profissionais. Modelos ideais ou identidades estão sempre fortemente marcados pelas concepções hegemônicas, pelas vigências, pela conservação. Em lugar dos modelos ideais, as *práticas eficazes*, atos/atuações que exigem uma atitude ético-política de contato com a alteridade, a *experienciação*, uma contemporaneidade vidente e não pela subordinação ao vigente. Na saúde, tal exigência é afirmada na busca do cuidado frente à fragilidade da vida imposta pelo modo como nossa sociedade se organiza (LUZ, 2003).

Analisar experiências, então, significa conceber o cotidiano como o lugar onde as ações desenvolvidas, sejam elas simbólicas ou práticas, produzem sentidos e se configuram como práxis. Como uma noção constituinte da *experienciação*, seu território, o cotidiano, se ergue como fonte construtivista que implica processos de interação. Os processos de interação conferem protagonismo aos atores numa perspectiva construtivista e sociointeracionista (VYGOTSKY, 1989)<sup>1</sup>. Como coloca Milton Santos (1996, p. 252), “cada lugar é, à sua maneira, o mundo”, e complementa afirmando que, se cada lugar está “irrecusavelmente imerso numa comunhão com o mundo”, cada lugar “torna-se exponencialmente diferente dos demais”.

Ainda para esse autor, olhar o lugar implica encontrar seus novos significados, assim como cartografar é encontrar o que está em vias de diferir. Por isso, apreender os sentidos e significados das práticas de ensino desenvolvidas em cada local é mais significativo para defender práticas eficazes que identificar modelos ideais voltados para o ensino da saúde e para o cuidado com integralidade. Ao

falar em cotidiano, Santos (1996) explicita ser este uma categoria que leva em conta os objetos, ações, técnica e tempo, ao pensar a interação mediada tanto pela ação (o fazer), quanto pelos símbolos (emoções).

Há, no entanto, uma relação de tempos e lógicas diferentes entre os atores envolvidos nas práticas de saúde e educacionais em relação às práticas desenvolvidas pelos grupos da sociedade civil. Essas diferenças se refletem na compreensão do que sejam as necessidades priorizadas pela população e pelos profissionais de saúde e, portanto, o que um grupo e outro entendem por cuidado no desenvolvimento de uma proposta de atenção integral à saúde. As práticas formuladas e desenvolvidas em cenários de aprendizagem devem considerar as várias coletividades que compõem os movimentos sociais, usuários potenciais do sistema público de saúde. Para tanto, vale reafirmar a legitimidade de um saber local advindo da experiência cotidiana das pessoas, o qual podemos chamar de saber prático ou sabedoria prática.

Segundo Acioli (2004, p. 199), “a referência a um saber local e uma sabedoria prática realça a necessidade permanente de contextualização dos saberes, que não podem se apresentar como verdades universais”. O saber prático refere-se não apenas a uma prática específica, no sentido da ação, mas também aos sentidos, significados e valores provenientes de experiências incorporadas cotidianamente. Entende-se que os grupos sociais participam, interferem e modificam seu “campo de ação”, recriando a realidade a partir de caminhos, trajetórias e valores por meio dos quais atribuem novos sentidos à saúde, ao adoecer e ao cuidado.

Na identificação dos elementos constitutivos de uma sabedoria prática, pode-se tentar diminuir a distância entre os vários saberes existentes, além de transformar os espaços e contextos onde ocorrem as práticas de saúde e de formação. Esse processo de incorporação só pode ocorrer no local, como também a observação e análise desse processo implicam acompanhar o cotidiano das práticas de saúde e de formação para identificar as redes sociais existentes, as inter-relações entre os saberes e ainda a potência de mudança presente nas práticas, no que se refere à consolidação de práticas de ensino usuário-centradas.

### **Formação em saúde: ensino, exercício profissional e trabalho em saúde**

Tematizar a formação em saúde implica colocar em questão as características do ensino, as expectativas de exercício profissional e as políticas do trabalho em saúde. A abordagem clássica do ensino na saúde é a transmissão de informação e o treinamento prático em procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Marca-se uma história do ensino centrada nos conteúdos biomédicos, uma história que organiza o conhecimento de maneira compartimentada e fragmentada e que dicotomiza os indivíduos pelas especialidades da clínica. Essa abordagem clássica centra as oportunidades de aprendizagem no hospital universitário, adota sistemas de avaliação por quantificação cognitiva (acumulação de informação técnico-científica padronizada) e incentiva a especialização precoce, perpetuando modelos tradicionais de prática, apresentados como ideais.

Esses “modelos ideais” servem muito mais à reprodução dos referenciais técnico-científicos acumulados pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional que à construção singular do conhecimento (pertencimento àquele que aprende, por interação e prática social), dissociam o conhecimento em áreas básicas e áreas da clínica, privilegiam os procedimentos técnicos e se sustentam na relação vertical professor-aluno com grandes turmas de estudantes. É notória, na vigência desses modelos, “a ausência de estratégias didático-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, p. 48).

A urgência de transformação decorre, entretanto, de elementos como as novas exigências em relação ao perfil dos profissionais, as novas modalidades de organização do mundo do trabalho, os desafios da transdisciplinaridade na produção do conhecimento e a necessidade de a universidade reconstruir seu papel social considerando a multiplicidade de lugares produtores do conhecimento no mundo atual. No setor da saúde, simultaneamente às lutas por reformas, foram-se acumulando ações propositivas no campo da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores. O modelo hegemônico do ensino em saúde passou a ser objeto de reflexão crítica, tanto pela baixa capacidade de preparar as novas gerações profissionais para as políticas contemporâneas do tra-

balho em saúde, como pelo baixo impacto do exercício profissional na alteração dos indicadores de saúde.

Além do baixo impacto das práticas profissionais na configuração dos estados de saúde nas coletividades (adoece-se e morre-se de agravos e doenças para os quais existem prevenção e cura), registra-se a insatisfação dos usuários com os padrões assistenciais e com a relação profissional-usuário, assim como se registra a evidência de práticas iatrogênicas (excesso de solicitação de exames, de encaminhamentos e de indicação de procedimentos invasivos). Afinal, formam-se profissionais de saúde para quê?

Com essa pergunta sobre a relevância social da formação, justificativa para a expansão e redistribuição da oferta de ensino, as iniciativas de mudança na formação se converteram em movimentos sociais de mudança na educação dos profissionais de saúde. A existência desses movimentos e o engajamento do Conselho Nacional de Saúde na disputa por mudança dos perfis profissionais originaram, na área da saúde, importante mobilização social quando da definição das Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação superior. Recentemente, na 3ª Conferência Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, reafirmou-se a importância de políticas públicas afirmativas para formação com adequação dos currículos dos cursos, assim como a despreciação do profissional do SUS, participação da sociedade em todo o processo, entre outros (RADIS, 2006).

Um ideário muitas vezes presente no debate sobre a mudança na formação, entretanto, é o da compreensão da integralidade como totalidade, o qual colocaria como projeto razoável verter em currículo uma formação na qual fosse possível formar um generalista plenamente capacitado para a clínica integral. Merhy (2002, p. 117), ao discutir a construção de um novo entendimento sobre o trabalho em saúde, mostra que a construção de um “modelo ideal” desenha uma panacéia que a tudo viria resolver: o profissional como um milagreiro, desprezando-se a complexidade do atuar em saúde e a necessária multi-referencialidade desse agir. A formação tenderia à idealização e, conseqüentemente, seria inaplicável em situações reais.

Não se tratando de impor uma teoria ou um modelo para a atenção, gestão ou formação, Camargo Jr. (2003) propõe que a integralidade seja tomada na condição de um ideal “regulador”. O

autor propõe, como imagem, que a integralidade esteja para as práticas de saúde e de ensino da saúde, como a objetividade está para a investigação científica – isto é, impossível de ser plenamente atingida, mas uma orientação constante. Indica, ainda, que o produto da confusão de integralidade com totalidade é o risco de um grau de controle sem precedentes, uma *medicalização* integral.

Qualquer formação profissional em saúde ou mesmo categorias profissionais inteiras são limitadas para dar conta, de fato, de todo o espectro de demandas apresentadas nas situações de adoecimento ou sofrimento por problemas de saúde. Essa compreensão coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental e uma estratégia mais exequível e desejável do que a tentativa de criar superprofissionais de saúde (MERHY, 2002; CAMARGO JR., 2003; CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Formar profissionais competentes para o atendimento de toda e qualquer necessidade dos usuários, mesmo as não percebidas?

Nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde, dirigindo uma preocupação específica com os trabalhadores do setor, construiu uma Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde – NOB/RH-SUS (BRASIL, 1995). Afirma que uma formação de pessoal específico deve envolver o ensino tanto de tecnologias para a atenção individual de saúde, como para a saúde coletiva, estando a qualidade do trabalho em saúde relacionada com o ensino dos profissionais e com a formação de novos perfis profissionais. Para a NOB/RH-SUS, é imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis, desde o ensino fundamental, com o SUS e seu projeto tecnoassistencial, tal como definido pela lei orgânica da saúde (bastante amistosa à integralidade) e não por modelos.

Segundo esse instrumento, as diretrizes curriculares devem contemplar prioridades do perfil epidemiológico e demográfico, mas também conter uma política de formação de docentes orientada para o SUS e uma formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão, desdobrando-se a partir de recursos garantidos para a atuação educacional mediada pelo ensino, pesquisa e extensão.

Na área da saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais foram um importante passo para que se produzissem mudanças no processo de

formação: indicaram um caminho, flexibilizando as regras para a organização dos cursos e favorecendo a construção de maiores compromissos das instituições de educação superior com o SUS. A mobilização do setor da saúde com a definição das Diretrizes Curriculares Nacionais correspondeu à preocupação com a consolidação do SUS, mas também correspondeu ao esforço intelectual de romper definitivamente com o paradigma biologicista, medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado, atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na construção das profissões. Correspondeu, igualmente, ao engajamento pela melhor aplicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, tendo em vista a melhor formação inicial para a absorção de trabalhadores no sistema de saúde e o ordenamento de sua educação permanente.

As diretrizes do SUS, assim como as Diretrizes Curriculares Nacionais e os movimentos por mudança na educação dos profissionais de saúde, colocam como perspectiva a existência de instituições de educação superior com relevância social. Isso quer dizer escolas capazes de formar para a integralidade, formar de acordo com as necessidades de saúde; “escolas comprometidas com a construção do SUS, capazes de produzir conhecimento relevante para a realidade de saúde em suas diferentes áreas, ativas participantes do processo de educação permanente dos profissionais de saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 46).

A graduação na área da saúde não tem tido uma orientação integradora entre ensino, trabalho e cidadania, voltada para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade, onde se incluem o enfrentamento das necessidades de saúde da população e o desenvolvimento do sistema de saúde. De um lado, a integração ensino-trabalho (por trabalho entenda-se a realidade da atenção – práticas cuidadoras, exercício da clínica) e da gestão setorial (planejamento, avaliação, auditoria e controle social); de outro, o ensino-trabalho integrado à cidadania, uma noção forte de produção dos sentidos da formação como orientados aos direitos por saúde. Ou seja, um ensino e trabalho em saúde capaz de apoiar os usuários na ampliação de sua capacidade de pensar um contexto social e cultural, contribuindo para sua autodeterminação e ampliando sua autonomia e capacidade de intervenção sobre suas

próprias vidas (CECCIM; CAPOZOLO, 2004; CAMPOS, 2003). Uma transformação da formação, tendo em vista potencializar competências para a integralidade, passa pela construção dessa *integração ensino-trabalho-cidadania*, uma superação de qualidade aos movimentos de integração ensino-serviço, integração docente-assistencial e integração ensino-serviço-comunidade, que alimentaram tal compreensão.

A compreensão de uma integração ensino-trabalho-cidadania re-toma e instaura o conceito de *quadrilátero do ensino da saúde*: formação, atenção, gestão e participação social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b). O projeto de formação em cada profissão universitária da área da saúde, em cada tempo dado, será sempre o resultado de uma dada conformação tecnológica que se expressa na gestão dos processos de ensino e nas práticas pedagógicas, nos serviços de atenção e expressão da clínica ou das práticas cuidadoras, na lógica de gestão do sistema de saúde e na participação de usuários e movimentos sociais. A mudança das práticas de não-integralidade não se dará por reconfiguração do conteúdo-curricular simplesmente metodológica ou pela introdução pontual de fatores de exposição à aprendizagem, ainda que os desenhos curriculares hegemônicos, organizados segundo o paradigma biologicista, sejam indiscutivelmente obstaculizadores de outros padrões de pensamento clínico e de perfis *SUS-implicados* (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a). A ênfase nos aspectos biológicos, a perspectiva fragmentada e fragmentadora e a hierarquização implícita de saberes, segundo Camargo Jr. (2003, p. 38), são quase que programaticamente opostas àquelas idéias que podem ser agregadas aos saberes e práticas de integralidade.

### **Cuidado: saberes e práticas usuário-centradas**

O cuidado na saúde se apresenta, nos estudos em saúde coletiva, como desafio orientador nas discussões que vêm sendo travadas na transformação do processo de trabalho e também no que diz respeito à reorganização dos processos de formação em saúde. O cuidado se torna expressão concreta da articulação entre saberes e práticas, nos quais emergem os velhos e novos conflitos que dizem respeito ao poder.

A noção de cuidado não reporta um nível ou âmbito de atenção do sistema de saúde, nem algum procedimento técnico específico ou uma

conduta assistencial mais simples, mas uma prática orientada pela integralidade no exercício da atenção à saúde, uma prática cuidadora. Esta envolve o assistir ou o tratar, segundo os parâmetros do acolher e do respeitar – isto é, dar lugar às singularidades, compreender as fragilidades e presentificar-se de maneira correspondente, prestando uma atenção de saúde inscrita na construção de interação e em práticas de afirmação da vida (CECCIM, 1997). A tematização do cuidado foi objeto de uma coletânea específica do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2004). Essa perspectiva tem sido verificada em pesquisas nas quais a ação integral é também entendida como o “entre-relações” de promoção da saúde. Ou seja, prática social com produção de efeitos e repercussão entre usuários, profissionais e instituições que se traduzem em atitudes de sensibilidade, confiança, pertencimento, tratamento digno, horizontalidade da atenção e continuidade do acompanhamento de saúde (CECCIM, 2005b; PINHEIRO, 2005).

Com esses sentidos, é possível qualificar o cuidado como um dispositivo político da integralidade, uma maneira de dispor da integralidade (ordenamento da atenção, da gestão, da participação e da formação), disputa por um modo de exercer o trabalho em saúde (formação e exercício profissionais) e disputa por um modo de obter acesso a esse trabalho (controle social). Os arranjos sociais e institucionais em saúde estão, muitas vezes, marcados por conflitos e contradições e se fazem presentes em arenas de disputa política, onde a saúde oscila como direito de cidadania, prática científica, prática profissional ou política setorial. Ou seja, se a integralidade não contém uma verdade da atenção, gestão, participação e formação, ela somente se cumpre em *práticas eficazes* de cuidado – isto é, quando usuários e populações se sentem cuidados pelos profissionais e pelo sistema de saúde de que dispõem.

Produtora de relações, signos e significados, a integralidade como princípio e prática tem ocupado os diferentes espaços das instituições e sociedade, sobretudo os espaços moleculares, onde ganha sentido por meio das práticas cuidadoras presentificadas no assistir, ensinar, gerenciar e participar cotidiano, sensível e concreto.

No campo da formação profissional, as práticas assistenciais se apresentam como lugares de vivência, aquisição de atitudes e cons-

trução do conhecimento; produzindo e reproduzindo formas de atuar na assistência e de se relacionar com a população usuária de serviços de saúde. O modelo hegemônico de assistência em saúde – a biomedicina – criticado por todos os estudiosos da educação de profissionais de saúde e um dos grandes desafios para a construção da integralidade no SUS, opera em eixo inverso ao das práticas cuidadoras. Pauta-se ora pelos conhecimentos da anatomoclínica, da fisiopatologia e da genética médica, ora pelas rotinas institucionais que esquadrinham a confiança assistencial, ora pelos procedimentos técnico-profissionais e protocolos clínicos e não pelo acolhimento e respeito, como citado acima, em que tais condutas somente existem subordinadas ao cuidado.

São problemas estruturais do modelo biomédico a abordagem individualista e descontextualizada, o enfoque biológico-mecanicista, a fragmentação do corpo, o uso excessivo de tecnologias, a centralidade no hospital e os custos crescentes de seu desenvolvimento. Merhy (1998) alertava para a perda da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais de saúde, ao serem priorizadas as tecnologias dependentes de equipamentos e uma obstinação pela objetivação dos problemas de saúde, a ponto de descontextualizá-los de seus portadores (os usuários das ações de saúde). Diminui-se, assim, a capacidade de percepção das necessidades dos usuários, substituindo a escuta pela intermediação de exames e o acompanhamento pela imposição de procedimentos visando a um êxito técnico. Este pode limitar-se à vida biológica, independentemente daquilo que a torna humana, a produção de sentidos, a promoção da autonomia e o contato afetivo com o mundo. Merhy propõe uma retomada do foco da atenção à saúde de profissional-centrada (ou procedimento-centrada) em usuário-centrada, e vê no desenvolvimento de tecnologias próprias dos relacionamentos/interações/práticas sociais (tecnologias leves) um meio de restabelecer o encontro, acolher, respeitar e cuidar do outro, medindo-se pelo outro.

Importante dizer que, diante de práticas usuário-centradas, o profissional de saúde coloca-se em movimento de si, em autopoiese de si (desenvolvimento permanente do ser/auto-organização), pois está aberto às sensações, contatando a alteridade e a integralidade. Quanto maior a exposição ao outro, maior a necessidade da equipe de

saúde como um coletivo organizado de produção (CECCIM, 2005), maior a maturidade dos trabalhadores como seres humanos em desenvolvimento, maior a contemporaneidade de si aos movimentos singulares da vida em atualização (*experienciação* como projeto de ser). A saúde volta a pertencer à afirmação da vida, não mais como ato biologicista, mas como afirmação efetiva do vivo e do viver – em interação, em prática social, em recriação permanente. O grande espetáculo da natureza é sua capacidade de impor a vida por todos os obstáculos que a limitam; o grande espetáculo da vida humana é sua capacidade de autopoiese, ou seja, a imposição da vida sobre si mesmo ao viver os encontros e a abertura ao outro (MATURANA; VARELA, 1980). As práticas usuário-centradas são *experienciações* do cuidado e de si.

Como alerta Mattos (2004, p. 120), há sempre várias formas de cuidar e há vários conhecimentos sobre o cuidar, mas o que melhor caracteriza o cuidado é o “conhecimento prudente para uma vida decente”. Essa seria a contribuição do cuidado e não sua cientificidade, o que significa utilizar o conhecimento científico com elevada responsabilidade, buscando o equilíbrio entre as aparentes possibilidades de intervenção e uma qualidade de vida com desenvolvimento da autonomia, antevendo as conseqüências das práticas de cuidado. Para o autor, em práticas cuidadoras não podemos aceitar a utilização do enorme potencial de intervenção diagnóstica e terapêutica sem a apreciação cuidadosa das possíveis conseqüências negativas para os sujeitos a elas submetidas. Para Mattos, tais conseqüências não se reduzem às dimensões técnicas (efeitos colaterais ou complicações sempre esperadas em algum grau de probabilidade, supostamente pequeno), uma vez que somente podem ser apreendidas no contexto de andar a vida das pessoas e dos grupos a que pertencem.

O cuidado é uma prática social que se orienta pelas sensações do outro, mediada pelo assistir próprio das profissões de saúde, mas essa compreensão requer compreender a coexistência necessária entre saberes científicos e saberes populares, entre procedimentos técnicos convencionais e procedimentos complementares não-convencionais. Do lado dos usuários, é notória a adoção de procedimentos que se transformam em táticas, na perspectiva de Certeau (1999, p. 41), pois “jogam com os mecanismos de disciplinas defendidas pelo procedi-

mento técnico e não se conformam com ele a não ser para alterá-los”. Observam-se, nos movimentos de participação, táticas de produção da *alteridade* e da *comunicação* por meio de relações de reciprocidade, práxis envolvendo a alteração nas concepções e apreciações da experiência social da saúde.

O desafio de compreender nas experiências de ensino a possibilidade de desenvolver a capacidade de escuta, o respeito às singularidades e diversidades humanas, culturais e sociais e a compreensão da saúde e da doença como vivências e não como história natural, bem como a oportunidade da construção de caminhos para a mudança na atenção e gestão da saúde constituem tarefas de disputa pelas práticas cuidadoras e pela integralidade.

Guizardi e Pinheiro (2004) ressaltam a transformação dos espaços públicos em “lugares de encontro”, presença de pessoas cuidadoras de si e dos outros, que podem engendrar novas práticas cotidianas nos serviços de saúde, tornando suas estruturas permeáveis às inovações – entre as quais, novas *atividades de saúde*, resultantes dos laços sociais gerados por reciprocidade. Cria-se outra referência pública, que permite pensar o cuidado como política, modificando as relações entre sociedade civil e Estado.

Talvez, exatamente por sua complexidade, singularidade e importância na configuração da auto-imagem profissional, o cuidado se inscreve na abertura de possíveis, que não variam apenas em função de determinações culturais, embora também seja necessário considerar esse aspecto. A multiplicidade de possibilidades observadas no ato de cuidar se apresenta nos espaços cotidianos da prática profissional, bem como na diversificação dos cenários de aprendizagem.

### **Produção de conhecimento e saúde: currículos, informação técnico-científica e formulação de conceitos em saúde**

O tema da produção de conhecimento atravessa as problemáticas da pesquisa; da produção, difusão e uso da informação técnico-científica; da formulação de conceitos extraídos da experiência, percepção ou estudo e dos currículos e métodos de educação utilizados na formação profissional. Diante do esforço de compreender as relações entre formação e exercício profissional, destaca-se que, no caso das profissões técnico-científicas da saúde, o conhecimento configu-

ra um arranjo de saberes e perspectivas que contorna uma profissão, mas em sua aplicação todo profissional se depara com uma enormidade de elementos que questionam sua suficiência para enfrentar situações complexas reais. Em situações complexas reais, tanto o exercício profissional demanda o cruzamento de saberes e perspectivas a ser concretizado em práticas interprofissionais, quanto a formação demanda a construção coletiva do conhecimento a respeito da saúde e de seus determinantes ou condicionantes.

Essa interprofissionalidade no exercício e na formação não significa a homogeneização dos saberes e fazeres, mas a condição de possibilidade ao surgimento de um conhecimento novo em cada profissão e no campo (a saúde), pautado na desfragmentação, recontextualização e atualização. No desaparecimento da pesquisa, formação e exercício profissional contornados por profissão, se perderiam o desafio do conhecimento e inovação originários da busca constante da unidade entre as diferenças e no dissenso.

As relações entre conhecimento e competência profissional em saúde seguem sendo enigmas dos conteúdos e dos estágios em cada currículo e métodos de ensino, pois a transmissão e o treinamento não substituem o talento artístico inerente às profissões e fundamental a seu desenvolvimento e nem bloqueiam a evidência desse talento se ele não for silenciado, o que depõe contra a ciência. Schön (2002, p. 22) lembra que, na universidade moderna, as profissões clássicas, na medida em que começaram a se aproximar do prestígio da universidade, foram-se distanciando da arte em seu exercício e formação, caminhando em direção ao conhecimento sistemático e científico, como verdade dos saberes e perspectivas, que Saippa-Oliveira e Koifman (2004) designaram como currículo normativo.

Tanto os currículos quanto as práticas pedagógicas no ensino superior passaram a se dar numa concepção linear de ensino-aprendizagem do teórico para o prático: a idéia de que primeiro o estudante se apropria da teoria e depois a aplica. Para entender a realidade e compreender as práticas, seria necessário dispor de uma teoria específica de sustentação. A prática é vista como comprovação da teoria, o que é observado tanto na dicotomia entre área básica e área clínica, quanto no interior de cada área. Nessa visão dicotômica positivo-tecnológica, são enfatizados os aspectos técnico-científicos,

em detrimento dos filosófico-ideológicos (CANDAU, 1988), uma visão instrumental e não da complexidade dos saberes em saúde.

Para os estudantes fica o desafio de encontrar um eixo integrador dos conteúdos ou o trabalho das diferentes disciplinas, uma vez que estas se apresentam claramente separadas umas das outras, fragmentando e isolando o conhecimento. Difunde-se um conhecimento que produz saberes descontextualizados e que desconsideram o cotidiano, sobretudo daqueles que deveriam ser o centro da “comunidade epistêmica” da saúde: o usuário, o cidadão, a sociedade.

As teorias críticas e as teorias pós-críticas da educação argumentam que, longe de ser elemento inocente, neutro ou técnico, a seleção de conteúdos, a metodologia de ensino e a avaliação implicam visões éticas, de homem, de sociedade e de mundo (APPLE, 1982). Existem questões fundamentais que desafiam a crítica, a saber: como são selecionados os conteúdos de ensino? Quais conteúdos são considerados relevantes para serem considerados parte do currículo? Por que alguns conteúdos são selecionados e outros excluídos? Que grupos detêm o poder de inclusão e/ou de interdição sobre esses conteúdos? A que interesses esses conteúdos atendem, a que classes sociais, grupos humanos, raça, gênero e orientação sexual? A que concepções de saúde? Que culturas estão presentes e quais foram excluídas? (SILVA JUNIOR, 1998; SACRISTÁN, 1998). Essas indagações não se separam de outra pergunta: que tipo de ser humano é desejável para cada tipo de sociedade? (SILVA JUNIOR, 1998).

Essas não são reflexões simples. Não se trata apenas de questões educacionais, mas intrinsecamente políticas e ideológicas. Portanto, é fundamental problematizar a seleção de conteúdos, as metodologias de ensino selecionadas e os métodos de avaliação utilizados. Desenvolver um trabalho de desnaturalizar, desterritorializar e levar ao estranhamento. A partir do estranhamento, buscar entender a favor de que processos cada seleção/definição/escolha trabalha. De conservação ou de mudança? De transformação? A favor de quem? (MOREIRA; SILVA, 2001).

Esse entendimento pressupõe a busca cotidiana da formação de uma nova cultura pedagógica da instituição de ensino. Desafia a equipe docente a assumir o compromisso de trabalhar cooperativamente, no sentido de pensar um novo ensino, cujo objetivo central

seja a compreensão crítica da realidade de saúde e a interrogação sobre a capacidade de resposta de nossas práticas à alteração positiva no processo saúde-doença em face do acolhimento e respeito.

A diversificação dos cenários de aprendizagem deve caminhar pela lógica da construção de conhecimento, mediante interação, prática social e amplo contato com as realidades. Não serem os únicos fatores de exposição dos estudantes o livro e o professor. É notório que a formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, mostrando-se absolutamente impermeável ao controle social sobre o setor. Em todos esses âmbitos, deverão ser trabalhados os elementos que conferem à “integralidade do atendimento de saúde” (diretriz constitucional) forte capacidade de impacto sobre a atenção à saúde.

Para a pesquisa ou trabalho científico, a quantificação e enumeração de variáveis precisam ser vistas como elementos importantes, mas não exclusivos da análise. Bourdieu (1990, p. 41) lembra que “um dos obstáculos ao progresso da pesquisa é esse funcionamento classificatório do pensamento acadêmico e político que, muitas vezes, embaraça a invenção intelectual, impedindo a superação de falsas antinomias e de falsas divisões”. Diante da clivagem ocorrida entre as ciências e as humanidades, Serres (1993, p. IX)<sup>2</sup> pergunta: “como aconteceu de as ciências humanas ou sociais não falarem jamais sobre o mundo, como se os grupos permanecessem no vazio [...]. Como as ciências ditas duras deixam os homens de lado?”. O autor quer que nos interroguemos “como nossos principais saberes se perpetuam hemiplégicos?”. Afirma que será preciso fazer com que os saberes aprendam “a caminhar com os dois pés, a utilizar as duas mãos”. Para Serres, essa mestiçagem designa corpos completados, ainda que cause horror “aos filósofos da pureza”. Como duas populações, de um lado as ciências sociais ou naturais, donde a saúde; de outro as humanidades, donde a arte, a alteridade, as sensibilidades e os afetos.

Para a divulgação científica, devem ser pensados a democratização do conhecimento científico e o acesso do público à informação técnico-científica, lembrando, no entanto, que toda difusão de informação traz em seu bojo a reiteração das práticas científicas, legitimando e reforçando o perfil ideológico da ciência (RAMOS, 1992).



Ramos (2002) lembra que a divulgação científica não se mostra uma representação da ciência, mas instituinte, no âmbito dos signos e do imaginário social, da cientificidade. O autor trabalha com a ressalva de que, enquanto a ciência se apresenta aproximativa, provisória e passível de testes de verificação, a divulgação científica se ancora na eficácia e na autoridade, impondo uma visão de mundo monológica.

Fleck (1986) assevera que a ciência deve ser concebida como um processo essencialmente coletivo, e afirma que somente concebendo o trabalho científico como o trabalho de um *coletivo de pensamento* é que se poderá compreender que surjam resultados concretos dos esforços das investigações. Para ele, as hipóteses propostas ao começo de uma atividade de pesquisa em geral não chegam a nenhum resultado. Além disso, os objetivos imaginados inicialmente não chegam a se materializar. Koifman e Saippa-Oliveira (2006) reiteram que, para esse autor, quando há mudança de estilo de pensamento, não se pode fazer uma comparação quantitativa do saber dos dois estilos de pensamento, uma vez que o saber muda com o deslocamento das pressuposições e aparecem coisas novas. Ao mesmo tempo, já não se podem saber outras coisas, pois o desenvolvimento do estilo de pensamento faz com que se percam as bases anteriores.

No entanto, a produção de conhecimento referida à pesquisa e à difusão científica, e a construção de conhecimento referida à práxis pedagógica (interacionista e de prática social), conformadas como profissão, podem ser entendidas como possibilidade da construção histórica da cidadania. Encontram nos mecanismos de legitimação e conflito canais de articulação, intercâmbio e a solidariedade como resposta de interação entre singularidades e processos que unam situações e composições por meio de redes de comunicação, construindo instituição de ensino e cenários de aprendizagem em espaços culturais e políticos em defesa da cidadania.

Encerramos este capítulo apresentando as categorias, os “marcadores” que possibilitaram a articulação de conceitos, percepções e sensações para pensar, a partir da pesquisa, outras leituras compreensivas, cujas noções fundantes apresentamos na segunda parte deste livro. Longe de ser prescritivas ou mesmo normativas, essas noções são ofertas de idéias com as quais o coletivo de pesquisadores do EnsinaSUS subsidiou sua proposição observacional e trilhou suas rotas analíticas.

## Referências

- ACIOLI, S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 187-203.
- APPLE, M. *Ideologia e currículo*. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.
- CAMARGO JR., K. R. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. Paidéia e o modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico*, v. 10, n. 2. p. 7-14. abri-jun 2003.
- CANDAU, V. *Rumo a uma nova didática*. Petrópolis: Vozes, 1988.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.
- \_\_\_\_\_. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005b.
- CECCIM, R. B.; CAPAZZOLO, A. A educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. N. et al. (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-390.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1.400-1.410, set-out, 2004a.
- \_\_\_\_\_. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 14, v. 1, p. 41-65, 2004b.
- CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano*. Artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 1994.
- DEWYE, J. *Arts & Experiences*. New York: Capricorns, 1958.
- FERLA, A. A. *Clínica nômade e pedagogia mestiça: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- FLECK, L. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial, 1986.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Arqueologia do saber*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 1986.
- \_\_\_\_\_. *Diis et Ecris*. (1980-1988). V. 4. Paris: Gallimard, 1994.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Revista RADIS: Comunicação em Saúde*, n. 46, jun. 2006.
- GRAMSCI, A. *Concepção dialética da História*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Os intelectuais e a organização da cultura*, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989.
- GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e

Estado. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 37-56.

JAPIASSU, H. *O mito da neutralidade científica*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G. A busca da integralidade nas práticas de saúde e a diversificação dos cenários de aprendizagem; o direcionamento do curso de medicina. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005.

\_\_\_\_\_. Produção de conhecimento na saúde. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006.

LUZ, M. T. Fragilidade social e a busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 9-20.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 119-132.

MATURANA, H.; VARELA, F. *Autopoiesis e cognition*. Dordechet: Reidel, 1980.

MERHY, E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

\_\_\_\_\_. Desafio da educação permanente em si: pedagogia da implicação. *Interface*, v. 9, n. 16, p. 172-174, fev. 2005.

MOREIRA, A. F. B.; SILVA, T. T. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In: \_\_\_\_\_. (Org). *Currículo, cultura e sociedade*. São Paulo: Cortez, 2001.

ORTEGA, F. *Amizade e estética na existência*. São Paulo: Graal, 1999.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. p. 21-36.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-IMS, 2003. p. 7-34.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

PIZZA, G. *Antonio Gramsci and the Medical Anthropology Now: Hegemony, Agency, and Transforming Persons*. Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio. Università degli Studi di Perugia, 2002. Mimeo.

PRIGOGINE, I.; STENGERS, I. *Uma nova aliança: metarmofose da ciência*. Brasília: UnB, 1997.

PRIGOGINE, I. Ilya Prigogine arquiteto das estruturas dissipativas: entrevista. In: PESSIS-PASTERNAK, G. *Do caos à inteligência artificial*. Quando os cientistas se interrogam. São Paulo: Unesp. 1993

RAMOS, M. G. *A questão da informação em energia nuclear: discurso, linguagem e poder*. 1992. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - IBICT/UFRJ/ECO, Rio de Janeiro, 1992.

SACRISTÁN, J. G. O currículo: uma reflexão sobre a prática. Porto Alegre: Artmed, 2000.

\_\_\_\_\_. O currículo: os conteúdos do ensino ou uma análise da prática. In: SACRISTÁN, J. G.; GÓMEZ, A. L. P. Compreender e transformar o ensino, Porto Alegre: Artmed, 2000.

\_\_\_\_\_. Plano do currículo, plano do ensino: o papel dos professores. In: SACRISTÁN, J. G.; GÓMEZ, A. L. P. Compreender e transformar o ensino. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SANTOMÉ, J. T. A. Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SANTOS, B. S. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1997.

SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo. Razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SERRES, M. *Filosofia mestiça: le tiers-instruit*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

SILVA JUNIOR, A. G. Modelos tecnoassistenciais. O debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA JUNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 113-128.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

#### Notas

<sup>1</sup> Este texto é fruto de reflexões coletivas e contou com a participação dos seguintes pesquisadores do LAPPIS: Aluisio Gomes da Silva Junior, Francini Lube Guizardi, Gilson Saippa-Oliveira, Lilian Koifman, Regina Lúcia Monteiro Henriques, Maria do Carmo dos Santos Macêdo, Claudia March, Bruno Stelet, Verônica Silva Fernandez e Regina Aurora Trino Romano. Reuniões técnicas e oficinas de textos constituem atividade regular das pesquisas realizadas no LAPPIS.

<sup>2</sup> Para Vygotsky, as aprendizagens e o desenvolvimento resultam da inserção em contextos culturais e da participação em grupos/coletivos, mediante práticas sociais – o que chama de sociointeracionismo.

<sup>3</sup> Serres se refere a sua obra anterior, *Eclairissements* (1992).

# Matriz analítica das experiências de ensino da integralidade: uma proposição observacional<sup>1</sup>

ROSENI PINHEIRO \*  
RICARDO BURG CECCIM \*\*  
LILIAN KOIFMAN \*\*\*  
REGINA M. M. HENRIQUES \*\*\*\*

A proposição observacional separa a *teorização por hipóteses de configuração por observações*, não se realiza por experimentos nem supõe intervenção. Pauta-se pela profunda coerência e correspondência com as realidades observadas, estabelecendo interrogações, escutas e olhares sobre as realidades, de modo que se ofereçam subsídio conceitual à experiência e evidências de possibilidade àqueles com inquietações correspondentes.

As experiências estudadas, assim o foram pelo exercício de observação e análise sistemática, cotejando múltiplas vertentes teóricas, advindas das experiências do próprio coletivo de pesquisadores em suas formulações e práticas nos cursos que integram. A partir daqui, buscamos compartilhar os modos como se realizaram a observação

---

\* Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; professora adjunta no Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS-UERJ; coordenadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br.

\*\* Doutor em Educação; professor de Educação em Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); coordenador do EducaSaúde - Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Educação, na UFRGS. Endereço eletrônico: burgceccim@mandic.com.br.

\*\*\* Pedagoga; doutora em Saúde Pública; professora do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense; coordenadora do LUPA-Saúde; pesquisadora associada do LAPPIS. Endereço eletrônico: lilian@vm.uff.br.

\*\*\*\* Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); professora assistente da FEUERJ e pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: rmhenriques@uol.com.br.

e a análise das experiências. Para proceder a uma análise sistemática foi construída, por esse coletivo, uma matriz analítica, desenhada como instrumento para uma proposição observacional, não para controle de variáveis ou aplicação de pacotes estatísticos.

A análise sistemática tornou possível localizar coerências com as proposições teóricas e entre as proposições observacionais, umas com as outras nas próprias experiências, além de revelar correspondência com as realidades *experienciadas* pelos pesquisadores e por outros coletivos com interrogações semelhantes, e servir a novas leituras sobre o cotidiano aos atores implicados em práticas de ensino da integralidade em saúde. Os dados foram obtidos por meio de: observações diretas; entrevistas semi-estruturadas gravadas com docentes, estudantes, profissionais dos serviços de saúde, usuários e movimentos sociais implicados e gestores do SUS local; e entrevistas abertas na forma de conversa livre, registradas em diário de campo e grupos focais. A cartografia, a etnografia e a pesquisa transdisciplinar em direção à sociedade civil foram proposições teóricas de sustentação para a escuta do cotidiano, atendendo à exigência de respeito às diversidades, de modo de informar e relatar lugares de construção dos vetores de transformação presentes nas práticas de ensino-aprendizagem.

### **Cartografia, etnografia e pesquisa transdisciplinar: por uma singularidade nas formas de pesquisa**

A cartografia, a etnografia e a pesquisa transdisciplinar oferecem propostas metodológicas que partem do desafio de abordar a história, a cultura e o cotidiano por meio do movimento, encontrando o que há de devir nas configurações do real (as práticas), e não o que há de linearidade ou continuidade (vigências/certezas). De um lado, a busca dos emergentes: nascentes de novidade, bifurcações de sentido e descontinuidades; de outro, a procura pelas demarcações e o mapeamento dos movimentos registrados na cultura: informação sobre sentidos com poder local. Eis as principais diferenças em relação ao conhecimento produzido de maneira experimental, controlada ou de extração estatística. O registro de observações com suas respectivas inscrições do tempo e da forma, capturando-as naquilo que informam de produção e não de estabilidades, verdades por coerência e

correspondência, não verdades da comprovação de certezas ou localização dos invariantes de sentido.

Como enfoque metodológico, cartografia, etnografia e pesquisa transdisciplinar, buscam a multiplicidade de forças presentes e constituintes de qualquer aparente unidade: o ser, as formas, a história, as invenções. A produção de processos de singularização constituídos e constitutivos do local, das interações, do social e de redes. Dessa forma, recusando o compromisso com a estabilidade de certezas na produção de conhecimento, a pesquisa pode ser um desenho que se faz de movimentos e um acompanhamento de processos em transformação. A tarefa de sistematização é possibilitar a criação de matérias de expressão para o que se inventa no cotidiano sem um projeto de pesquisa, a intensidade constituinte dos processos coletivos, a formação de territórios de pensamento engendrados nas interações e nas práticas sociais.

A pesquisa transdisciplinar não delimita suas referências teóricas; importa antes as possibilidades que o uso dos saberes oferece, de que forma estes ajudam ou não a criar sentidos e composições de linguagem e história para as práticas. Na cartografia, trata-se de “mergulhar na geografia dos afetos e, ao mesmo tempo, inventar pontes para fazer sua travessia: pontes de linguagem” (ROLNIK, 1989, p. 67). Razão pela qual tampouco importa a prescrição de procedimentos ou normatizações, uma vez que a cartografia deve fazer-se como movimento aberto e atento ao imprevisível. Não há formatos prévios que respondam com eficácia a essa exigência, é preciso inventar as estratégias frente às particularidades das situações. Na etnografia, trata-se de compreender pensamentos, comportamentos, fatos e eventos em sua rotina, em seu contexto interativo entre pessoas ou grupos. Para Geertz (1989), os antropólogos não estudam as aldeias, mas sim nas aldeias, problematizando questões que poderiam ser levantadas em diferentes lugares.

A observação direta como forma de estruturar o processo investigativo, tendo por desafio não “simplesmente falar com os nativos, mas dialogar com eles” pretendeu mapear significados, tornando-os visíveis (ou legíveis), constituindo uma história para a existência do observado e admitindo-o em construção de desafios conceituais, afetivos e de transformação das percepções. A descrição

densa, entretanto, adquire contornos mais amplos dos que são, de costume, conferidos às pesquisas controladas, no sentido de incorporar ao processo de análise outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida, resultando numa proposição como aquela que acontece na arte. Minayo (1994) refere a metáfora da pintura pelo que inspira da idéia de uma projeção em que a realidade é captada com cores e matizes particulares, em que objetos e pessoas são reinterpretados e criados num processo de produção artística.

Qualquer projeto de pesquisa (ou de intervenção) representa a síntese possível de embates cotidianos, a busca da consolidação de projetos de sociedade, o desenvolvimento de pensamentos e teorias. Tendo em vista a necessidade de construir rotas, linhas analíticas que viabilizassem um trabalho de sistematização, constituindo uma linguagem e configurando realidades locais, foi construída uma matriz analítica (mapa). Nessa matriz foram identificados as práticas e os processos marcadores das relações entre formação e cuidado e formação e gestão na saúde. Os atores sociais foram docentes, estudantes, profissionais de saúde, usuários das ações e serviços de saúde implicados e gestores do SUS. Como plano de análise, a matriz propõe a identificação de três dimensões nucleadoras de categorias, que buscam delimitar os territórios de mobilização desses atores, quais sejam: macroterritório, microterritório e território molecular, apreendidos como dimensão macro, dimensão micro e dimensão molecular das observações analíticas.

### **Dimensão macro**

Na dimensão macro buscou-se identificar se a necessidade de mudanças no processo de formação dos trabalhadores da área de saúde configura desafio para a conquista de serviços de saúde justos, equânimes, democráticos e acolhedores das necessidades de saúde manifestadas pelos cidadãos. Nesta dimensão foi possível observar movimentos de envolvimento ou identificação com a produção de transformações no sistema de saúde em direção a ações promovidas por associações científicas profissionais, instituições acadêmicas, movimento estudantil e outros setores da sociedade que se encontram em diferentes graus de desenvolvimento nos vários cursos das diferentes profissões da saúde. Nas experiências foram identificados

esforços efetivos de superação do modelo biomédico, disciplinar e excessivamente técnico, o que constitui uma das marcas mais importantes do movimento de transformação do ensino para a integralidade, embora afetando de diferentes maneiras as experiências analisadas.

Observamos que a busca pelo desenvolvimento de uma prática democrática, dialógica e ética no cuidado à saúde, marcada pela integralidade ou por práticas mais amistosas à integralidade, aparece como eixo norteador dos processos de transformação, ainda que a integralidade possa ser nomeada por diferentes terminologias. As mudanças que se operavam nas experiências analisadas foram entendidas, nesta dimensão, como geradoras de efeitos nas demais dimensões (micro e molecular), seja pela abertura de vários espaços ou pela aceitação de instâncias possuidoras de importância e centralidade na construção da possibilidade transformadora orientada pela integralidade. Aqui foram eleitos como eixos temáticos prioritários: *a rede de gestão e de serviços com controle social e os saberes e práticas usuário-centradas*. Ou seja, as experiências poderiam focar a relação formação-gestão e formação-cuidado, perguntando-se em ambas pela permeabilidade à cidadania (gestão com controle social e cuidado usuário-centrado).

Com esses eixos, pretendeu-se a auto-identificação inicial das experiências e, posteriormente, a busca de coerência entre formulação e matéria de expressão, a observação a partir da inscrição como experiência a ser observada, assim como agregar ao cotidiano em ato as questões teórico-conceituais e sistematizações da pesquisa sobre processos de ensino-aprendizagem requeridos por uma política de educação na saúde comprometida com a afirmação da vida na cidadania.

Diante dessa compreensão, apenas duas categorias serviram à classificação das experiências: ênfase na *rede de serviços* (componente do ensino, exposição às aprendizagens relativas à gestão setorial, organização de linhas do cuidado, formulação de políticas públicas de saúde e exercício do controle social) e ênfase nos *saberes e práticas* (componente do ensino e exposição às práticas cuidadoras, tecnologias do cuidado, formulação de projetos terapêuticos singulares, contribuição para autonomia dos usuários). Essas duas categorias são produzidas e reproduzidas no cotidiano das instituições de ensino da saúde e podem ser dispositivo de construção da

integralidade, na medida em que sua orientação pelo controle social ou pelos usuários (presente no interior das concepções de integralidade) seja tomada como idéia-força, motivo de avaliação, critério de transformação.

### Dimensão micro

A dimensão micro constitui o território das ações articuladas que se voltam sobre as estruturas econômicas, políticas e sociais mais objetivas, ainda que podendo ocorrer em conjuntos de territórios menos amplos. O desafio de se ressignificar o micro no âmbito da pesquisa decorre da busca de se criar um caminho peculiar para superação da dicotomia e dos dualismos, tais como indivíduo-sociedade, entre teoria-prática, Estado-sociedade, macro-micro. Nesse sentido, a dimensão micro é entendida não como um pólo ou extremo, mas um espaço de relações e interações, um território de flexibilidade e segmentaridade com as dimensões macro e molecular, cujas características encontram afinidades com o conceito de molar proposto por Deleuze e Guattari (1996).

Identificamos na dimensão micro um “lugar” de revezamento entre teorias e práticas, constituindo mesmo um “lugar-meio” como afirma Michel Serres, em *Filosofia mestiça* (1993). Na presente pesquisa trata-se de identificar os elementos constituintes que transformam as relações cotidianas nos espaços onde elas acontecem – ou seja, nas instituições, as “estruturas” de produção e reprodução social –, subvertendo as relações de poder em ambos os níveis que se interpenetram. Nesse sentido, as *instituições de ensino e saúde* ganham importância peculiar no território micro, cujos dispositivos institucionais criados evidenciavam questões mais prementes da formação para o cuidado.

Para tanto entendemos as instituições segundo a definição desenvolvida por Madel Luz, no clássico *Instituições médicas no Brasil: instituições médicas e estratégia de hegemonia*, que tem o significado de um conjunto articulado, como ligação vital de saberes e práticas com efeitos fundamentalmente políticos, envolvendo uma estratégia de luta – não necessariamente aberta – entre grupos e classes sociais constitutivos das instituições e inserido num bloco histórico. Com essa definição acentuamos sua transversalidade, isto é, sua presença em todos os níveis do

“edifício social”. A autora fala da necessidade de se analisar as instituições como núcleos específicos de poder, de modo a superar as formas convencionais de estudos do poder, tais como macroanálise do poder ou micro-análise das instituições (LUZ, 1986).

Interessa-nos identificar *dispositivo* nos sentido foucaultiano do termo, que pode ser utilizado para demarcar um conjunto heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas. O dito e o não dito são os elementos do dispositivo. Este é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos. A natureza do dispositivo é sempre estratégica e está inscrita num jogo de poder, onde habitam elementos discursivos ou não, ligados a uma configuração de saber sustentada por eles. A idéia de olhar utiliza os dispositivos como ferramenta para identificar os elementos que intervêm em uma racionalidade, uma organização (FOUCAULT, 1979).

Com essas noções, podemos operar as análises quanto à identificação das dinâmicas institucionais, na criação ou ocupação de espaços de decisão internos e externos ao ensino e cuidado, desenhos de formação, propostas de avaliação, processos de tomadas de decisões – pactos, acordos e negociações. A adoção da integralidade como eixo da organização das práticas pedagógicas compreende seleção de conteúdos que incluam diferentes atores, de forma participativa e campos de conhecimento como a saúde coletiva, com a devida contextualização e suas implicações para consolidação de modelos tecnoassistenciais e co-produção de projetos terapêuticos e sua gestão.

Delimitamos assim o campo de investigação nesta dimensão, destacando as especificidades das instituições de ensino e saúde, suas possibilidades de interação, relações e contradições, identificando seus efeitos e repercussões nas práticas dos atores implicados com a formação.

### Dimensão molecular

O termo “molecular” refere-se à unidade mínima da experiência de vida, implicação do desejo e da singularidade, referidos à vida cotidiana. O uso desse termo pode estar ligado à perspectiva íntima por onde passam os processos de transformação ou à perspectiva

dos fluxos singulares que atravessam processos de transformação. Identificamos em algumas fontes (nascentes de pensamento) afinidades para a construção dessa dimensão da metodologia.

O uso freqüente que Gramsci faz do termo mostra sua intenção de captar os processos de transformação, ao se posicionar tão perto quanto possível da experiência vivida, a ponto de identificá-los em seu próprio corpo e em si próprio. A noção de “molecular” é usada por Gramsci para observar os processos moleculares de transformação, tanto da sociedade quanto da pessoa. Inúmeras passagens de suas cartas, normalmente consideradas meramente “literárias” ou sujeitas a interpretações medicalizadoras ou psicologizantes, parecem, a nosso ver, considerações fenomenológicas com um senso dramático de generosidade, uma total exposição a um número de elementos que ajudam a entender os processos sociais. Suas reflexões e seus cálculos sobre a própria doença interligam a experiência vivida e a crítica sociocultural num processo contínuo de auto-objetificação. Seu corpo é objetificado enquanto espaço físico no qual agem processos de transformação (GRAMSCI, 1991; PIZZA, 2002).

Para esse autor, é uma objetificação dramática que reflete os processos que o atravessam e que, ao mesmo tempo em que o assustam e afligem, permitem que ele refina sua análise sobre os mecanismos por meio dos quais os sujeitos históricos são sujeitados a transformações da pessoa em relações de força específicas. O sentido dessa transformação não é psicológico, é estritamente político. O corpo é o terreno de um conflito entre hegemonias.

Por sua vez, essa perspectiva de Gramsci nos oferece leituras compreensivas da “complexidade molecular da vida real”, a qual decorre de um “pensamento vivido”, capaz de transformar seus estudos no cárcere em “experiência civil”. Assim entendida, a noção molecular permite identificar a existência de um novo sentir coletivo, “para justificar uma atividade prática, uma iniciativa de vontade” dos que da submissão querem passar para a conquista da autonomia, da liberdade, até chegar a uma visão de dimensões “ético-políticas” (SEMERARO, 1995). Semeraro (1995, p. 41) acrescenta que, em Gramsci, “de fato, o conhecimento e a vontade, embora distintos, não são duas esferas separadas do agir humano, mas se relacionam dialeticamente”. Com suas contribuições sobre a noção de molecular,

ele nos incentiva a desenvolver um novo modo de pensar, uma outra epistemologia e também uma nova técnica, que nesta pesquisa confere uma “estética” peculiar a cada uma das experiências estudadas. Como um verdadeiro “canteiro de obras”, cada uma das experiências tem na *práxis* o veio de produção de conhecimento, a partir da própria história das pessoas em suas dinâmicas cotidianas, suas contradições e criações.

Outra perspectiva que consubstancia a noção de molecular na pesquisa vem dos pensadores da diferença, Deleuze e Guattari (1995), que definem como molecular as linhas de fuga ao instituído presentes na configuração de qualquer sociedade, padrão de vigência ou unidade de certeza, porque é nas linhas de fuga que acontece “o primado do desejo” (DELEUZE, 1994). Linhas de fuga são potências de singularização; assim, o molecular define as instâncias disparadoras de mudança nos sistemas de pensamento, de escuta ou de visão de mundo. Uma vez que são moleculares, as linhas de fuga podem encaminhar processos de transformação cada vez mais singulares ou serem capturadas mais adiante de suas nascentes e reengendradas pelo vigente. Captar os processos singulares e dar-lhes guarida acaba sendo uma espécie de revolução molecular, a revolução do singular (GUATTARI, 1987).

Deleuze e Guattari (1996) acreditam numa resistência ao poder biopolítico de regulação da vida, uma resistência de afirmação da vida, ressingularização da biopolítica de regulação da vida para uma biopolítica de afirmação da vida, a resistência molecular, a revolução molecular. Para esses autores, nenhuma teoria crítica terá valor de transformação se não passar pelo plano molecular que toma os processos por sua natureza desejante (singular), identificada pelos fluxos de desejo na subjetividade (contrapostos às modelizações ou normalizações tradicionais).

Entendemos que as contribuições desses autores (Gramsci, Deleuze e Guattari) convergem para a compreensão de que dimensão molecular se expressa como dimensão da *práxis*, que consegue romper com padrões, certezas e instituídos, posicionando-se contra os códigos de vigência e contra qualquer tipo de exploração ou dominação no plano do cotidiano. Uma transformação de peso, que vem alterar relações sociais cotidianas, não produções de alterações apenas no plano

das macrorrelações (relações econômicas e sociais, por exemplo), rompendo com todos os condicionamentos impostos pela cultura de massas produzida pelo capitalismo e padrões culturais opressores tradicionais. Gramsci destaca o plano molecular marcado pela dimensão individual, passando pelo corpo, pelas células do corpo transformadas, porque sentem profundamente o *socius*, quando narra sua experiência com a crítica ao regime fascista autoritário que o torna cárcere e prisioneiro de sua doença<sup>1</sup>. Deleuze e Guattari, embora não estejam marcados pelo individual ou corporal, mas pela noção de fluxo que corta linhas de força disruptoras (linhas de fuga) do *socius*, falam de uma dimensão molecular que constitui coletivos.

Cabe, então, disputar a organização de coletivos orientados pela integralidade, captar o plano molecular da integralidade e não sua molecularidade, mas a organicidade, como diria Gramsci (1991; 1989), que lhe confere uma característica polissêmica e polifônica, sendo o dialogismo um de seus elementos constitutivos (PINHEIRO, 2004). Interessa o co-engendramento molecular e coletivo pela integralidade (aceitação ativa do outro, em contato com a alteridade, mediante práticas cuidadoras que desejam a autodeterminação do outro).

O molecular é desalienante, não se confunde com individualização ou particularização e se refere a uma afirmação positiva da criatividade, uma mobilização e motivação para a organização de coletivos, disposição em redes de mudança, recusa das certezas (para poder e ter poder de armar processos ativos de novidade, invenção e ousadia), processo de singularização de si, do cotidiano, das práticas e do mundo.

Nesta dimensão buscou-se observar como os atores refletem, vivenciam, reproduzem e criam suas práticas na formação em saúde os processos de trabalho e de formação. A cotidianidade das relações entre docentes, discentes, profissionais, gestores e usuários evidencia as transformações que se operavam em movimentos sinérgicos, assim como suas contradições, não somente como efeitos e repercussões das dimensões (micro e macro), mas seu reverso (do molecular no micro e macro), as quais engendraram *práticas eficazes locais de ensino* como crítica aos modelos de realidade, ali impostos hegemonicamente. Com isso, identificamos a interseção entre novos e antigos projetos educacionais e de saúde, os quais buscavam reconfigurar a formação

de profissionais com competências técnica e ético-política capazes de responder às demandas e necessidades dos usuários.

Com efeito, a dimensão molecular permitiu que os pesquisadores cartógrafos reconhecessem as práticas de ensino da integralidade – sentidos, significados e vozes – quando se constatava a predominância de cenários de ensino e aprendizagem diversificados, cuja construção de momentos educativo-pedagógicos envolvia diferentes atores implicados com a formação e o trabalho na saúde. Tais momentos evidenciavam uma forma crítica e reflexiva, socialmente comprometida, de os atores refletirem sobre os problemas de saúde individuais e das coletividades nos seus aspectos epidemiológicos, socioeconômicos e culturais. Interessante notar as repercussões e efeitos dos aspectos culturais sobre as práticas locais de ensino, os quais exigiam repensar a relação de anterioridade teoria x prática, levando em muitos momentos a uma dissociação entre conteúdos específicos e vivência prática.

Entre outros exercícios analíticos, a análise da dimensão molecular permitiu identificar diferentes configurações de saberes-poderes que orientavam e condicionavam as práticas dos profissionais de saúde e os profissionais da formação. A exigência de maior participação dos atores implicados com a formação e o trabalho na saúde tinha na tomada de decisão sobre os atos do coletivo o espaço público (PINHEIRO, 2005) de identificação de novas territorialidades de educação-saúde-trabalho. Nesse sentido, reconhecer uma rede de cuidados e seus atravessamentos nos levava a perguntar: quem se responsabiliza por qual coisa? O que o usuário tem a dizer disso? Daí surgiram questões que exigiam uma discussão, não menos rica e conflituosa, sobre os nexos constituintes entre vínculo, responsabilidade sanitária, projetos terapêuticos e alteridade com os usuários.

Diante do exposto, esta dimensão se reafirma como privilegiada na presente pesquisa, na medida em que delimita o território, o lugar, o cotidiano o espaço-tempo das experiências concretas. Nela buscamos uma interlocução crítica com a cultura, não apenas como produção de obras de arte, mas instituições políticas, forma de vida social, imposições e proibições, ressignificada no espaço local e no embate com os projetos políticos e pedagógicos existentes no movimento concreto de formação em saúde. Isso significou, como afirma



Gramsci, compreender-nos, e a cada um, progressivamente, na elaboração de uma própria concepção de mundo, de uma teoria do conhecimento e na construção de métodos que “cada pesquisa científica cria para si da forma mais adequada” (GRAMSCI, 1975).

### Das linhas analíticas

Para apresentar uma leitura possível sobre as práticas de ensino da integralidade em saúde, segundo o modo como atores do cotidiano do ensino universitário de graduação vêm refletindo, vivenciando, reproduzindo e criando práticas de ensino, segundo as dez experiências estudadas, foram sistematizadas cinco linhas analíticas. Estas são como linhas transversais nucleadoras das proposições observacionais, constituindo o tônus de uma dimensão “molecular” das práticas.

Essas linhas analíticas foram: processos/relações político-pedagógico-institucionais na saúde e relação entre os processos formativos e modelos tecnoassistenciais coerentes com o SUS; estratégias, táticas e processos decisórios na articulação entre educação superior e trabalho na saúde; seleção de conteúdos ao organizar currículos orientados pela integralidade e pelo desenvolvimento do SUS; cenários de aprendizagem nos processos de transformação do ensino para a integralidade; e, por fim, redes de cuidado supostas na integralidade em saúde e sua presença no ensino da integralidade.

As linhas analíticas pode ser assim resumidas:

- a) **Processos/relações político-pedagógico-institucionais na saúde e a relação entre os processos formativos e os modelos tecnoassistenciais coerentes com o SUS:** busca por articulações entre docentes, estudantes, profissionais e usuários, em que se situem os temas relativos à institucionalização do SUS e desenhos tecnoassistenciais inovadores/transformadores (dimensão 1); organização das práticas formativas para as práticas cuidadoras em saúde, desenho da formação, propostas de avaliação da aprendizagem e articulação e co-relação de forças entre ensino, atenção, gestão e controle social (dimensão 2); evidências de novos projetos educacionais e de saúde que contribuam cotidianamente para a formação de profissionais com competência técnica e ético-

política e cotidiano das relações entre docentes e estudantes diante das necessidades dos serviços e das demandas dos usuários (dimensão 3).

- b) **Estratégias, táticas e os processos decisórios na articulação entre educação superior e trabalho na saúde:** busca por articulações entre políticas de saúde e de formação (nacional, estadual e municipal) para a democratização dos processos formativos em espaços públicos de gestão, com participação e controle social exercido pelos movimentos da sociedade civil organizada (dimensão 1); criação e/ou ocupação de espaços institucionais de decisão internos e externos do ensino e do cuidado, configurando dispositivos de poder nas relações entre atores, mecanismos de avaliação, aperfeiçoamento e transformação dos processos de formação (dimensão 2); táticas para transformação no cotidiano do processo de formação-serviço, mapeamento e reconfiguração dos diversos saberes/poderes que orientam/condicionam as práticas profissionais e da formação, seus efeitos (implicações e articulações) com o processo de formação/cuidado (dimensão 3).
- c) **Seleção de conteúdos nos processos de transformação do ensino para a integralidade:** busca por articulação dos critérios político-pedagógicos que orientam a seleção de conteúdos na formação em saúde; formação inserida no movimento disciplinar-transdisciplinar e na intersetorialidade (dimensão 1); relação entre abordagem sociocultural dos conteúdos e métodos pedagógicos, inclusão de conteúdos que considerem sentidos, significados e valores da cultura local (saberes populares), organização de currículos orientados para a transformação dos processos de trabalho e relação dos conteúdos da saúde coletiva com o contexto da consolidação de modelos tecnoassistenciais inovadores em saúde (dimensão 2); produção, reprodução e transformação do conhecimento, em todas as áreas e nos diversos níveis de complexidade da atenção e do cuidado e a valorização do processo de tomada de decisão orientado à solução de problemas centrados em necessidades/demandas e na continuidade do cuidado (dimensão 3).

- d) **Cenários de aprendizagem nos processos de transformação do ensino para a integralidade (internos e externos):** busca por articulações ético-político-pedagógicas na definição e inserção dos cenários de aprendizagem (dimensão 1); redefinição das práticas pedagógicas e do cuidado, a partir de uma perspectiva de trabalho em equipe e de atividades coletivas de aprendizagem, o vínculo da formação ao processo de trabalho e aos problemas do cotidiano dos serviços, atividades orientadas para os problemas dos usuários, pautadas na continuidade e em espaços múltiplos de atuação – tais como localidade, família, organizações sociais e populares, rede de serviços de saúde, organizações não-governamentais (dimensão 2); contato e interseção entre processos de trabalho e de formação, por meio de novos olhares em cenários de aprendizagem diversificados, construção de momentos pedagógicos que envolvam a vivência e a reflexão crítica, socialmente comprometida, dos atores sobre os problemas de saúde individuais e das coletividades nos seus aspectos epidemiológicos, culturais e socioeconômicos e a valorização de espaços “agradáveis” de ensino-aprendizagem e para o cuidado (dimensão 3).

- e) **Redes de cuidado supostas na integralidade em saúde e sua presença no ensino da integralidade:** busca por articulações da participação na construção das redes de cuidado na integralidade da atenção e da inserção das linhas de cuidado como eixo estruturante do processo de formação (dimensão 1); integralidade como organizadora do trabalho de equipe e da rede de cuidado, dispositivos de formação na perspectiva de construção da rede de cuidado, previsão de atividades em vários níveis de complexidade, possibilidade de participação e vivência em ações intersetoriais e possibilidade de participação na construção e gestão de projetos terapêuticos (dimensão 2); valorização, no processo de formação, das múltiplas dimensões do adoecer (econômica, social, histórica, subjetiva etc), dos processos de trabalho como eixos que permitam o estabelecimento da responsabilização com usuário e serviço, e o desenvolvimento da sua autodeterminação, além das possibilidades de acompanhamento do usuário no seu “caminhar pela rede”.

O quadro a seguir apresenta de forma esquemática sua constituição.

**Projeto EnsinaSUS: práticas e processos na formação e no cuidado. Processos em análise: relação entre ensino, gestão, assistência, controle social. Atores: gestores / docentes / profissionais de saúde / discentes / usuários do SUS**

| DIMENSÕES<br>LINHAS                                     | MACRO<br>Contexto político-institucional<br>local e nacional   |  | MICRO<br>Questões da formação para o cuidado<br>("Dispositivos institucionais")  | MOLECULAR<br>Como os atores refletem / vivem<br>/ reproduzem / criam suas práticas   |
|---|--|--|--|--|
|   | Processos/relações pedagógicas político-institucional na saúde (docente / discente / profissional / usuário)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A institucionalização do SUS e de modelos technoassistenciais inovadores / transformadores.</li> <li>- Relação entre os processos formativos e os modelos technoassistenciais coerentes com o SUS.</li> </ul> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organização das práticas formativas para o “cuidar” em saúde, desenho da formação, propostas de avaliação de aprendizagem.</li> <li>- Articulação e correlação de forças entre ensino e serviços (profissionais e gestores) e controle social.</li> </ul>   |
| Estratégias/ táticas e processos decisórios/ lideranças | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulação entre políticas de saúde e de formação (nacional, estadual e municipal).</li> <li>- Democratização dos processos formativos em espaços públicos de gestão, com participação e controle social pelos movimentos da sociedade civil organizada e universidade.</li> </ul> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Negociação, pactuação</li> <li>- Criação e/ou ocupação de espaços institucionais de decisão internos e externos do ensino e do cuidado.</li> <li>- Configuração dos dispositivos de poder nas relações entre os sujeitos.</li> <li>- Mecanismos de avaliação, aperfeiçoamento e transformação dos processos de formação.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Táticas para a transformação no cotidiano do processo de formação-serviço.</li> <li>- Mapeamento e reconfiguração dos diversos saberes/poderes que orientam / condicionam as práticas profissionais e da formação.</li> <li>- Seus efeitos (implicações e articulações) com o processo de formação/cuidado</li> </ul> |
| Seleção de conteúdos                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Critérios político-pedagógicos que orientam a seleção de conteúdos na formação para a saúde.</li> <li>- A formação inserida no campo disciplinar, transdisciplinar e na intersetorialidade.</li> </ul>  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relação entre dinâmicas socioculturais dos conteúdos e dos métodos pedagógicos.</li> <li>- Inclusão de conteúdos que considerem os sentidos, significados e valores da cultura local (saberes populares).</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A produção / reprodução / transformação do conhecimento, em todas as áreas e nos diversos níveis de complexidade da atenção e do cuidado.</li> </ul>  |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <p>Cenários de aprendizagem (internos e externos)</p> | <p>- Perspectivas ético-político-pedagógicas na definição e inserção nos cenários de aprendizagem.</p>  | <p>- Organização de currículos orientados para a transformação dos processos de trabalho.<br/>- A relação dos conteúdos da Saúde Coletiva com o contexto da consolidação de modelos tecnossistêmicas inovadores em saúde.</p> <p>- Redefinição das práticas pedagógicas e do cuidado, a partir de uma perspectiva de trabalho em equipe e de atividades coletivas de aprendizagem.<br/>- Formação vinculada ao processo de trabalho e aos problemas do cotidiano dos serviços.<br/>- Atividades orientadas para os problemas dos usuários, pautadas na continuidade e em espaços múltiplos de atuação: comunidade, família, aparelhos sociais múltiplos, rede de serviços de saúde, organizações não-governamentais e outros tipos de vínculos;</p> | <p>- Valorização do processo de tomada de decisão orientado à solução de problemas centrados em necessidades / demandas e na continuidade do cuidado.</p> <p>- Contato e a interação entre os processos de trabalho e de formação, através de novos olhares em cenários de aprendizagem diversificados.<br/>- Construção de momentos pedagógicos que envolvam a vivência e a reflexão crítica, socialmente comprometida, dos atores sobre os problemas de saúde individuais e das coletividades nos seus aspectos epidemiológicos, culturais e socioeconômicos.<br/>- Valorização de espaços “agráveis” de ensino aprendizagem e do cuidado.</p> |
| <p>Redes de cuidado</p>                               | <p>- Participação na construção da rede de cuidado na integralidade da atenção.<br/><br/>- Inserção das linhas de cuidado como eixo estruturante do processo de formação.</p> | <p>- Integralidade como organizadora do trabalho de equipe e da rede de cuidado.<br/>- Dispositivos de formação na perspectiva de construção da rede de cuidado.<br/>- Previsão de atividades em vários níveis de complexidade.<br/>- Possibilidade de participação e vivência em ações intersetoriais.<br/>- Possibilidade de participação na construção e gestão de projetos terapêuticos.</p>  | <p>A valorização no processo de formação:<br/>- das múltiplas dimensões do adoecer (econômica, social, histórica, subjetiva etc);<br/>- dos processos de trabalho como eixos que permitam o estabelecimento de vínculo e responsabilização com usuário e serviço;<br/>- possibilidade de acompanhamento do usuário no seu “camunhar pela rede”.</p>  |

Com base nessa produção metodológica, que norteou a discussão e a análise do material empírico da pesquisa, foram organizadas atividades de compartilhamento. Estas contaram com a participação dos relatores das experiências, gerando os “movimentos cartográficos” (anexo C) e revelando a diversidade de questões singulares inerentes aos valores intrínsecos às práticas de ensino da integralidade em saúde.

Diante dessa constatação, a síntese das análises de cada uma dessas *linhas analíticas* fez brotar um conjunto de questões, a abertura de possíveis leituras e a indicação de objetos de investigação que afetavam os modos de *formar* em cada um dos cursos. Este fato, entretanto, corroborava a noção de que saúde não é campo privativo de nenhum núcleo profissional e exigia que a produção de evidências da pesquisa, coerente com a transversalidade de seu manejo analítico, se desse não pela identificação do curso, isto é, por seus núcleos específicos, mas pela inscrição dos atores implicados na formação em saúde no contexto institucional que identificava a pesquisa.

Assim, optou-se pela produção de textos de conjunto que sintetizassem os resultados da pesquisa, uma leitura cartográfica que ganha significado e sentido nas vozes dos estudantes, usuários, profissionais, docentes, gestores de ensino e de gestores do SUS nas dez experiências selecionadas nas cinco regiões do país, de cinco diferentes cursos da área de saúde. Cada uma das linhas foi resumida sem esforço de homogeneidade, preservando-se o que há de contraditório e de multiplicidade nas referências conceituais usadas em cada realidade. Da mesma forma, aceitou-se o que havia de conflituoso como expressão da disputa entre movimentos moleculares e formas micro ou macroterritoriais, valorizando-se as vocalizações pela defesa do SUS e a oportunidade de seus princípios e diretrizes ganharem visibilidade teórica e prática no ensino da integralidade, para formar profissionais com efetivo compromisso com o direito à saúde como direito de cidadania.

Ressaltamos que a construção da matriz analítica foi o ponto de partida para todos os que dela participaram. Seus efeitos e repercussões não se reduzem aos produtos e resultados por ela gerados, mas conferem peculiaridade a um certo modo de pesquisar, um fio condutor. Nesse sentido, no próximo capítulo iremos relatar a trajetória e o fio condutor da pesquisa, como um diário de bordo, para que possamos compartilhar com o leitor a experiência de práticas de pesquisas sobre integralidade em saúde.

## Referências

- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996.
- DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
- GRAMSCI, A. *Concepção dialética da História*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989.
- GRAMSCI, A. *Quaderni del carcere: a cura di V. Gerratana*. Torino: Einaudi, 1975.
- LUZ, M. T. *Instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- MACHADO, R. Introdução. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. p. VII-XXIII.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. p. 21-36.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-IMS, 2003. p. 7-34.
- PIZZA, G. *Antoni Gramsci and medical antropopoly now: hegemony, agencies and transforming persons*. Perugia: Università Degli Stugi di Perugia, 2002. Mimeo.
- ROLNIK, S. *Cartografia sentimental, transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.
- SEMERARO, G., *Gramsci e a sociedade civil*. Cultura e educação para a democracia. Petrópolis: Vozes, 1999.
- SERRES, M. *Filosofia mestiça*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

## Notas

<sup>1</sup> Este texto é fruto de reflexões coletivas e contou, ainda, com a participação dos seguintes pesquisadores do LAPPIS: Aluisio Gomes da Silva Junior, Francini Lube Guizardi, Gilson Saippa-Oliveira, Maria do Carmo dos Santos Macêdo, Claudia March, Bruno Stelet, Verônica Silva Fernandez e Regina Aurora Trino Romano. Reuniões técnicas e oficinas de textos constituem atividade regular das pesquisas realizadas no LAPPIS.

<sup>2</sup> Cabe citar uma seqüência de uma carta e uma passagem dos cadernos escritos na mesma época, março de 1933. Em ambos os textos, a análise das transformações moleculares da pessoa se torna particularmente dramática porque elas são inspiradas por uma piora do estado de saúde de Gramsci, a doença de Pott, e pela percepção que estar, segundo ele, “numa fase da minha vida a qual, sem exagero, posso definir como catastrófica”. É um momento especialmente grave quanto aos sintomas do adoecimento. Ver Pizza (2002).

# Operacionalizando a pesquisa: a trajetória e o fio condutor de construção da pesquisa

ROSENI PINHEIRO \*

RICARDO BURG CECCIM \*\*

GILSON SAIPPA-OLIVEIRA \*\*\*

MARIA DO CARMO DOS SANTOS MACEDO \*\*\*\*

A trajetória da pesquisa teve como fio condutor as atividades da linha de atuação EnsinaSUS do grupo do CNPq-LAPPIS<sup>1</sup>, iniciada em outubro de 2003, que se caracterizou como um projeto-movimento com duplo objetivo: mapear e sistematizar estudos sobre currículos profissionais voltados para a atenção integral à saúde individual e coletiva e integralidade do cuidado em saúde, assim como os efeitos de produção de subjetividade em suas diferentes inserções.

Diferentemente de outras formas convencionais de se realizar uma investigação, a pesquisa sobre as experiências de ensino na saúde nos obrigou a construir novas ferramentas e realizar diferentes exercícios analíticos, como já detalhado nos capítulos precedentes. No entanto, descrever a trajetória da pesquisa busca saciar o desejo de compartilhar as etapas de seu desenvolvimento, cujo percurso foi

---

\* Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; professora adjunta no Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS-UERJ; coordenadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br.

\*\* Doutor em Educação; professor de Educação em Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); coordenador do EducaSaúde - Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Educação, na UFRGS. Endereço eletrônico: burgceccim@mandic.com.br.

\*\*\* Cientista social; mestre em Saúde Pública; professor no Departamento de Planejamento em Saúde do ISC-UFF; membro do LUPA-Saúde; pesquisador associado do LAPPIS; doutorando em Saúde Pública na ENSP-Fiocruz. Endereço eletrônico: gilsonsaippa@vm.uff.br.

\*\*\*\* Professora assistente na Faculdade de Enfermagem da UERJ e pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: mariado@terra.com.br.

repleto de aprendizados dos “cartógrafos” pesquisadores docentes e discentes, à luz de seu objeto. O permanente desafio à criatividade de se pesquisar movimentos, objetos em constante construção, fez com que identificássemos, no campo da saúde coletiva, a prática teórica e metodológica para sua superação.

Para trilhar esse caminho, descrevemos o *modus operandi* e os principais movimentos e fatos que impulsionaram a execução da pesquisa nos anos de 2004 e 2005, cujos desdobramentos se concentravam em duas atividades específicas: a) estabelecimento de apoio às experiências inovadoras no campo da formação e educação permanente em saúde; b) desenvolvimento de metodologias para realização de análises dessas e outras experiências capazes de subsidiar as transformações nos processos de educação dos profissionais de saúde.

#### **Primeiro ano: 2004**

Em janeiro de 2004, apoiados num cronograma de atividades e definições sobre as etapas do processo de pesquisa, iniciamos o preparo do termo de referência para a convocatória das experiências inovadoras de práticas de ensino de cursos de graduação na área da saúde. Precisávamos delimitar noções, definições e pistas sobre o ensino em integralidade, capazes de evocar a apresentação de experiências concretas de suas práticas na formação em saúde. Definiram-se duas áreas temáticas e campos de atuação respectivos, com os quais os relatores das experiências identificariam os atributos habilitadores de sua participação no processo de seleção. Entendemos que nessa forma espontânea de apresentação e adesão, com aceitação prévia do protocolo de observação da pesquisa por parte dos relatores institucionais, cumpriríamos a um só tempo um duplo objetivo: estabelecer critérios para seleção dos campos de investigação e construir uma proposição observacional específica para a pesquisa.

Com isso foi possível abrir caminho para pesquisadores cartógrafos, ávidos por desenhar seus mapas e rotas de análise. O primeiro *mapa* produzido foi inscrito pelas próprias experiências nas áreas temáticas e campos de atuação propostos pela convocatória (anexo A). A partir dele se distinguiram os contornos das experiências, de seus territórios, tal como foram estabelecidas, para, a partir daí, produzir novas

leituras sobre novas possibilidades de práticas de ensino para a integralidade em saúde.

Nessa convocatória as instituições participantes foram informadas de que seriam submetidas a um protocolo de produção de conhecimento e observação científica (a pesquisa), cujos relatos selecionados comporiam o conjunto das experiências a serem estudadas por pesquisadores do LAPPIS. A pesquisa, de caráter exploratório, seria criada especificamente para este fim. Constava ainda do rol de informações que as instituições de ensino e os serviços envolvidos (locais citados pelas experiências) seriam visitados pelo grupo de pesquisadores para realização do trabalho de campo, no qual seriam utilizadas técnicas de coleta e registro de dados de natureza qualitativa e interpretação analítica. Os dirigentes das instituições responsáveis pelas experiências selecionadas se comprometeriam a facilitar e garantir o acesso às informações necessárias ao pleno êxito das atividades da pesquisa. Todos os procedimentos de pesquisa obedeceriam às recomendações constantes da Resolução nº 196/96, da CONEP, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os critérios para inscrição foram: a) contemplar pelo menos um dos campos previstos de atuação; b) ser instituição integrante de um pólo de educação permanente em saúde; e c) ter experiência de ensino-aprendizagem articulado com o SUS. As propostas deveriam contemplar, no mínimo: nome do curso de graduação e dados de identificação do dirigente e da instituição; nome do autor/relator; explicitação das relações da experiência com os campos de atuação e o exercício da integração ensino-pesquisa-extensão-documentação; cenário-contexto de implantação da experiência; projeto pedagógico; avaliação (caso houvesse) e/ou descrição do estágio de implantação.

Diferentemente de outras formas de convocação para realização de pesquisas, não foram oferecidos auxílios ou diplomas para os selecionados, como os processos que premiam *best practices* ou experiências exitosas, ou casos com alta capacidade de generalização ou mesmo multiplicação de suas evidências, como se os contextos em que elas se inserissem fossem capazes de ser multiplicados e reproduzidos, como os ambientes criados em laboratórios. Interessava-nos identificar pistas para a produção de práticas locais de ensino da

integralidade a partir de outro modo de observação científica. Suas experiências seriam fontes (nascentes) e substratos da produção de conhecimento sobre o tema, apropriados a partir da observação das especificidades locais coerentes com a diversidade política, social, econômica e cultural de cada lugar de formação e segundo as demandas por cuidado de saúde.

Com o lançamento da convocatória, cumpriu-se o principal objetivo da pesquisa: mobilizar experiências dos cursos de graduação em saúde, buscando conhecê-las e analisá-las, promovendo a divulgação de instituições de ensino e pesquisa destinadas à melhoria da educação dos profissionais de saúde em duas áreas temáticas definidas: a) integração com a rede de gestão e de serviços e com o controle social na formação e educação permanente dos profissionais, tendo em vista as interfaces com a educação, saúde e trabalho; e b) integração interdisciplinar e interprofissional de saberes e práticas usuáριο-centradas, para desenvolver e incorporar novas tecnologias do cuidado articuladas e produzidas nos serviços.

Enquanto isso foi apresentada pelo Ministério da Saúde e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde *uma política do SUS* para o diálogo com o ensino de graduação nas profissões da área da saúde: *AprenderSUS*<sup>2</sup>. A iniciativa contou com adesão maciça dos estudantes de graduação das várias profissões de saúde, de amplos segmentos populares, organizados principalmente em torno da Articulação Nacional dos Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (Aneps) e das Associações de Ensino das Profissões de Saúde, que chegaram a criar o Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (Fnepas), assim como as executivas de estudantes organizaram a Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde.

Foi no âmbito dessa política que o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, promoveu uma oficina nacional que, em parceria com o grupo de pesquisa LAPPIS, lançou, em âmbito nacional, a convocatória formulada por esse grupo. Parece evidente que a produção e lançamento da convocatória produziram efeitos e repercussões na pesquisa, como uma ferramenta eficaz para a definição das etapas seguintes da pesquisa, ou na construção de seu marco analítico, como forma de operacionalização.

Reafirmamos, mais uma vez, o caráter polissêmico e polifônico da integralidade quanto a seus sentidos e significados (PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2003, 2004 e 2005), agora nas práticas locais de ensino na saúde. Revelava-se uma diversidade de questões de práticas educativas, as quais exigiam a sistematização de suas evidências de forma rigorosa; a natureza dos elementos constitutivos e constituintes deveria ser analisada a partir de sua dinâmica local.

Com isso, o coletivo de pesquisadores percebeu a necessidade de *aprender a aprender* sobre seu objeto de investigação. A promoção desse aprendizado exigiu um giro de concepções e práticas dos próprios pesquisadores docentes e discentes envolvidos na pesquisa, a partir de suas experiências nos cursos de medicina da UFF e do curso de enfermagem da UERJ (HENRIQUES *et al.*, 2005; SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004).

Interessante frisar a freqüente defesa das entidades de classe (conselhos e sindicatos) sobre a “inviabilidade da convivência entre diferentes corporações”, para tratar de questões inerentes à formação de seus profissionais, tendo em vista os núcleos específicos de sua formação, sobretudo as atribuições e competências que cada profissão “acumulava”. Até aquele momento parecia impensável que professores e estudantes dos cursos de medicina e enfermagem, as duas maiores e mais antigas corporações na área da saúde, pudessem ocupar um mesmo espaço de reflexão sobre suas práticas de ensino e formas de avaliação do aprendizado. Daí surgiram várias perguntas: como profissões com objetos corporativamente constituídos, com “acúmulos” tão diferenciados, poderiam se unir, por meio de seus sujeitos da formação, para discutir pontos comuns às suas práticas de ensinar? E, caso conseguíssemos, como poderíamos compartilhá-los com outros sujeitos da formação de outras profissões?

A partir daí, consideramos esse momento o marco zero da pesquisa. Iniciamos uma série de encontros técnicos nos quais foram apresentadas e debatidas as experiências político-pedagógicas – FENF/ UERJ e ISC/UFF –, com os respectivos cursos de saúde. Contamos com mais de 20 participantes, entre docentes, pesquisadores e discentes desses cursos, com os quais estabelecemos uma “rede de conversas de rodas de vivências do formar”, que incluía desde as articulações conceituais e afinidades político-pedagógicas utilizadas

até os avanços, limites e possibilidades de transformação dos sujeitos da formação e seus efeitos e repercussões com a idéia da integralidade.

A iniciativa provocou intenso e profícuo debate, marcado pela ousadia e originalidade da discussão, enaltecida pelo despojamento dos integrantes das equipes em realizar um debate crítico e maduro sobre o tema. Com isso buscou-se superar as diferenças históricas das duas categorias profissionais – afinal, medicina e enfermagem concentram a maior força de trabalho em saúde – muitas delas fruto dos confrontos e disputas corporativas no campo da formação e da saúde.

Com a discussão sobre os referenciais teóricos e pedagógicos das duas experiências, foi possível delimitar o objeto a ser investigado, com as articulações teórico-conceituais pertinentes e o enfoque metodológico utilizado na pesquisa. Dessa discussão se construiu o marco lógico, com linhas operatórias de análise, as quais seriam capazes de identificar as experiências inovadoras de práticas de ensino centradas nos usuários. Nasce a matriz analítica das experiências.

Durante essa fase contamos com a participação de pesquisadores<sup>3</sup> convidados da área da educação e da saúde, que, com seus valores “estrangeiros”, contribuíram para que a pesquisa desejada não fosse completamente nossa, mas compartilhada e apropriada em linhas de investigação voltadas para a interface entre saúde, educação e trabalho. Com essas participações foi possível discutir temas relacionados à aplicação de metodologias de avaliação participativa em ações pedagógicas na área da saúde e da educação, que colaboraram com a reflexão em curso e com os primeiros exercícios na matriz analítica.

Nesse período procedemos à construção teórico-conceitual das categorias operatórias constitutivas do marco analítico e balizadoras da matriz de análise, constituídas mais tarde nas dimensões macro, micro e molecular de análise e das linhas (rotas) analíticas. Além disso, foram discutidas as estratégias a serem utilizadas no trabalho de campo, assim como a definição preliminar das equipes para coleta e registros de dados.

Com o fim do prazo estipulado pela convocatória, recebemos 75 relatos de experiências (anexo B), os quais foram cadastrados em um banco de dados criado especificamente para esse fim. Desses, foram selecionadas dez experiências de práticas de ensino, avali-

adas pela comissão de seleção como amistosas à integralidade em saúde. Os critérios de seleção consideraram quatro requisitos hierarquizados em ordem decrescente, quais sejam: regionalização, diversidade de cursos, natureza jurídica (público e privado) e representatividade na força de trabalho em saúde. Com um *score* de pontuação foram criados “marcadores de inovação” relacionados às áreas temáticas, assim como os campos de atuação correspondentes. Desse modo, todas as regiões geopolíticas do país tiveram ao menos um curso selecionado, o que, com os demais critérios e marcadores estabelecidos, permitiu desenhar a produção do primeiro mapa, assim como as linhas de rota do percurso do trabalho de campo (anexo C).

O trabalho de coleta de dados foi realizado nos meses de setembro a dezembro de 2004, e de janeiro a abril de 2005. Durante as visitas foram realizadas aproximadamente 120 entrevistas semi-estruturadas com docentes, discentes, representantes dos Conselhos Municipais de Saúde, usuários e gestores, tanto do sistema de saúde, como das instituições de ensino. Além das entrevistas, os pesquisadores utilizaram como técnicas de pesquisa: observação direta do cotidiano do ensino em seus múltiplos cenários de aprendizagem e grupos focais com estudantes, docentes e usuários de diversos períodos da graduação. Cada uma das experiências foi visitada por uma dupla de pesquisadores, que envolvia em geral um docente e um discente do campo da saúde.

Durante esse período foram realizadas três oficinas técnicas, com as quais se buscou compartilhar o diário de campo de cada dupla de pesquisadores que retornavam de sua “expedição”, o que resultou na construção de “dez movimentos cartográficos”. Esses movimentos geraram reflexões sobre as dificuldades e facilidades dos pesquisadores para obtenção dos dados.

Numa primeira aproximação com o universo das experiências foram identificados alguns aspectos interessantes que originaram os primeiros movimentos cartográficos. O principal foi a concentração de experiências na área temática “Integração de saberes e práticas usuário-centradas”, enquanto que as experiências relacionadas com a área temática “Integração de redes de gestão e de serviços com controle social” se apresentavam de forma bastante reduzida.

Tal evidência poderia nos ajudar a explicar o marcante distanciamento dos processos de ensino aprendizagem dos locais das práticas profissionais concretas, futuro mercado de trabalho de seus formandos. Considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos seus níveis de gestão de sistema, concentra o maior mercado de trabalho e o maior número de cenários diversificados de ensino-aprendizagem, essa evidência corrobora a assertiva sobre o desconhecimento de docentes, gestores de ensino, assim como estudantes do universo com o qual relacionariam seu futuro profissional. Essas e outras evidências surgiram de um exercício analítico produzido pelas impressões dos pesquisadores após o trabalho de campo, que permitiram produzir um segundo mapa (anexo C), reunindo os principais aspectos e relevância da pesquisa, fruto de aplicação da matriz analítica em cada uma das experiências visitadas.

Concomitantemente ao processo de análise da pesquisa, foram formulados textos analíticos que seriam discutidos em diferentes espaços do campo acadêmico, o que permitiu aperfeiçoar as questões e aprofundar as temáticas abordadas. Vale destacar a participação de pesquisadores da pesquisa em eventos nas áreas de ensino e da saúde, envolvendo diferentes cursos de graduação, além da pós-graduação, entre os quais aqueles promovidos pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva e pelo IMS-UERJ-LAPPIS, especialmente o “IV Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”. Este abordou o tema “Cuidado: as fronteiras da integralidade”, corroborando de forma substantiva a socialização de nossas perspectivas conceituais e percepções, para as quais contamos com pesquisadores convidados das áreas de ciências sociais e humanas em saúde, assim como representantes de movimentos sociais e gestores dos serviços de saúde e ensino.

### **Segundo ano: 2005**

Na esteira dos encontros realizados no ano anterior, iniciamos uma série de “oficinas de capacitação metodológica” para finalização do plano de análise, mediante a participação e organização de eventos de diferentes naturezas. Com a realização desses encontros, optamos pela revisão sistemática dos “mapas” das experiências, a fim de concretizar os movimentos cartográficos iniciados no percurso anterior, configurando um “atelier de conhecimento” de criação

permanente, no qual os pesquisadores trabalhavam os resultados finais de suas “expedições”.

Nele podemos exercer o pensamento face ao material empírico analisado, com o qual foram debatidos temas considerados necessários ao desenvolvimento da análise. Esse exercício, mais uma vez, nos desafiava e nos levava a tecer uma rede de relações entre teorias e práticas na pesquisa, permitindo que manejassemos o material coletado com a produção de resultados parciais. Desejávamos uma pesquisa útil, compartilhada e intercambiada, exigência fecunda para apropriação, pelos sujeitos da formação, dos diferentes cursos de saúde.

A partir dessas reflexões, foram-se constituindo as “linhas de rotas analíticas” que atravessavam os territórios pesquisados (em cada dimensão específica – macro, micro e molecular), acentuando a transversalidade de instâncias (econômica, política e social) e de *agires* (práticas) dos sujeitos implicados nas experiências das práticas de ensino para integralidade, como já dito.

Participavam dos encontros as demais iniciativas de pesquisa e ensino desenvolvidas pelo grupo de pesquisa do CNPq-LAPPIS. Para sua realização, contamos com apoio de CNPq e FAPERJ, desde a oferta de disciplinas na graduação e pós-graduação até a participação em eventos ou mesmo sua organização. Materializávamos aquilo que parecia mais difícil para muitos, *ensinar a pesquisa e pesquisar ensinando*. Pedro Demo (1994) já nos alertava sobre a indissociabilidade do ensino da pesquisa e o caráter formador da pesquisa no campo da educação. Mas o desafio de estar bem menos presente no campo da saúde é o posicionamento do docente dos cursos de saúde, sobretudo o núcleo específico, como um sujeito reflexivo.

Destacamos, nesse ano, a realização do “V Seminário Nacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”, cujo tema, “Construção social da demanda”, foi extensivamente abordado. O Atelier do Conhecimento continuava sendo um espaço proposto e organizado pelo grupo, e seus encontros mensais contaram com a presença de pesquisadores convidados de outros centros de excelência.

Procurando afastar os modelos pedagógicos tradicionais, pautados pela referência à transmissão de informações e conhecimento, o atelier teve por objetivo construir um espaço público de diálogo e



debate acadêmico, no qual os participantes (pesquisadores-docentes e discentes) colocavam suas perspectivas e produções relativas às temáticas propostas. Entendemos que esse espaço possibilita a construção solidária do conhecimento em saúde, em planos específicos de sua efetivação – ou seja, ensino, pesquisa e extensão.

O destaque nessa trajetória de construção da pesquisa foi a organização do encontro dos relatores das dez experiências visitadas e a equipe de pesquisadores do LAPPIS. Esse encontro foi de grande importância para a pesquisa, no que concerne à adoção de seus critérios de validação. Interessava-nos estabelecer critérios compatíveis com o tipo de pesquisa desenvolvida, sem marginalizar novas epistemologias, tampouco entrar nas “novas guerras de paradigmas” (ANDERSON; HERR, 1999). A estratégia adotada aproxima-se da ideia desses autores, como defende Ludke (2001), de que é melhor promover alianças produtivas (por que não, construtivas?) em cujos campos de batalha novos critérios de “validação” possam ser conferidos. Com esses critérios seríamos capazes de incluir cada qual sua expertise, naquilo que se convencionou chamar, no campo da educação, de *validade dialógica*.

A partir daí ampliávamos a comunidade epistêmica do grupo, na medida em que apresentávamos a trajetória da pesquisa, com o compartilhamento de vivências, aprofundando discussões metodológicas com os coordenadores das experiências. Mais que isso, possibilitávamos espaços de criatividade dos pesquisadores cartógrafos, aumentando a tessitura de nossas análises na elaboração do relatório final da pesquisa, assim como a produção de suas análises e resultados.

A dinâmica utilizada no atelier contou com três momentos de dispersão e integração: o primeiro foi a divisão do trabalho em dois grupos, quando os relatores das experiências trabalharam a matriz de análise da pesquisa, sob sua perspectiva, sem que fossem apresentadas as leituras e discussões dos dados feitas pela equipe do projeto. A partir das “linhas de rotas” que a compõem, sem a descrição de seu conteúdo e da divisão das dimensões de análise, os participantes discutiram os elementos que identificavam como pertinentes à sua experiência, construindo assim outra perspectiva da ferramenta analítica. No segundo momento discutiram-se esses

“mapas quase cartas” (matrizes) construídos pelos participantes da oficina, com a equipe de pesquisadores, que apresentou então os resultados parciais do projeto, provocando sinergismos entre as diferentes compreensões, momento que contou com a colaboração dos pesquisadores “estrangeiros” – críticos, convidados para o debate. No terceiro momento confrontamos as rotas de análises dos pesquisadores cartógrafos e dos sujeitos das experiências, gerando uma auto-análise coletiva e uma validade dialógica, e reitereando nossas assertivas em torno da pesquisa. Tal dinâmica foi uma estratégia “inovadora” de pesquisa e permitiu que os sujeitos da pesquisa exercessem, no limite, os objetivos de uma observação científica. Como diria Bourdieu (2002), chegava o momento de questionar as noções ou teses com as quais argumentamos, mas sobre as quais nunca argumentamos.

Compartilhamos a sensação coletiva de que o encontro produziu uma nova perspectiva das experiências de ensino, com a qual seus coordenadores problematizaram elementos centrais ao processo cotidiano de construção. Na avaliação final da oficina, os participantes relataram que naquele momento vivenciavam uma capacitação metodológica que os ajudava a perceber novos aspectos e leituras dos avanços e desafios das experiências pesquisadas, possibilitando novas perspectivas de atuação.

Após o encontro, o processo de produção de conhecimento se intensificou, tornando visíveis as transformações e inovações que ali se apresentavam como disposições preliminares para a configuração final do mapa. Todos os textos produzidos foram sistemática e exaustivamente discutidos pelo coletivo de pesquisadores, até sua confecção final e edição.

Finalizávamos assim mais uma cartografia, com seus registros, com a qual poderíamos iniciar nossa leitura, com a convicção de que, para efetivar o ensino da integralidade em saúde é preciso concebê-la como o pensamento em ação. Parafraseando Ferla (2002, p. 24), é necessário “recolher a âncora que fixa a produção científica no pólo da racionalidade da ciência moderna. Recolhê-la, para viabilizar o contato com suas dimensões exteriores”.

## Referências

- ANDERSON, G. L.; HERR, K. The new paradigm war: Is there room for rigorous practitioner knowledge in schools and universities? *Educational Resercher*, v. 28, n. 5, June-July 1999.
- BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. La nouvelle vulgate. *Le Monde Diplomatique*, mai 2000, p. 6-7.
- DEMO, P. *Pesquisa e construção do conhecimento*. São Paulo: Tempo Brasileiro, 1994.
- FERLA, A. A. *Clínica nômade e pedagogia mestiça*: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médica. 2002. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- HENRIQUES, R. L. M.; ACIOLI, S. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da FENF-UERJ. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p. 293-305.
- LUDKE, M. O professor seu saber e sua pesquisa. *Educação & sociedade*, ano XXII, n. 74, abril 2001
- SAIPPA-OLIVEIRA G.; KOIFMAN L. A Busca da integralidade nas práticas de saúde e a diversificação dos cenários de aprendizagem: o direcionamento do curso de medicina da UFF. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

## Notas

<sup>1</sup> EnsinaSus é uma linha de atuação do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS, que, numa perspectiva transdisciplinar, conta com a participação de pesquisadores-docentes e pesquisadores discentes de diferentes instituições, desenvolvendo projetos que são estruturantes e transversais a outras linhas de atuação do grupo. As atividades de pesquisa e ensino desenvolvidas por esses pesquisadores contam com apoio do CNPq, FAPERJ e UERJ, as quais interagem sinergicamente nesta e demais linhas de atuação do referido grupo.

<sup>2</sup> O AprenderSUS foi a primeira política do SUS (deliberada no Conselho Nacional de Saúde e não um programa de governo) voltada para a educação universitária. Envolveu apoio ao Fórum das Associações de Ensino das Profissões de Saúde e à Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde; a colaboração e engajamento na montagem do componente saúde no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), para a consideração da implementação das DCN; orientação dos cursos pela tematização da integralidade em saúde; implementação de experiências de trabalho em equipe de saúde e apropriação do SUS; interferência ativa na certificação e contratualização dos hospitais de ensino – fim do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde (Fideps), pela substituição por essas novas bases.

<sup>3</sup> Entre eles destacamos a professora Denise Leite, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e a professora Maria Elizabeth Barros de Barros, da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo.

## PARTE 2

### Noções fundantes: leituras compreensivas

# Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS<sup>1</sup>

RICARDO BURG CECCIM \*  
YARA MARIA DE CARVALHO \*\*

Este capítulo apresenta uma abordagem sócio-histórica a respeito da trajetória da educação superior dos profissionais de saúde no Brasil, de modo a enfatizar contextos institucionais, atores e práticas. A conformação da educação dos profissionais de saúde ou educação em ciências da saúde – como área de conhecimento –, seus efeitos e repercussões na pedagogia universitária são abordados à luz da reforma sanitária brasileira, buscando evidenciar o sinergismo entre educação e saúde como vigor às necessárias transformações no ensino da saúde. Trata-se de enunciar a educação da saúde como potencial movimento de inovação e produção de novas práticas sociais, cuja nova síntese seja o ensino da integralidade na educação dos profissionais de saúde.

## **A educação superior em saúde no Brasil**

A educação superior em saúde no Brasil tem início em 1808, com a vinda da família real portuguesa, quando são abertas por Carta

---

\* Doutor em Educação; professor de Educação em Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); coordenador do EducaSaúde - Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Educação, na UFRGS. Endereço eletrônico: burgceccim@mandic.com.br.

\*\* Mestre em Educação Física e doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); pós-doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ. Professora na Faculdade de Educação Física da Universidade de São Paulo (USP).

Régia, no Rio de Janeiro e em Salvador, as duas primeiras Escolas Médicas (Escolas de Anatomia, Medicina e Cirurgia) que, a partir de 1832, passam a oferecer, além da educação médica, a educação farmacêutica. Em 1839 é criada a primeira Escola de Farmácia, em Ouro Preto. Em 1879, por decreto imperial, fica determinada a estruturação de uma escola de farmácia, um curso de odontologia e um curso de obstetrícia junto às escolas médicas existentes. O ensino de odontologia ganha instituição em 1884, definida a expedição do título de cirurgião-dentista. Em 1890, é fundada por decreto federal a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro. A educação em enfermagem, entretanto, vai caminhar tanto com a educação superior quanto com a educação técnica profissional a partir dos anos 1920. Em 1899, na cidade de São Paulo é instalada uma Escola de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia. Já no século XX, ainda sem novas escolas ou cursos da área da saúde, são abertas por decreto federal, em 1910, as duas primeiras Escolas de Agronomia e Veterinária, ambas no Rio de Janeiro. Biologia, serviço social, educação física e nutrição tiveram seus primeiros cursos universitários criados no Brasil entre 1934 e 1939; já os cursos de psicologia, fisioterapia, biomedicina e terapia ocupacional pertencem à década de 1960, com histórias de abertura e consolidação que variam dos anos 1950-1970. Por fim, o curso de fonoaudiologia, como profissão técnico-científica, ascende em meados dos anos 1970.

Até o Brasil República, como vimos, medicina, farmácia e odontologia caracterizavam a educação superior em saúde no Brasil. Na Primeira República, temos o despontar da enfermagem. Agronomia e medicina veterinária, que vieram em seguida, guardam uma história junto aos movimentos das ciências agrárias e não das ciências da saúde. Do grupo de profissões emergentes nos anos 1930, nenhuma produz impacto imediato no setor da saúde, pois estão dirigidas às áreas *social, da educação, da alimentação e da pesquisa em ciências naturais*. Somente nos últimos quarenta anos, final do século passado, o país vai assistir ao crescimento das profissões de saúde, assim como à expansão da oferta de cursos nas várias profissões abrangidas pela área. A grande maioria dos cursos nasceu no Rio de Janeiro, seguido por São Paulo, registrando-se até hoje uma concentração na Região Sudeste: 51% da oferta de vagas na edu-

cação superior em saúde (contra 6% na Região Norte; 8%, Centro-Oeste; 14%, Nordeste; e 21%, Sul).

Entre os anos 1960 e 1970, explode a profissionalização das práticas, seja pela expansão da oferta de formação técnico-científica na área da saúde, seja pela abertura de escolas em todas as profissões superiores. Cursos de formação, antes com enfoque técnico-profissional, ascendem à formação técnico-científica, motivando a pesquisa nacional e a incorporação de tecnologias “armadas por aparelhos”, como nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. Entre 1991 e 2004 há expansão exponencial na oferta de vagas na educação superior em saúde.

### **A educação dos profissionais de saúde como área do conhecimento**

Uma concepção conservadora e utilitária marca os olhares e estudos dirigidos ao corpo desde o século XVIII e por todo o século XIX, na Europa. É esse corpo – considerado instrumento da produção –, que passa a ser rigorosamente observado e organizado à luz da ciência, especificamente sob uma noção de história natural (ciências biológicas), termos com que serão estruturadas as intervenções em saúde.

Esses saberes sobre o corpo biológico dos indivíduos significaram “libertação”, uma vez que evidenciaram uma história da causalidade das doenças (antes compreendidas como punição, manifestação sagrada etc.) e permitiram sistematizar e classificar condutas e procedimentos relativos ao corpo. Por outro lado, limitaram o entendimento do homem como um ser de emoções e interações, de afetos e autorias, cuja “humanidade” provém de sua vida em coletivos e em sociedade. De modo geral, apenas se elaboraram formulações parciais sobre o corpo, e um exemplo pode ser a freqüente comparação que se faz entre o funcionamento do relógio ou do carro com o funcionamento do corpo – análises mecanicistas, organicista –, este servindo o corpo como instrumento de diagnóstico, prevenção ou terapia, com dupla função: de instrumento, na sua relação com o trabalho, e de objeto, como aquele no qual se intervém. As práticas voltadas para o cuidado com o corpo afirmaram-se como práticas “neutras”, com poder de alterar as normativas individuais ou socioculturais, os hábitos e a própria vida dos indivíduos.

Durante os séculos XIX e XX, a educação dos profissionais da saúde privilegiou o paradigma biologicista (da anatomoclínica e da fisiopatologia) que colocou os hospitais como lugar da doença e da cura, o mais bem indicado para a formação em assistência à saúde. Buscava-se também, no século XX, unir de maneira sistêmica modelos de educação superior e pesquisa experimental emergente, razão médica e racionalidade científica moderna.

Nos cursos de formação em saúde observa-se, como consequência e em regra, que as disciplinas biológicas ocupam as primeiras ofertas nos currículos, antes que o estudante compreenda os sentidos ou uma história e subjetividade dos sintomas e sinais de adoecimento (anatomia e fisiologia distantes da semiologia, por exemplo). Nas disciplinas de anatomia estuda-se e toca-se o corpo morto, aprendendo do corpo seus órgãos e sua citologia, não sua dinâmica, seus estados, seus afetos. Sem referências a respeito daquele corpo para além da sua dimensão física, registra-se no imaginário técnico-científico da saúde um corpo como história natural, não um corpo com as singularidades do viver e do sentir. O estudante observa, toca, analisa e discute a respeito dos músculos, dos nervos, da disposição orgânica e fisiológica, em detrimento dos afetos, das implicações e das inscrições da experiência de viver. Muitos dos cursos passam a maior parte do tempo apresentando e formando a partir de um olhar – quando existem inúmeras possibilidades e, nesse sentido são olhares (no plural) – fixo, focado num corpo inerte, anistórico e descontextualizado da vida.

A intervenção profissional em saúde, entretanto, ocorre fundamentalmente pela perspectiva do cuidado e, por conseguinte, na dimensão do corpo vivo. Nesse caso, um corpo em interação com o *socius* e o ambiente, isto é, um corpo sob processos de subjetivação, em movimento e sensível. Em muitos processos de formação em saúde, somente ao final dos cursos o estudante vai contatar o corpo vivo, por meio dos estágios supervisionados, internatos e treinamento clínico, cujas consequências resultam numa formação distante ou pouco atenta à construção de práticas cuidadoras, já que o corpo vivo carrega história e marcas de vida: dilemas, sofrimentos, alegrias, gostos, necessidades, compreensões e culturas. Para o usuário, essa situação se torna profundamente danosa porque, quando vai ser aten-

dido, é acolhido ou assistido por meio daquele conhecimento dos primeiros anos, que está desvinculado da dinâmica das relações e que organiza um olhar e uma prática da dissecação do corpo em sinais e sistemas orgânicos, e não pela escuta ou sob contato com a alteridade.

Temos nessa tradição, sem dúvida, uma agenda técnico-científica da educação dos profissionais de saúde, mas é com a reforma do ensino médico nos Estados Unidos, no início do século XX, que uma pedagogia do ensino das profissões de saúde surge como um núcleo temático de formulação educacional e de produção de conhecimento pedagógico. Essa reforma, pelo convincente trabalho de Abraham Flexner em consolidar as opiniões veiculadas pelos estudos sob sua liderança, nas décadas de 1910 e 1920, quanto à avaliação do ensino médico, termina por sustentar que haveria um ideal científico de educação a ser perseguido pelas instituições de educação médica e, por extensão, por todo o ensino nas áreas identificadas com o estatuto de conhecimento técnico-científico em saúde.

Desde o Relatório Flexner, temos na seleção de conteúdos, metodologias e formas de avaliação da hegemonia da atenção hospitalar, das especialidades e do modelo curativo individual no ensino da saúde uma educação dos profissionais de saúde marcada por uma ciência das doenças; um corpo entendido como o território onde evoluem as enfermidades e uma clínica como o método experimental de restauração de uma suposta normalidade da saúde dos órgãos. Essa formação tem contribuído sobremaneira para a precoce especialização, um desejo pela superespecialização e a utilização excessiva de tecnologias por equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Pode-se falar de uma educação dos profissionais de saúde ou de uma educação em ciências da saúde, reafirmando-se a existência de um núcleo temático *entre as ciências da educação* ou *no interior da área denominada saúde coletiva*. Esta pode ser estudada como desafio à construção da formação e desenvolvimento dos profissionais e do próprio trabalho no setor da saúde, como afirmação do maior acolhimento aos problemas de saúde vividos pela população e como maior engajamento na construção de um sistema de saúde orientado pela integralidade no cuidado individual ou coletivo e na gestão de sistemas político-sanitários e serviços assistenciais.

A educação das profissões da saúde tem tradição em algumas áreas no mundo e designação pelos sistemas de localização da informação científica em ciências da saúde. Publicam-se periódicos especializados na temática, segundo essas áreas profissionais, como, por exemplo: *Educação em Enfermagem* (*Nursing Outlook*, desde 1953; *Journal of Nursing Education*, desde 1962; *Nurse Education Today*, desde 1981), *Educação em Odontologia / Ensino Odontológico* (*Journal of Dental Education*, desde 1936; *Revista Brasileira de Ensino Odontológico*, desde 2000), *Educação em Farmácia* (*American Journal of Pharmaceutical Education*, desde 1937), *Educação em Saúde Pública / Educação em Saúde Coletiva* (*Educación Médica y Salud*, desde 1966, absorvida, em 1995, pela *Revista Panamericana de Salud Pública*, *Journal of Health Education*, desde 1991, continuada, a partir de 2001, como *American Journal of Health Education*; *Advanced Health Sciences Education: theory and practice*, desde 1996), *Educação Médica* (*Journal of Medical Education*, desde 1951, continuada, a partir de 1989, como *Academic Medicine*; *British Journal of Medical Education*, desde 1966, continuada, a partir de 1976, como *Medical Education*; *Revista Brasileira de Educação Médica*, desde 1977), *Educação em Psicologia / Ensino em Psicologia* (*Psicología: ciencia e profissão*, desde 1981).

No Brasil, as principais publicações específicas abrangendo o conjunto da educação dos profissionais da saúde compõem o acervo da Saúde Coletiva: são as revistas *Olho Mágico*, iniciada em 1984, e *Interface: comunicação, educação e saúde*, iniciada em 1997. A maioria desses periódicos é localizada pelo *Index Medicus* e muitos estão disponíveis no Portal de Periódicos da Capes.

O núcleo temático da educação dos profissionais de saúde (ou educação em ciências da saúde) é multifacetado e abarca vários subtemas e objetos de produção de conhecimento: gestão da educação na saúde, formação docente, currículos e reformas curriculares, diretrizes curriculares nacionais, educação dos profissionais e inserção no mercado de trabalho, integração ensino-serviço, integração ensino-atenção-gestão-participação popular, currículos integrados, metodologias de ensino e avaliação, políticas e desenvolvimento de recursos humanos da saúde, coletivos organizados de produção da saúde, educação permanente do pessoal de saúde, residência médica e em área profissional da saúde, residência integrada em saúde, nova abordagem da clínica e da formação, educação à distância e

a educação nas áreas especializadas das políticas públicas de saúde (educação em saúde coletiva, saúde mental, saúde da mulher, saúde suplementar etc.).

Nos últimos anos, ampliaram-se significativamente as formulações, debates e reuniões científicas em torno da educação em ciências da saúde, instigadas principalmente pelas Conferências Nacionais de Saúde, desde 1986; pela Constituição Federal brasileira, que determina que o setor da saúde seja ordenador da formação de seus recursos humanos (leia-se, ordenador da formação de profissionais de saúde); pela formulação de Diretrizes Curriculares Nacionais, pelo Conselho Nacional de Educação, em substituição ao conceito de currículo mínimo; pela aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde, em 2003.

Surgiram no Brasil, a partir de 2003 algumas iniciativas nacionais marcando a educação na saúde pela interface com o Sistema Único de Saúde (SUS), tal como os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, as vivências e estágios para estudantes de graduação na realidade do SUS (VER-SUS), o SUS e os cursos de graduação na área da saúde (AprenderSUS) e pesquisa sobre o ensino da integralidade em saúde (EnsinaSUS). Também há um aumento recente nas publicações de livros e principalmente coletâneas sobre ensino em saúde. Os programas de pós-graduação em educação, em saúde coletiva e de desenvolvimento do ensino superior, no Brasil, assim como os grupos e núcleos de pesquisa, têm sido os espaços privilegiados de produção de conhecimento sobre a educação dos profissionais de saúde/educação em ciências da saúde.

### **Elementos de uma pedagogia universitária na educação da saúde**

Predominava no Brasil, até a República, a formação de *práticos*. Diversas formações contavam com a obtenção de um “Certificado de Aptidão”, mas o ensino fundamentalmente era livre, aprendia-se com os profissionais mais experientes e no desenvolvimento do exercício dedicado. A formação profissional em saúde estava associada à noção de aprendizagem pela prática, obtida em laboratórios ou em serviços onde se prestasse aquela assistência alvo da formação.

Ainda que profissões existissem, diversas áreas de especialidade não estavam contidas na educação profissional, tal como ofertada no ensino formal. Obtinha-se competência profissional em serviços com legitimidade consolidada ou mediante treinamento ministrado *por onde* ou *com quem* um aprendiz “estagiava sob supervisão”. O currículo e a pedagogia universitária eram auto-regulamentados, sem currículo mínimo ou sem diretrizes curriculares nacionais.

A partir da instalação do Conselho Federal de Educação, fica definida a tramitação para a autorização de funcionamento dos cursos superiores. A Lei Federal nº 5.540, de 28/11/1968 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior), definiu o conceito de *currículo mínimo*, que vigorou até a aprovação da atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei Federal nº 9.394, de 20/12/1996. O currículo mínimo – organizado em regime disciplinar – representava o conjunto de estudos e atividades correspondentes a um programa de formação a ser desenvolvido em período definido, com carga horária prefixada, composto por disciplinas consideradas obrigatórias para a profissionalização técnico-científica em causa e por disciplinas eletivas, oferecidas com o objetivo de ampliar ou complementar os conhecimentos previstos para o respectivo curso. Em 1997, em decorrência na nova LDB, esse arranjo disciplinar começa a ser revisto. A nova perspectiva é a das *Diretrizes Curriculares Nacionais* e não mais os currículos mínimos nacionais.

Contrariamente às definições previstas pela noção de currículo mínimo, uma nova pedagogia universitária se anuncia: não é mais o curso de graduação a única matriz da formação profissional; não se pode seguir supondo que competências profissionais, numa sociedade em permanentes e aceleradas transformações, possam ser asseguradas pela transmissão de conteúdos e pelo treinamento supervisionado; e não se admite mais que um título justifique autonomia técnico-científica sem atualização contínua ou educação permanente. Maranhão e Silva (2001, p. 154) sistematizaram a crítica ao currículo mínimo adotado: grade de conteúdos computados como créditos a serem somados, ainda que desvinculados entre si; fragmentação e dicotomização do conhecimento; desarticulação entre área básica (início dos cursos) e área clínica (períodos finais); indução precoce à especialização; ensino-aprendizagem centrado no hospital universitário

e dissociado do sistema de saúde; e um sistema de avaliação embasado na memorização da informação.

Como síntese, além disso, um currículo orientado para a prática individual e um modelo curativista das doenças. As reformulações provocadas decorreram da necessidade de – e incentivam – a maior flexibilidade dos desenhos curriculares, a liberdade para organizar as atividades de ensino e a diversidade das formações pela ampla participação nas realidades locais de saúde e ativa participação estudantil. No lugar do currículo mínimo, diretrizes curriculares nacionais, o que ainda é pouco compreendido, pois denunciam-se as iniciativas locais como prejuízo a uma sólida formação porque se idealiza uma formação perfilada nos grandes centros de implementação tecnológica do país.

Com um processo desencadeado em 1997, entre 2001 e 2004 foram aprovadas as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação da área da saúde, firmando-se nacionalmente 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* (formação de biomédicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, odontólogos e terapeutas ocupacionais). Algumas profissões nomearam o SUS nos objetivos da educação, identificando a relevância social da formação: a educação farmacêutica registrou o aposto *com ênfase no SUS*; a educação em enfermagem e em nutrição registrou ainda que *a formação do profissional deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS*. Na educação em enfermagem constou o acréscimo de que *o atendimento às necessidades sociais de saúde deve ser assegurado pela integralidade da atenção e pela qualidade e humanização do atendimento*.

Para o ensino em educação física e em psicologia, a atenção à saúde está definida como participação na prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde, segundo seus referenciais profissionais. O ensino de psicologia definiu a atenção à saúde como seu objetivo específico, além daqueles próprios de um egresso da educação superior. Para a educação médico-veterinária, a saúde consta como *intervenção de saúde pública* e para a educação em biologia a *atuação em prol das políticas de saúde*. Para a educação em serviço social não há referência específica à saúde, suas diretrizes são pela cidadania, relações

sociais e mercado de trabalho. Para o Conselho Nacional de Educação, a educação em economia doméstica integra o grupo das ciências da saúde e sua participação se faz pelo âmbito da promoção da saúde. A educação em agronomia, não listada entre as profissões da saúde, teve marcada sua atuação na área de saúde ambiental, uma intervenção em saúde pública, além de participar no controle de alimentos de origem vegetal, controle dos mananciais de água e da cadeia de produção de fitoterápicos e de alimentos terapêuticos.

Uma reorientação dos cursos de formação em saúde para a integralidade implica ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Duas questões acopladas: (1) ampliar o referencial de saberes e práticas com os quais cada profissional estuda e trabalha e (2) não posicioná-los isoladamente na ação de saúde, firmando o trabalho em coletivos organizados de produção da saúde (CECCIM, 2005). A integralidade, uma exigência ética da organização de práticas cuidadoras, perfila-se pela produção de projetos terapêuticos singulares, donde se presentificam sobretudo as profissões do assistir individual (a clínica como um dobrar-se ao leito do paciente), não se podendo esperar da totalidade de profissões referidas a mesma dimensão do cuidado. Essa clínica, entretanto, implica mudanças nas relações de poder entre os profissionais para que cada profissional chegue a ser um trabalhador em saúde e não um tecnocrata dos saberes profissionais; também implica mudança nas relações de poder entre profissional e usuário, para que se produza autonomia dos últimos e autopoiese dos primeiros.

A integralidade pressupõe práticas de inovação em todos os espaços de atenção à saúde, práticas em diferentes cenários (todos aqueles em que se dá produção de saúde e do cuidado) e práticas de análise crítica de contextos, problematizando saberes e o desenvolvimento profissional no âmbito das competências específicas de cada profissão. Então se ampliam e preenchem espaços não nomeados pela clínica do assistir individual, sem deixar de interrogar pelo acolhimento, responsabilidade pela cura e desenvolvimento da autoterminação dos usuários.

## Contextos e práticas de transformação do ensino da saúde

Na década de 1920, o Brasil incitava a formação em saúde à *saúde pública* e desencadeava processos vigorosos de introdução da formação para influir no estado de saúde da nação. A formação em saúde é chamada a reconhecer que sua atuação profissional não se resume ao compartilhamento de acervos de conhecimento e desenvolvimento da pesquisa em laboratório; é preciso que o exercício profissional altere positivamente a realidade de saúde. É preciso que a formação estabeleça íntima relação com as necessidades de saúde da população e se oriente pelos padrões epidemiológicos. Uma disputa que não diferencia cientificismo de sociedade; a sociedade representa o território onde se disseminam as doenças epidêmicas, demandando-se uma educação higienista dos profissionais de saúde.

Na década de 1940, um esforço cientificista da educação (ciência do ensino) se identifica com o movimento reformador americano representado pelo Relatório Flexner. Uma *flexnerização* da formação e do exercício profissional em saúde marca a presença da ciência no ensino das profissões de saúde e sua disciplinarização, inclusive pela departamentalização nas escolas, agrupando cadeiras e cátedras de ensino. Justifica a construção, reforma e ampliação dos laboratórios, definindo a construção, reforma e ampliação dos hospitais universitários, principalmente hospitais próprios (hospitais-escola), registrando um movimento que vigora isolado até o final dos anos 60, com eixo na prática individual e na formação orientada pelo modelo curativista das doenças.

Convém recuperar que o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde, formulado em 1946, começa alertar que saúde era expressão do *bem-estar físico, mental e social*. Portanto, o ensino teria de desapegar-se da biologia, como razão científica para a saúde, estabelecendo o intercruzamento com as humanidades (psiquismo afetivo e cognitivo) e com as determinações socioeconômicas (saúde e sociedade, saúde e história etc.) para uma reforma da educação não apenas instrumental, mas de orientação político-pedagógica.

Motor importante das mudanças ocorridas na educação dos profissionais de saúde foi, então, a atuação da Organização Pan-Americana da Saúde junto às instituições formadoras, mobilizadas exatamente para o debate sobre o ensino da saúde pública (movimento



preventivista). Nestas despontavam a necessidade de uma mudança de atitude dos professores, a integração curricular e a integração do ensino com o sistema de saúde para uma melhor formação dos profissionais e uma mais adequada participação na melhoria das condições de saúde da população. À saúde pública competia saber sobre a área social e de humanidades, pois a clínica perfilava-se pela ciência dos órgãos e pela pesquisa biológica.

Durante os anos 1950 e 1960, configura-se um movimento ou corrente de pensamento no mundo (movimento preventivista), que aponta a formação como estratégia para transformação das práticas de saúde e para o reconhecimento dos objetivos finais dos cursos de graduação (o trabalho esperado dos profissionais ao obterem a titulação profissional). As necessidades de saúde da população (o impacto das profissões de saúde no padrão epidemiológico e a qualidade da resposta dos serviços de saúde à busca por assistência e proteção individual e coletiva) são apresentadas como o mote para a transformação da educação dos profissionais de saúde. Há uma preocupação com a dissociação entre as estruturas de formação e as estruturas de incorporação de profissionais e as acumulações da saúde coletiva pressionam – historicamente – de maneira expressiva o ensino na área da saúde.

Reversamente, entretanto, não há o acompanhamento – de maneira relevante –, pelo sistema de educação, das necessidades de mudança. As reformas universitárias levam muito mais em conta os aspectos internos às instituições de ensino (racionalidade científica moderna) que a implicação da formação com os movimentos de transformação no interior do sistema empregador dos profissionais que se dirigirem ao mundo do trabalho e não para a pesquisa acadêmica, uma dissociação de racionalidades com amplo prejuízo aos usuários diretos das ações e serviços de saúde (indivíduos e populações).

Surge o interesse por aspectos pedagógicos do ensino na saúde que, aliados da época na qual, na educação, se está discutindo a introdução das tecnologias de ensino-aprendizagem (procedimentos e recursos didáticos embasados do uso de técnicas e aparelhos de sala de aula), serve à modernização das escolas e do ensino e à construção de uma suposta didática aplicada às ciências da saúde. Nesse momento é desencadeado um processo de articulação entre as escolas, que culmina em associações de escola no país e entre os

países da América Latina e do continente americano. A criação de associações e federações de escolas mais tarde evoluirá, em diversas profissões, para as associações, redes ou fóruns de educação, de ensino ou de escolas, tendo em vista a difusão de idéias relativas à mudança na educação dos profissionais de saúde.

A década de 1960, herdeira *do movimento preventivista* iniciado na Inglaterra e disseminado pelos Estados Unidos e Canadá, retoma a saúde pública no ensino das profissões de saúde, pautando a mudança pela denúncia da inadequação de um modelo de formação e exercício profissional cujo objeto é a doença e não a saúde, da internação hospitalar e não a proteção dos ambientes de vida e trabalho e da prestação de procedimentos e não do desenvolvimento da educação popular em saúde.

Na década de 1960, uma reforma da educação introduziu a abertura, nos cursos da área da saúde – notadamente, nos cursos de medicina, odontologia e enfermagem – de departamentos, disciplinas, setores ou áreas de ensino da saúde pública, principalmente no campo da saúde preventiva. Convergem positivamente: uma contestação à prática biomédica vigente e a denúncia da insuficiência do ensino de saúde pública para formar um profissional competente para as demandas da prevenção. A “reforma” não fez integrar as disciplinas da área de saúde coletiva com a área clínica, mas fez introduzir a noção de mudança na educação dos profissionais de saúde como um movimento organizado.

Na década de 1970, são os projetos de aprendizagem em *saúde comunitária* que ganham o debate sobre a mudança na formação, resultantes do entendimento de que se procedeu a uma *naturalização e idealização dos aspectos psicológicos e sociais*, descontextualizando-os da cultura, da história, das políticas da vida em sociedade, dos regimes de verdade ou racionalidades em cada agrupamento social ou coletividade – então é preciso voltar a atenção para os territórios da vida e compreender os contextos culturais locais. É um momento de auge da ditadura no país e também de introdução do direito à educação popular como um projeto de cidadania.

As contradições são inúmeras, pois o Estado coopta particularmente os setores da educação e da saúde para forjar uma aceitação tácita da cidadania ao projeto de sociedade no poder, onde a adap-

tação da formação de profissionais de saúde é particularmente interessante. O movimento preventivista, naturalizando o psicológico e o social, vai ao encontro das culturas e contextos locais para aplacar as más condições de vida, sem o debate político das chances de vida em outra organização social. No Brasil, as noções de corpo, saúde, doença e terapêutica estavam profundamente dominadas pelo pensamento militar no poder. O corpo saudável era um corpo examinado, disciplinarizado, comportado e sem demonstração de emoções, sob a “guarda” da educação física na escola, da educação para a saúde nas comunidades e da intervenção medicamentosa para eliminação de todos os tipos de sintomas. Todas as intervenções sobre o corpo são decisão das ciências da saúde e dispensam a “negociação/pactuação” com aqueles que “sentem”. Sensações não são relevantes, corpos assujeitados e exclusão do *si mesmo* dos corpos. Corpos apenas como “saco de órgãos”.

Diante do pensamento hegemônico, não havia subordinação total da ciência, da cidadania e das profissões, o que permitiu que a saúde coletiva reforçasse em seu campo o debate a partir das ciências sociais e humanas. Novos sanitaristas emergem, agora não mais à moda da saúde pública (de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas), mas pela expressão de uma posição crítica às práticas profissionais e à realidade social. Esse grupo vitaliza outro movimento, outra corrente, esta de caráter político (o sistema de saúde como um todo), o *movimento da reforma sanitária brasileira*.

Enquanto cresce a extensão de cobertura dos cuidados primários às populações de periferia urbana e rural nas grandes cidades e do interior, também se aprende mais sobre educação popular para a cidadania e se expandem as bases universitárias de um movimento de reforma sanitária. Já não podia mais ser a simples extensão de cobertura; era preciso alterar as relações sociais e cessar a geração de lucro empresarial sobre a saúde das pessoas e das populações. A saúde comunitária, então, habitava uma região híbrida entre “libertação” e “opressão” social, contribuindo para a realização de importantes reformas curriculares, desdobradas em muitos projetos de extensão universitária e *projetos extramuros*, mas que não alteraram o modelo de ensino, abrindo inclusive uma nova dissociação: a clínica é das ações individuais e território da cura; as ações de promoção da saúde,

prevenção de doenças e produção de qualidade de vida são de caráter populacional e pertencem à saúde pública. Dessa forma, excluiu a integralidade, segregou a clínica e restringiu a saúde coletiva.

Na década de 1980, posições inovadoras e de crítica aos modelos profissionais, assistenciais, educacionais e de desenvolvimento social reivindicaram novas *experiências para a integração ensino-serviço* que extrapolaram a aprendizagem em hospitais, valorizaram a aprendizagem em unidades básicas de saúde e recuperaram, em alguma medida, a integralidade, incorporando mais intensamente conteúdos de ciências sociais e humanas nas reformas curriculares. Sem desarmar a lógica do hospital como o lugar da cura e a lógica da doença como território da medicina, as novas visões de saúde e de corpo acabaram por criar novas disciplinas, prestigiar outras profissões e distinguir profissionais “talhados para a comunidade” e profissionais “talhados para o hospital”: os primeiros supostamente com menor apropriação da clínica e identificados com a saúde mental (uma área de fronteira); e os outros com a prática clínica sobre as doenças, com o poder de vida e morte nas mãos, supostamente mais científicos e mais profissionais, à medida que realimentam os regimes de verdade da racionalidade científica moderna.

Uma rede de experiências incentivadas, a Rede de Integração Docente-Assistencial, com projetos em toda a América Latina, trouxe materialidade e história à área de ensino da saúde, no sentido da integração ensino-serviço. As experiências de integração ensino-serviço (não apenas as incentivadas em rede) foram determinantes para a expansão das noções de atenção integral à saúde, de integração entre formação e trabalho, de integração entre ensino e pesquisa em saúde coletiva e de invenção de projetos interprofissionais na graduação, na extensão e nas especializações em serviço sob supervisão.

A noção de integração docente-assistencial demarca que não só é possível a interseção ensino-serviço, como ela é desejável em uma rede-escola do sistema de saúde e para a expansão dos programas de residência em todas as áreas profissionais. Do ponto de vista do sistema de saúde, esta é a década das ações integradas em saúde, da VIII Conferência Nacional de Saúde, da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e da Constituição Cidadã,

alvorecer e execução da reforma sanitária que culminou como Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado nos anos 1990.

Nos anos 1990, os projetos de integração ensino-serviço reconhecem a inclusão da representação popular no debate sobre as mudanças na formação e nos projetos de exercício das profissões para gerar serviços com capacidade de acolhida e escuta aos usuários. Os Projetos UNI: *Uma nova iniciativa da educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade* abriram caminhos de mudança nas reformas curriculares, desafiando a mudança de conteúdos para além da *saúde pública preventivista*, via *integração ensino-serviço-comunidade*, e para uma *saúde comunitária participativa*. O ideário reformista desse período não envolvia mais uma reforma conteudista, mas os aspectos formativos, nos quais a articulação com os serviços era fundamental e também a articulação com os representantes da população. Não se trabalharia com a montagem de unidades-escola pertencentes à universidade, mas com as redes locais de saúde.

Tais articulações foram fundamentais para transitar o ideário da reforma sanitária entre professores e estudantes de graduação, independentemente da sua relação com os conteúdos ou a especialização em saúde coletiva. No entanto, a saúde coletiva mudava sua própria orientação especializada, reduzindo conteúdos de medicina preventiva e epidemiologia descritiva para expandir o método epidemiológico como apoio aos sistemas locais de saúde e introduzindo a epidemiologia clínica.

Entre o final dos anos 1980 e meados dos anos 1990, uma mudança de paradigma decorreu dos Seminários Regionais e Nacionais de Ensino Superior em Enfermagem: a substituição do paradigma da *assistência às doenças* pelo paradigma do *cuidado humano*, gerando um Movimento da Educação em Enfermagem. Esse novo paradigma curricular preconizava a formação como cruzamento de competência técnico-científica e política, estreita relação entre processo de formação e trabalho e mudança nos marcos conceituais do trabalho em saúde, pela compreensão conjuntural do país e do contexto sanitário. O currículo deveria favorecer as práticas voltadas para as demandas de saúde da população, em consonância com os princípios da reforma sanitária. O movimento da enfermagem introduziu na ordem do currículo os temas do cuidado, da integralidade e da reforma sanitária brasileira.

Também nos anos 1990, merece destaque o projeto de trabalho da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) naquilo que inova em termos de proposta para uma reforma da educação nas ciências da saúde. Um primeiro recorte é o da articulação de segmentos reconhecidos como de interesse no debate do ensino: docentes (as escolas), segmento profissional (donde se destaca o papel de uma associação de ensino na profissão), gestores do sistema de saúde (ordenadores do trabalho em saúde) e estudantes (pela primeira vez no lugar de protagonistas). Outro recorte é o desafio de uma formação não mais orientada pelas doenças e pela intervenção das especialidades médicas, mas orientada pelas necessidades de saúde e pela intervenção integrada das ciências humanas, ciências sociais e ciências biológicas. Novidade importante é a integração ensino-trabalho (o sistema de saúde e não os serviços e a comunidade como campo de interface) e o protagonismo admitido e incentivado aos estudantes (ainda não experimentado, até hoje, na quase totalidade das profissões de saúde). Muitas das aquisições desse debate extrapolaram as fases específicas de acumulação do projeto e se consubstanciaram em textos de apoio produzidos pelos sanitaristas brasileiros, mobilizados durante sua problematização, tendo valor independente dessa “convocação” inicial. Embora não operacionalizado, o projeto da Cinaem desejava uma nova teoria científica do ensino e legou, em lugar das determinações do *Relatório Flexner*, as determinações da reforma sanitária brasileira.

Na mesma década, outro legado foi deixado de maneira organizada: a reunião, em toda a América Latina, dos projetos de articulação ensino-serviço-comunidade (rede de projetos UNI) e dos projetos de integração docente-assistencial (rede de projetos IDA). Ambos originaram uma avaliação conjunta dos seus limites à reforma do ensino da saúde, que culminou com a estruturação da Rede Unida e também uma teoria sobre a mudança na educação dos profissionais de saúde: a necessidade de ultrapassar uma profissão (um processo de mudança não se faz de maneira isolada por profissão); de ultrapassar um departamento (a mudança não é de conteúdo, mas de projeto de formação); de instituir a multiprofissionalidade (projetos intercursos de desenvolvimento e aprendizagem da atenção integral); de dar lugar aos usuários (gestão participativa dos processos de

mudança); e de ampliar a interação com o sistema de saúde (interface mundo do ensino e mundo do trabalho).

A construção de estratégias contemporâneas deve decorrer do aprendizado com a história dos movimentos de mudança: necessidade de instituir relações orgânicas entre as instituições de ensino (via práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação acadêmica), as estruturas de gestão da saúde (via acesso à informação de gestão setorial e junto aos cenários gerenciais e mediante colaboração técnica e financeira), os órgãos de representação popular (movimentos sociais e de educação popular em saúde) e os serviços de atenção (profissionais e suas práticas, prestação de tutoria e apoio). Daí o estabelecimento de compromissos da gestão do sistema de saúde com as instituições de ensino; compromissos das instituições de ensino com o sistema de saúde; protagonismo aos estudantes; interação com o conjunto da rede de serviços (saúde da família como estratégia de acolhimento e humanização, mas não como um lugar, pois o conjunto da rede é demandado pelos usuários e constitui lugar potencial de trabalho, sem hierarquia de qualidade); participação dos usuários com direitos de controle social; ensino e trabalho em saúde usuário-centrados (não o centro na técnica, nos procedimentos, nas rotinas ou na história natural das doenças, mas no acolhimento ativo da população em suas demandas e em projetos terapêuticos singulares).

Em 2004 foi apresentada pelo Ministério da Saúde e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde *uma política do SUS* para o diálogo com o ensino de graduação nas profissões da área da saúde: *AprenderSUS*. A iniciativa contou com adesão maciça dos estudantes de graduação do conjunto das várias profissões de saúde, de amplos segmentos populares, principalmente organizados em torno da Articulação Nacional dos Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (Aneps) e do conjunto das Associações de Ensino das Profissões de Saúde, que chegaram a criar o Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (Fnepas), assim como as executivas de estudantes organizaram a Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde.

Aprendemos, como novidade dos movimentos de transformação do ensino da saúde, a integração *ensino-trabalho-cidadania*, superação das alternativas de integração ensino-serviço e ensino-serviço-comu-

nidade. A educação dos profissionais de saúde não se dirige apenas aos serviços de saúde (lugar da atenção), um *praticismo*, mas ao *trabalho* (atenção, gestão e controle social) no setor. Além da sensibilidade assistencial e implicação com as realidades locais, a apropriação política do setor, a capacidade de compreensão e formulação intelectual e científica do campo em suas características de relevância social e impacto público, a história da organização dos sistemas de saúde no Brasil, a construção e os sentidos do controle social em saúde, há uma forte noção de rede e das cadeias do cuidado, a apropriação sobre a auditoria e a regulação dos subsistemas público e privado no SUS. Ou seja, uma integração entre ensino e trabalho (o conjunto, não a parte e nem a parte sem inscrição no conjunto), integração articulada, dirigida e orientada pela *cidadania* (do ensino, do trabalho e da participação). Não mais uma visão instrumental, *a comunidade*, como *locus de aplicação*, mas como o *local*, nascente da política de construção da cidade. Cidade como a inscrição do local no global, as localidades como nascentes de autoria de projetos de si, dos entornos e do mundo: cidadania (cidadania do ensino, do trabalho e do *socius* em que inscrevemos nosso ensino e trabalho).

### **Algumas conclusões: o ensino da integralidade e considerações sobre um novo modo de organização da formação em saúde**

A organização dos serviços e o trabalho, tal como o encontramos na rede campo de estágio, ou o posicionamento dos segmentos corporativos das profissões e dos governos também são processos formativos. A organização da educação é uma das dimensões da formação em saúde e não pode estar dissociada das demais. A acessibilidade das pessoas às ações e serviços de saúde, a qualidade do acolhimento, a responsabilidade com que as equipes estabelecem o assistir ou se referem às populações usuárias e os procedimentos pedagógicos adotados para ampliar a autodeterminação das pessoas no cuidar de si e construir ativamente sentidos à sua saúde devem ser matéria de debate durante a formação profissional. Isso inclusive diante das observações de que temos solicitado exames desnecessários e temos prescrito medicamentos de maneira excessiva ou em substituição a outras terapêuticas mais indicadas e que abandonamos as pessoas à sua própria sorte após *lições* de educação para a saúde,

em lugar de inventar caminhos para a produção da saúde em serviços e práticas legitimamente demandados.

As transformações do perfil epidemiológico e demográfico brasileiro são apenas evidências da necessidade de formar diferentemente para corresponder às necessidades de saúde da população. As demandas da sociedade para com a área da saúde aumentaram e ficaram muito mais complexas na contemporaneidade. As dificuldades que encontramos em controlar as doenças infecto-contagiosas e as crônico-degenerativas – como dengue, hanseníase, doença de chagas, Aids, obesidade, hipertensão, diabetes e câncer, entre outras – passam pela apropriação dos métodos clássicos de atuação da saúde coletiva, mas expressam a necessidade de uma saúde coletiva e uma clínica das profissões de saúde articuladas em intercomplementaridade. Os diferentes modos de as pessoas e os grupos manifestarem as conseqüências de fenômenos como envelhecimento, medo nas cidades, ritmos do trabalho e novas relações sociais, por exemplo, resultam em crescente aumento de categorias ou especialidades profissionais. Estas se justificam pela necessidade de garantir a conquista de condições mínimas de saúde para alguns e a manutenção das condições de saúde para outros, mas a maioria dos argumentos decorre da naturalização dessas condições e não de medidas para seu real enfrentamento.

O crescimento das especializações não garante a satisfação da população no que concerne ao atendimento, aos serviços e à própria relação com os profissionais de saúde e um dos fatores predisponentes a esta postura é justamente a fragilidade do ensino sobre o SUS na formação básica e a ausência dos termos da integralidade como critério para estipular as práticas. Há desconhecimento em relação à história da organização do sistema de saúde no Brasil, ao processo de sistematização, organização e implementação do SUS e o enfoque com que se opera o debate sobre os serviços está centrado na suposta diferença das condições de trabalho no setor privado e no setor público. A integralidade ainda é objeto de retórica, não de ensino.

As diretrizes curriculares nacionais para as profissões de saúde, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação e homologadas pelo Ministério da Educação, remetem à necessidade de mudança de rumo no que se refere à formação profissional. Constata-se a necessidade

de se voltar para os sentidos, os valores e os significados do que se faz e para quem se dirige nossa ação. As questões de natureza ética e humana, relativas à formação, têm sido preteridas na sala de aula, não sendo articuladas metodologias de ensino que instiguem o aluno a participar, construir implicação e assumir responsabilidades no seu processo de formação.

Os pontos levantados pelas diretrizes curriculares nacionais apontam para a mudança na educação da saúde em direção às *práticas cuidadoras, ao trabalho em conjunto dos profissionais da equipe de saúde e ao máximo compromisso com o SUS*. Isso significa rever o conceito de saúde, conhecer a realidade local com a qual se vai interagir e inventar a aproximação entre as profissões e dessas com o SUS, no intuito de ampliar capacidades de percepção e intervenção sobre a saúde.

É preciso superar definitivamente, via formação, que a clínica não carregue o sentido de ações individuais, e a prevenção e educação o sentido de ações coletivas, onde o acolhimento tenha o sentido de porta de entrada na pirâmide hierarquizada da racionalidade gerencial hegemônica. A clínica agrega práticas terapêuticas que envolvem proteção, educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com base nos aspectos corporais, sentimentais, vivenciais, grupais e institucionais, onde existem ações individuais e coletivas. A porta de entrada do sistema de saúde é aquela em que um usuário se apresenta e o acolhimento deve estar em todas elas, não para apresentar-lhe uma pirâmide assistencial, mas para proporcionar-lhe *inclusividade* na rede de cuidados do sistema de saúde. A vigilância à saúde não é um trabalho da integralidade, senão como parte do acolhimento e da clínica a oferecer no sistema de saúde como um todo.

Como projeto da integralidade, o ensino da saúde deve considerar cenários de aprendizagem, metodologias de ensino, seleção de conteúdos, avaliação e orientação ético-política coerentes e correspondentes.

Os *cenários de aprendizagem* devem envolver a gestão e a atenção de saúde, assim como a vivência nas instâncias de controle social em saúde, a compreensão do trabalho no setor privado e a regulação da saúde suplementar. Devem envolver a rede de serviços de saúde como um todo, pois todos os ambientes de trabalho em saúde devem ser conhecidos ao longo da formação e maior familiaridade e destreza devem ser proporcionadas pelos campos de atuação com maior expan-

são e perspectiva de empregabilidade, para que os profissionais recém-formados possam ingressar com maior autonomia profissional.

Os hospitais, como cenários de aprendizagem, são necessários mas devem ter reduzido seu conceito de *hospital-escola* para o de *hospital de ensino pertencente à rede de serviços de saúde*, onde a condição de ensino não se põe como escola para o tratamento de doenças, senão como estratégia complementar na malha de cuidados representada pelo sistema de saúde, cumprindo papéis de apoio matricial, avaliação de tecnologias, desenvolvimento de estratégias assistenciais e métodos de tratamento que possam de maneira crescente ser incorporados pelos *serviços de alta resolutividade ambulatorial* e de acompanhamento domiciliar. As *redes sociais* devem ser igualmente cenário de vivência e aprendizagem, pois pertencem aos itinerários terapêuticos reais e ampliam a apropriação sobre os sentidos do viver.

As *metodologias de ensino* devem passar pelo crivo de quais fatores de exposição estão sendo proporcionados, pois não se aprende apenas por transmissão cognitiva – desse jeito, apenas se memoriza. Para incorporar modos e perfis, são necessárias exposições de si e contato com a alteridade (o outro despertando diferença-em-nós). A implicação dos estudantes revela-se determinante de seu protagonismo, a ser reconhecido e incentivado, inclusive na atuação junto ao movimento estudantil. Projetos multiprofissionais, atuação docente multiprofissional em cada curso e ações multiprofissionais na pesquisa, extensão e campos de práticas precisam ser deliberadamente buscadas e prestigiadas.

A *seleção de conteúdos* deve-se fazer pela integralidade em saúde: suporte para as práticas de cuidado e curativas; aprendizagem da construção, busca e uso de informações; aprendizado sobre o desenvolvimento da autonomia dos usuários. Isso implica contatar, conhecer e compreender as redes sociais por onde circulam os usuários dos serviços de saúde; apropriação e problematização das políticas de saúde e dos desenhos tecnoassistenciais; desenvolvimento de capacidades intelectuais e práticas para o exercício do apoio matricial entre profissionais, entre especialistas e generalistas e entre especialidades; desenvolvimento de práticas de educação permanente em saúde e compreensão dos sentidos da participação. É fundamental operar com uma seleção de conteúdos coerentes com o critério de compe-

tências para o aprender a aprender, e não com o critério de cercar todos os conteúdos ou suas faces, ainda que superficialmente.

A *avaliação* deve envolver recursos de auto-avaliação (da implicação), avaliação em grupo das implicações, avaliação docente do conteúdo e das habilidades, conforme pactuação com os campos de práticas e com os estudantes e a avaliação por tutores dos campos de práticas. Uma noção de tutoria, prestigiada e apoiada pela instituição de ensino, é mais relevante que a contratação interminável de professores especialistas, subespecialistas, detentores de habilidades nesta ou naquela área de atuação. É fundamental que se constitua um sentido de tutoria forte, onde os serviços se percebam efetivamente formadores. Para isso, é necessária a construção conjunta das instituições de ensino e sistema de saúde para lograr uma rede SUS-escola.

A *orientação ético-política* dos cursos é critério na revisão permanente e a implementação das diretrizes curriculares nacionais deve estar voltada para a afirmação da vida pelo aporte das ciências da saúde (ciências da saúde e não ciências naturais), onde conhecimentos biológicos, humanísticos e sociais estabeleçam arranjos inovadores e inusitados. A nova síntese: ensino da integralidade na educação dos profissionais de saúde.

São longos os caminhos a serem percorridos na transformação da educação dos profissionais de saúde / transformação da educação em ciências da saúde, mas são caminhos de descoberta e invenção – portanto, caminhos de ousadia e criação. Algumas das melhores experiências estão dispersas, mas são concretas e inúmeras. O momento político resulta da produção de parcerias, de redes e da atitude de compartilhar tarefas próprias do trabalho de quem gosta de ensinar.

#### Referências

- AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Unesp, 2003.
- CARVALHO, Y. M. Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. Campinas, v. 22, n. 2, p. 9-21, jan. 2001.
- \_\_\_\_\_. Educação física e saúde coletiva: uma introdução. In: LUZ, M. T. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. N.

et al. (orgs.). *Educação médica em transformação: processos de mudança e construção de realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-178, set. 2004 / fev. 2005.

\_\_\_\_\_. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 259-278.

\_\_\_\_\_. Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 161-180.

\_\_\_\_\_. Por que uma Lei Orgânica da Educação Superior precisa contemplar de maneira especial e dedicada a articulação com o setor da saúde. *Olho Mágico*, Londrina, v. 12, n. 1, p. 35-45, jan-mar, 2005.

FERLA, A. A. *Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia de idéias oficiais e idéias populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas*. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. 2. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2004.

MARANHÃO, E. A.; SILVA, F. A. M. Formação médica: novas diretrizes curriculares e um novo modelo pedagógico. In: ARRUDA, B. K. G. (Org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: IMP, 2001. p. 153-168.

MELO, E. A. Formação médica e modelo de atenção à saúde: relações, situação e possibilidades. Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Sergipe, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Colegiado de Medicina. Aracaju, 2003.

MERHY, E. E. Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médica (e dos serviços de saúde). In: \_\_\_\_\_. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 135-147.

ROMANO, R. A. T. *Da reforma curricular à construção de uma nova prática pedagógica: a experiência da construção coletiva de um currículo integrado*. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde. Rio de Janeiro, 1999.

SANTOS R. C. Um ator social em formação: da militância à descrição e análise do Processo de formação médica no Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

#### Nota

<sup>1</sup> Este capítulo contém trechos de outros textos de seus autores que foram modificados segundo o ajustamento de seus fins ao presente documento.

## O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade

ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR \*

ANA LUCIA DE MOURA PONTES \*\*

REGINA LÚCIA MONTEIRO HENRIQUES \*\*\*

Neste texto procuramos sistematizar reflexões sobre projetos de formação de profissionais de saúde em redes de serviços. Tomamos como ponto de partida o cuidado na perspectiva de eixo constitutivo da integralidade na atenção à saúde e procuramos levantar pistas que ajudem a compreender e analisar experiências concretas de articulações entre universidade e serviços de saúde.

Entendemos que o cuidado no campo da saúde é sua própria razão de ser. É o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam nesse campo. Por isso, podemos utilizar o cuidado como uma categoria analítica para interrogar os modos como são produzidas as ações de saúde e organizadas as instituições responsáveis por essa produção.

Alguns autores desenvolveram teorias sobre o cuidado como um atributo quase exclusivo de algumas profissões. Na enfermagem, o elemento ou categoria “cuidado” é reconhecido como essencial na

---

\* Médico sanitário; doutor em Saúde Pública; professor no ISC-UFRJ; coordenador do GEGES-PROPP/UFRJ(CNPq); pesquisador associado do LAPPIS. Endereço eletrônico: agsilvaj@uninet.com.br.

\*\* Médica; mestre em Saúde Pública; residente em Medicina Preventiva e Social no Departamento de Planejamento em Saúde do ISC-UFRJ; membro do LUPA-Saúde. Endereço eletrônico: analu64@yahoo.com.br.

\*\*\* Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); professora assistente da FEUERJ e pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: rmhenriques@uol.com.br.

compreensão do perfil e do processo ensino/aprendizagem para a formação profissional. A partir da década de 60, nos Estados Unidos, buscou-se um corpo teórico e científico para explicar o cuidado de enfermagem. De modo geral, os teóricos da área enfatizaram uma preocupação com o sujeito e, também, com alguns princípios como saber ouvir, respeitar, acolher. Mesmo reconhecendo no cuidado um núcleo estruturante da enfermagem, Henriques e Acioli (2004) percebem dificuldades na sua identificação e categorização, pois o cuidado se reveste de múltiplas faces mesmo nessa corporação profissional.

Entretanto, Henriques e Acioli (2004, p. 295) alertam:

“ainda que o cuidado assuma tal importância na construção dessa identidade profissional, as práticas têm privilegiado o estabelecimento de procedimentos técnicos, criando rituais de procedimentos cada vez mais complexos, em detrimento da valorização do sujeito na construção de um cuidado integral”.

Essa ressalva se faz pertinente quando buscamos resgatar o cuidado como constitutivo da ação de todas as profissões de saúde. O trabalho em saúde tem como característica o encontro entre pessoas que trazem um sofrimento ou necessidades (usuário) e outras pessoas que dispõem de um conhecimento específico ou de recursos instrumentais que podem solucionar o problema trazido pelos primeiros (profissionais). Nesse encontro são mobilizados sentimentos, emoções e identificações, que dificultam ou facilitam a aplicação dos conhecimentos do profissional na percepção das necessidades de atenção ou interpretação das demandas trazidas pelo usuário.

Desta forma, entendemos que o trabalho em saúde é essencialmente relacional. Adicione-se a isso que entendemos a saúde como um direito e um processo de “afirmação da vida” – portanto, requer profissionais com um compromisso ético efetivo com os usuários e um modelo de atenção centrado no usuário e suas necessidades. Valorizamos, nesse processo, a dimensão do trabalho vivo em ato, nos momentos em que o trabalhador age com grau de liberdade máxima.

Entretanto, sabemos que atualmente se observa que o trabalhador é capturado pela lógica do trabalho morto, ou seja, na centralidade dos usos dos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados (MERHY, 2002). O cuidado está freqüentemente limitado à realização de procedimentos e centrado no trabalho médico, o que gera uma hierarquia e dependência no trabalho dos demais profissionais.

E o usuário é percebido como um objeto, substrato, no qual são realizados esses procedimentos. Assim, o projeto terapêutico<sup>1</sup> produzido por essa medicina tecnológica é “um somatório de atos fragmentados sobre um usuário insumo” (MERHY, 2002, p. 103).

Ressaltamos mais uma vez que o que ocorre no campo da saúde é o encontro entre um profissional de saúde e um usuário. O processo de trabalho em saúde ocorre a partir, e centralmente, nesse encontro, de dois sujeitos portadores de necessidades, desejos, conhecimentos, imaginário. Um momento singular no qual o usuário traz suas necessidades de saúde, e o profissional tentará responder às mesmas a partir de suas ferramentas e tecnologias disponíveis. Mas para que se possa expressar a potência criativa do trabalhador, a lógica estruturada de produção deve permiti-la e estimulá-la.

Dentro desta perspectiva, o conceito de “tecnologia” ganha importância e se apresenta mais amplo. Merhy (2002) propõe pensarmos em três valises tecnológicas nos processos de trabalho em saúde, sendo que cada uma expressa processos produtivos singulares implicados com certos tipos de produtos. Uma valise, a da mão, representaria o uso de equipamentos e ferramentas tais como exames laboratoriais, dados físicos, exames de imagens. Nesse processo produtivo específico ocorre uma predominância do momento morto em relação ao trabalho vivo do operador.

Numa segunda categoria de valise, a da cabeça, expressa pelas tecnologias leve-duras, os saberes estruturados dos profissionais dão significado às necessidades do usuário. Nesta valise, os saberes estruturados são o componente morto, mas no instante em que o profissional age sobre o usuário, utilizando-os de acordo com o momento, subjetividade e criatividade, expressa-se como trabalho vivo. A valise da mão ganha sentido e importância quando articulada com o processo produtivo da valise da cabeça.

Mas a valise que melhor expressa a incerteza e liberdade do processo produtivo dos atos de saúde seria a valise do espaço relacional trabalhador-usuário, que englobaria o uso das tecnologias essencialmente leves. Esse momento singular só se realiza em ato, “na ação entre os sujeitos que se encontram”, mas pode ser mais ou menos capturado pelas outras valises, ou seja, pelas tecnologias duras e leve-duras (MERHY, 2002, p. 98). É focando nesse espaço



relacional que percebemos que o processo de trabalho em saúde é construído histórica e socialmente a partir de disputas micropolíticas. Ou seja, ela é ordenada de acordo com a disputa dos interesses dos sujeitos envolvidos.

Desta forma, os trabalhadores da saúde atuam na produção do cuidado a partir de seus núcleos de competência específicos por profissão, associados à dimensão cuidadora de todo profissional de saúde. Diante de determinado problema de saúde, na produção de um ato de saúde, um profissional de saúde mobiliza seus saberes e modos de agir a partir de diversos núcleos. Primeiramente, o núcleo de saberes acerca do problema específico que vai enfrentar, sobre o qual irá utilizar os recursos do núcleo de saberes e práticas específicos de seu campo profissional, ambos cobertos pelo território da dimensão cuidadora que qualquer profissional pode exercer. Este núcleo das atividades cuidadoras de saúde é o território dos processos relacionais e engloba o uso das tecnologias leves que todo profissional pode exercer. Essa dimensão cuidadora está muito reduzida, ou seja, o modelo assistencial que predomina nos dias de hoje é organizado pelo núcleo específico de cada profissão, porém adotando a mesma lógica de organização do trabalho médico, ainda predominante e subordinadora das demais.

Vale a pena ressaltar que o modelo hegemônico de formação na saúde tem como características: privilegiar o estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas, com sólida formação em ciências básicas, concentração nos aspectos da atenção individual, aprendizagem prática em ambiente hospitalar e saberes e práticas estruturados em torno das especialidades médicas (SILVA JUNIOR, 1998).

Assim, no campo da saúde, o modelo hegemônico de organização de prestação de serviços privilegiou a objetivação dos problemas de saúde e desenvolveu tecnologias no sentido da exploração de aspectos biológico-mecânicos, produzindo intervenções nesse âmbito (SILVA JUNIOR, 1998; CAMARGO JR., 2003). Contraditoriamente, na busca de conhecer os mecanismos produtores de doenças, os profissionais de saúde distanciaram-se das relações com os seres humanos em sofrimento.

Ayres (2000) sugere que o espaço relacional profissional-usuário, embora apoiado por tecnologias, extrapola a objetivação desta e abre

espaço para a construção de intersubjetividades, e propõe chamar o que medeia essa relação de sabedoria prática. Enfatiza que “é forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem-sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência” (AYRES, 2004, p. 85). Ou seja, destaca que no cuidado existe um diálogo entre as tecnologias da saúde e “a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz”.

O cuidar nas práticas de saúde, segundo Ayres (2004, p. 86), demonstra sua importância ao propor:

“o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação de saúde. Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente”.

Ayres (2004) também enfatiza o espaço relacional profissional-usuário e o âmbito das tecnologias leves. Desta maneira, ganha importância a forma como se organizam as práticas de saúde, possibilitando mais efetiva e criativamente a emergência da subjetividade do outro, como as propostas de acolhimento, vínculo e responsabilização na organização da assistência à saúde. Também se valorizam as formas como se otimizam as interações entre os sujeitos e a incorporação de outros saberes e ciências. Na busca da pluralidade dialógica no campo da saúde, mostra-se enriquecedor o uso de linguagens artísticas, outras racionalidades médicas, saberes populares, o diálogo com as ciências humanas, na construção da interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Seguindo essa lógica de argumentação, o cuidado ganha materialidade na atitude dos profissionais frente aos usuários, nas tecnologias priorizadas na construção de projetos de intervenção e na mediação entre as várias possibilidades tecnológicas e o sentido prático para o usuário como sujeito no seu “andar a vida”. Nesses aspectos o cuidado é uma unidade nucleadora de saberes e práticas sobre integralidade, pois, longe de significar um conjunto de procedimentos ou atitudes isoladas, revela-se como um fio condutor de

sua construção na atenção à saúde. Integralidade na qual, em seus sentidos mais amplos, como local de encontro de sujeitos com demandas, necessidades e capacidades, fluxos de interação possibilitem o acesso às várias alternativas de solução de problemas e à construção de vínculos e de responsabilidades mútuas (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004).

Numa analogia ao que propuseram Silva Junior, Alves e Alves (2005), para analisar a construção de redes de atenção à saúde, propomos utilizar o cuidado como categoria analítica de experiências de ensino das profissões de saúde inseridas em redes assistenciais. Partimos de uma *dimensão macro* na qual buscamos observar a participação da universidade na construção da rede de cuidado numa perspectiva de integralidade na atenção à saúde e a inserção das linhas de cuidado como eixo estruturante do processo de formação.

A noção de rede de cuidados, como concebida por Reis (2003) e Franco e Magalhães Junior (2004), remete-nos à organização e gestão de uma rede de atenção à saúde centrada nas necessidades dos usuários e que tem suas práticas implicadas não somente no tratamento de doenças, mas na inclusão de pessoas em sistemas de produção de cuidados e de participação na afirmação da vida (CECCIM, 2005, p. 1). Essa intencionalidade implica o processo de desenvolvimento de ações em resposta às diversas manifestações de sofrimento e de agravos à saúde dos usuários. Esse processo ressignifica as consultas, os atendimentos e procedimentos para além da terapêutica, incluindo o conhecimento e a sensação de cuidado, assim como autonomia e desejo de vida em cada usuário (CECCIM, 2005, p. 2).

Para o desenvolvimento de linhas de cuidado, pressupõe-se o conhecimento sobre os territórios, a produção da saúde e da doença nas populações e, sobretudo, o modo de levar a vida dos usuários nos contextos que se inserem. Pressupõem-se também a análise e o ordenamento dos recursos existentes e necessários para garantir, nos territórios, serviços que promovam saúde, previnam doenças, recuperem doentes e se articulem na afirmação da vida.

A organização de linhas de cuidado busca estabelecer articulações entre equipes e fluxos de encaminhamento dos usuários, segundo suas demandas e necessidades, em uma malha de cuidados progressivos e ininterruptos na qual em cada ponto articulado assegure-se

acolhimento, responsabilização, resolubilidade de problemas e continuidade de atenção. Geram-se também informações que permitem analisar os problemas trazidos por indivíduos numa perspectiva coletiva, orientando ou aperfeiçoando a rede (CECCIM *et al.*, 2005). Com efeito, a perspectiva das linhas de cuidado visa a superar as propostas de redes hierarquizadas que impõem, burocraticamente, fluxos de utilização de recursos que restringem o acesso da população ou a fazem percorrer *via crucis* sem nenhuma garantia de resolução de seus problemas (CECÍLIO, 1997).

Essa perspectiva nos remete também à criação de formas inovadoras e substitutivas de atenção à saúde que, alinhadas ao modo de viver dos usuários, explorem a potencialidade de recursos dentro e fora do setor saúde *stricto sensu*, constituindo uma rede social de apoio à preservação da vida.

Observamos que muitas alternativas e caminhos para o cuidado integral estão sendo apontados por grupos religiosos, trabalhos desenvolvidos em organizações não-governamentais, associações comunitárias, movimentos sociais, grupos de promoção da saúde, entre outros que se inserem na categoria de apoio social.

“O apoio social pode ser entendido como os diversos recursos emocionais, materiais e de informação que os sujeitos recebem por meio de relações sociais sistemáticas, incluindo desde relacionamentos mais íntimos com amigos e familiares próximos até relacionamentos de maior densidade social, como os grupos e redes sociais. Trata-se de um processo recíproco – isto é, que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece apoio –, o que permite que ambos tenham uma sensação de coerência de vida e maior sentido de controle sobre a mesma” (VALLA *et al.*, 2004, p. 104).

Pois, se compreendemos que na discussão sobre o processo saúde-doença deve-se incluir a relação entre sujeito e ambiente, entendemos que no ambiente coexistem fatores psicossociais que podem atuar como estímulos nocivos e outros, como apoio social, protegem a saúde física e mental. Assim, a carência de contatos sociais e a sensação de falta de controle da própria vida têm forte influência no adoecimento e sofrimento (LACERDA; VALLA, 2004).

Deslocando a centralidade da doença em nossa análise, pode-se observar que a origem do sofrimento pode estar associada à perda de papéis sociais, a situação de relacionamentos significativos e pelos

eventos estressantes da vida, tais como risco de desemprego, fome, precárias condições de vida e a violência (LUZ, 2004). Desta forma, a origem do sofrimento nem sempre é o que os profissionais identificam; é necessário escutar e saber o que os sujeitos sentem e sofrem. Assim, o trabalho interdisciplinar e a articulação dos profissionais e pacientes em rede podem ampliar o cuidado e fortalecer as redes de apoio social. O modelo biomédico se afastou dessa perspectiva, sendo necessário resgatar na formação dos profissionais de saúde a dimensão de que:

“Por meio das atividades e grupos de apoio social, os sujeitos são estimulados a compartilhar as experiências pessoais, tanto as agradáveis como as que geraram dor e sofrimento, favorecendo, assim, a troca, a reciprocidade e o cuidado mútuo. Esse sentimento de pertencer a um grupo social e de encontrar ressonância com as dores dos outros auxilia os sujeitos a buscar possíveis soluções, que até então não haviam sido pensadas, para resolver ou aliviar os conflitos e sofrimento” (LACERDA; VALLA, 2004, p. 98).

Retomamos aqui a máxima de Ayres (2004), de que nas práticas de cuidado há de se considerar que se está ajudando a construir “projetos de vida e felicidade”. Desta forma, práticas de solidariedade e apoio mútuo podem ser consideradas uma alternativa aos valores de individualismo, competição e isolamento, presentes na sociedade, e que geram cada vez mais sofrimento.

Com isso, podemos afirmar que o apoio social nos permitir visualizar a forma como as classes populares estão se organizando e tecendo estratégias e táticas para enfrentar seus problemas cotidianos. Para que tais serviços (de saúde) contemplem de fato as necessidades sociais das populações, é preciso levar em conta, obrigatoriamente, o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que soluções buscam espontaneamente (VALLA, 1999).

Afinal, a biomedicina expropriou a saúde dos indivíduos, ao delegar para si os saberes e práticas legítimos para o cuidado com a saúde, desqualificando as práticas tradicionais ou alternativas. Mas numa perspectiva de cuidado que potencializa a realização de um projeto de vida e felicidade dos sujeitos, tem-se o desafio de aumentar a capacidade de indivíduos, grupos sociais e organizações terem controle sobre seus próprios destinos (VALLA *et al.*, 2004, p. 108). Essas dimensões são amplamente favoráveis para a construção da integralidade.

“Se, de um lado, o apoio social oferece a possibilidade de realizar a prevenção através da solidariedade e apoio mútuo, de outro, oferece também uma discussão para os grupos sociais sobre o controle do seu próprio destino e autonomia das pessoas perante a hegemonia médica, através da ‘nova’ concepção do homem como uma unidade” (VALLA, 1999, p. 12).

Estamos apontando, também no campo da formação de profissionais de saúde, a opção radical por um modelo de atenção que seja usuário-centrado, pois “seja porque como pessoas, todos temos o direito de sermos atendidos conforme nossas necessidades, seja porque este é o objeto da saúde: assegurar plena atenção às necessidades das pessoas” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1.401). Entendemos isto como uma opção ético-política a ser adotada por profissionais de saúde, professores, estudantes, gestores e usuários e, portanto, fundamental na organização e desenvolvimento dos profissionais de saúde.

Na seqüência desta discussão, trazemos a *dimensão micro* para a identificação das práticas de integralidade como organizadora do trabalho em equipe e da rede de cuidados em saúde. Sabemos que a escuta qualificada é um desafio para a formação de profissionais de saúde, pois não é uma prática consolidada dentro da mesma. A formação clínica clássica dos profissionais tem dificuldade de articular aspectos psicológicos e sociais do adoecer (FAVORETO, 2002; CAMPOS, 1992).

Os alunos aprendem com freqüência a entrevistar os usuários a partir de um roteiro rígido, voltado para a identificação de sinais e sintomas e não para a percepção de sofrimento e projeto de vida dos mesmos. Moura *et al.* (2002, p. 15) fazem uma análise – no caso da medicina – do aprendizado que ocorre nas tradicionais disciplinas de semiologia:

“O modelo freqüentemente ensinado na escola médica acentua o valor da anamnese dirigida através do preenchimento de formulários impressos. São campos estreitos que devem ser preenchidos com números, sinais, abreviações e poucas palavras. [...] O paciente não poderá falar outra coisa a não ser o que foi perguntado e deve fazê-lo o mais diretamente possível, sem rodeios ou comentários ‘irrelevantes’. [...] O discurso do paciente, suas emoções, o que mais o preocupa e os seus conflitos não encontram espaço nos pequenos campos a serem preenchidos.”

Os estudantes da área de saúde costumam se identificar com uma postura ativa de quem *faz* anamnese, *faz* exame, *faz* diagnóstico e *faz* tratamento. Desta forma, na percepção dos mesmos, a postura de ouvir é tomada como demasiadamente passiva para esse perfil. Os estudantes têm dificuldade de perceber que a escuta é um processo ativo de perceber questões e aspectos que causam sofrimento para o usuário e que viabiliza a construção de projetos terapêuticos e de vida para buscar resolver os mesmos (MOURA *et al.*, 2002).

Assim, em serviços onde o princípio da integralidade orienta o processo de trabalho das equipes, é possível a vivência dos alunos e professores em iniciativas de escuta qualificada das demandas da população e das várias visões sobre as demandas, produzidas pelo olhar diferenciado dos vários profissionais envolvidos que, numa visão inter ou transdisciplinar, se aproximam das questões e formulam projetos articulados de intervenção. Nessa perspectiva, a iniciativa de estudantes e professores pode agregar capacidade analítica e ampliar as formas e espaços de atuação sobre os problemas priorizados.

A existência de espaços coletivos para pensar a gestão da produção do cuidado reforça a perspectiva de orientação político-institucional, no sentido de garantir a integralidade. Sabemos também que a escuta entre profissionais é um desafio, há uma dificuldade para perceber outras visões e estabelecer diálogo com elas. É mais fácil fragmentar a compreensão dos problemas e atuar em sobreposição aos vários profissionais da equipe (SILVA JUNIOR *et al.*, 2003).

Segundo Peduzzi (2001, p. 106), o trabalho em equipe multiprofissional pode-se configurar como agrupamentos de agentes, no qual predomina a fragmentação, ou integração de trabalhos, que aponta para a integralidade das ações de saúde. O ponto de destaque para a integração de trabalhos seria a comunicação, “concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe [...] (levando à) elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou, mesmo, cultura comum”.

Apresenta-se, assim, a recorrente discussão acerca da divisão do trabalho em saúde centrado na prática e saberes dos médicos, que se constitui como núcleo central a partir do qual outros trabalhos especializados derivam. É necessário, portanto, uma menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos profissionais de

saúde. Retomamos aqui a análise de Merhy (2002) sobre a necessidade de ampliação e resgate da dimensão cuidadora dos diversos profissionais de saúde, que representa o campo de ação comum de todos. E o trabalho multiprofissional não pressupõe abolir as especialidades; o núcleo de competência específica de cada profissional deve ser valorizado de acordo com o projeto terapêutico construído pela equipe com cada usuário.

Em serviços cujo modo tradicional de operar é hegemônico, a inserção de alunos e docentes comprometidos com as transformações na direção do cuidado e da integralidade pode provocar reflexões sobre o papel da equipe, o processo de trabalho, as necessidades da população, a articulação dos serviços e a construção de projetos terapêuticos.

Observamos que, de modo geral, na inserção dos alunos nos serviços prioriza-se a chamada “rede de atenção primária”, em que a possibilidade de articulação entre a compreensão do modo de vida e necessidades das populações, com a forma de organização dos serviços na produção de cuidado é mais intensa. A outra inserção privilegiada da universidade é no nível de maior densidade tecnológica, nos hospitais especializados e universitários onde o modelo hegemônico, centrado em conhecimentos especializados e de doenças, é mais cristalizado.

Porém, novos espaços nessa rede de cuidado apresentam desafios por articular e interligar esses dois “extremos” tecnológicos, como a expansão da assistência e internação domiciliar de pacientes crônicos graves. Devido à transição epidemiológica, demográfica e maior auxílio tecnológico para lidar com quadros graves, cresce o número de doentes crônicos que necessitam de cuidados no domicílio. Ademais, o peso excessivo com os gastos na atenção hospitalar e o modelo hospitalocêntrico têm sido questionados na análise dos gastos públicos. O Ministério da Saúde preconiza a internação domiciliar como diretriz para a equipe básica de saúde (SILVA *et al.*, 2005). Para esses pacientes, o primeiro desafio da equipe é a mudança de foco do projeto terapêutico, da cura para a estabilidade do quadro. As internações para esses casos têm como objetivo o controle de algum sintoma, sendo que a continuidade do cuidado também se dará no domicílio pela família ou cuidador (MOURA *et al.*, 2002).

Observamos que as soluções para lidar com alguns desses casos podem estar fora do hospital, em dispositivos assistenciais substitutivos, o que desafia a equipe a articular vários níveis e instâncias de terapêutica ou apoio social.

Segundo Moura *et al.* (2002, p. 14):

“O paciente no hospital freqüentemente é visto como um ‘caso’. O fato de se optar por atendimento domiciliar faz com que o ‘caso’ ganhe nome e endereço, o que por vezes é insuportável ao profissional de saúde. Este se sente ‘desnudo’ – sem os colegas, sem os laboratórios, máquinas, sem o hospital que o protege – no território do paciente, sua casa e seu contexto”.

No campo que se apresenta, é forçoso o desenvolvimento da capacidade de avaliar a indicação de modalidades terapêuticas como internação hospitalar ou domiciliar, não só com a lógica econômico-financeira ou racionalizadora de recursos tecnológicos, mas incorporando no cálculo de viabilidade o desgaste emocional da família, a capacidade desta para assumir novos encargos financeiros e outros.

A competência para lidar e cuidar em casa de um membro da família que depende de tecnologia ou que sobreviveu graças à presença de tecnologia pesada não se constrói rapidamente; é um processo que envolve aspectos subjetivos e afetivos, além da capacidade de manipular conhecimentos e procedimentos técnicos. Esse tipo de situação mostra que a complexidade para lidar com essas situações não é só do campo das tecnologias duras, de materiais e equipamentos, mas também da dimensão afetiva e relacional. A necessidade de articulação entre os vários serviços e níveis de hierarquia da rede é determinante para a integralidade no cuidado desses usuários.

A atuação nos dois extremos da “rede hierarquizada”, de forma desarticulada, acaba por reforçar uma pretensa “hierarquia tecnológica” em que a valorização do conhecimento recai sobre a mediação de máquinas e equipamentos. Advogamos que as tecnologias relacionais (leves) são necessárias em todos os níveis de atenção e têm a potencialidade de promover as transformações qualitativas desejadas na rede de serviços. Quando falamos de “complexidade tecnológica”, às vezes não nos lembramos que escutar um usuário, compreender suas demandas e contextos de vida, articular conhecimentos e ações para dar respostas e pensar dimensões coletivas e individuais são tarefas que requerem conhecimentos altamente complexos. Talvez

mais complexos que a realização de um sofisticado exame de imagens ou métodos gráficos. Hierarquizamos as tecnologias pelo que agregam de equipamentos e não pela importância que têm na conservação da vida.

A complexidade de lidar com os seres humanos e seus sofrimentos requer o uso transversal de tecnologias de relação (leve) na condução de projetos terapêuticos que envolvem vários serviços com aportes diferenciados de tecnologias (equipamentos). Por isso, a inserção do ensino de profissionais de saúde deve ser em redes onde se possa vivenciar seus vários pontos, com suas especialidades e resolubilidades, assim como os fluxos de acesso e retorno dos usuários em seus projetos terapêuticos.

O espaço relacional das tecnologias leves desafia o profissional de saúde, por sua dinamicidade, a relação profissional-usuário deve amadurecer, “ser flexível, adequar-se ao momento da relação, às inúmeras situações, às habilidades e posturas de cada interlocutor” (MOURA *et al.*, 2002, p. 15). Um profissional rígido pode ter uma postura de julgar o usuário e sua família e responsabilizá-los ou culpabilizá-los em relação às dificuldades, problemas e até mesmo condições de saúde que se encontram. O profissional deve ser capaz de lidar com as diferentes expectativas que surgem na relação com o usuário, de acordo com estágio e severidade da doença, idade, contexto familiar, possibilidade de recursos internos e externos, situação socioeconômica (MOURA *et al.*, 2002).

Ademais, o próprio profissional de saúde é um indivíduo singular, com expectativas, desejos, inserido sócio-culturalmente num certo contexto, que possui sua própria trajetória e projeto de vida. Nesse âmbito, ganham importância características como a confiança que se estabelece na relação com o usuário e a intuição do profissional para identificar problemas e soluções, aspectos que não estão no âmbito da ciência propriamente dita. Adicione-se a isso a capacidade de fazer o usuário se sentir percebido como um ser humano e de, eventualmente, perceber que a ajuda que podemos oferecer é a companhia num momento de sofrimento, ou seja, valorizar a afetividade. Numa sociedade que prioriza o “fazer”, a técnica, a rentabilidade e eficácia, esses aspectos se configuram como um desafio na formação de profissionais de saúde.

Neste contexto, ganham importância conteúdos e instrumentos das ciências humanas e sociais, além de outras formas de linguagem, como as artes. Assim, o desafio do momento é, reconhecendo os limites da construção científica, redimensionar os limites da ciência, revalorizando e ampliando a interação com outras formas legítimas de apreensão da realidade, como propõe Czeresnia (1999).

### **Considerações finais**

A participação da universidade na rede de cuidados significa que em sua articulação com os serviços de saúde há de apresentar sinergia inerente ao seu modo de funcionamento e natureza de suas ações como uma concreta rede de serviços de saúde, com responsabilidades mútuas e ações pactuadas em torno dos interesses dos usuários e da coletividade. Ações estas que buscam a integralidade da atenção à saúde, cuja articulação com outros setores se coloca como importante dimensão a ser considerada (intersectorialidade).

Ter linhas de cuidado como eixos organizadores e constituintes da formação profissional na saúde aponta para a participação dos usuários, estudantes e docentes na construção e gestão da rede cuidadora. Participação esta desde a inserção nos territórios e no esforço de compreensão do modo de andar a vida dos usuários, assim como nos vários pontos da malha organizada, analisando problemas, planejando e vivenciando as ações e fluxos de encaminhamento para a produção de cuidados progressivos. Por isso, entende-se essa rede como parte do esforço da sociedade na preservação da vida.

As tendências verificadas em universidades que promoveram transformações na formação de profissionais de saúde apontavam que o projeto político-pedagógico dos cursos se alinhava às propostas de mudanças no sistema de saúde – ora como crítica ao modelo hegemônico, ora como força, em coalizões, para promover transformações, sempre atentas à cristalização de determinadas concepções que poderiam se tornar anacrônicas frente aos novos conhecimentos e aos novos momentos da sociedade contemporânea. Percebe-se, assim, que o processo de transformações não se finda por si só, é permanente, desde que concedamos o reconhecimento das demandas, a reconfiguração das necessidades apresentadas e a reinscrição das intervenções desenhadas.

O nível de comprometimento dessas iniciativas evolui da participação pontual, através de projetos de extensão, ampliação dos cenários de aprendizagem nas disciplinas isoladamente, até o desenho político-pedagógico do curso, privilegiando sua completa inserção na construção crítica do sistema de saúde.

É preciso lembrar que a simples adoção de novos cenários de aprendizagem não garante a direcionalidade das transformações necessárias à construção de um patamar ético-político, assumida como uma alternativa cidadã ao patamar econômico corporativo que marca a construção das profissões de saúde. Há uma tendência de se reconstruir velhas práticas e concepções em novos cenários, garantindo a reprodução das práticas hegemônicas criticadas.

No campo da política institucional existem dificuldades no estabelecimento de projetos comuns entre universidades e serviços de saúde. Os interesses costumam ser diversos e muitas vezes conflitantes, frutos do desconhecimento mútuo e, muitas vezes, da disputa de espaços de legitimação junto à população. Como se não bastasse a diversidade de interesses, a alternância de correntes políticas na gestão dos serviços e da universidade provoca discontinuidades no desenvolvimento de pactos interinstitucionais.

É comum que o projeto ganhe força em momentos nos quais a mesma corrente política (e, às vezes, partidária) ocupa os espaços de gestão de ambas instituições. Entretanto, na alternância, dependendo do nível de conflito entre as correntes existentes, ocorrem paralisações, renegociações, desmantelamentos, e mesmo, retaliações no projeto.

Observamos que, muitas vezes, quem articula o projeto e medeia as relações interinstitucionais é um profissional que atua nas duas instituições. E é capaz de perceber e negociar, com legitimidade, os interesses a serem contemplados na pactuação do projeto. Essas figuras “híbridas” podem exercer papel muito importante nos momentos de ruptura e descontinuidade administrativa, desde que sua “função mediadora” suplante uma possível identificação com algum lado em disputa. Normalmente essas pessoas exerceram cargos de gestão em ambas instituições e, por características pessoais, desenvolvem caminhos conciliadores.

Gostaríamos de destacar que a “função mediadora” nas negociações interinstitucionais deva ser desenvolvida por grupos interessa-

dos não de forma ocasional, mas como uma competência estratégica, em permanente construção. Essa competência pode-se tornar um diferencial importante na sustentabilidade e perenidade de projetos interinstitucionais.

Acumularam-se muitas reflexões sobre a formação de profissionais de saúde em redes de cuidado. Entretanto, não julgamos esgotada esta discussão; ao contrário, o momento atual, estimulado pelas Diretrizes Curriculares do Conselho Nacional de Educação, nos provoca no sentido de aprofundarmos experiências e reflexões sobre o tema. Porém, cabe lembrar que não existem “receitas prontas” aplicáveis em qualquer situação.

Devemos tomar estas reflexões como “ferramentas” e “parâmetros” para buscarmos estratégias adequadas a cada realidade singular, em que a integralidade em saúde se constitui como uma bandeira de lutas da sociedade brasileira, sendo a garantia do direito à saúde condição *sine qua non* para a afirmação da vida em condições dignas e justas de sobrevivência.

#### Referências

- AYRES, J. R. C. *et al.* A conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 117-137.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004.
- \_\_\_\_\_. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, Rio de Janeiro, v. 6, p. 117-120, fev. 2000.
- CAMARGO JR, K. R. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. *Reforma de reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CECCIM, R. B. *et al.* Unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. 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. 1.400-1.410, set- out. 2004.
- CECILIO, L. C. O. Modelos técnicoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Rio de Janeiro, jul./set. 1997.

- CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-710, 1999.
- FAVORETO, C. A. O. *Programa de Saúde da Família no Brasil: do discurso e da prática*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.
- FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para a análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: O caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. *et al.* *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 124-133.
- HENRIQUES, R. L. M.; ACIOLI, S. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da FENF-UERJ. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 293-305.
- LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 91-102.
- LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 9-20.
- MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. *et al.* (Orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-120.
- \_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo e saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-113.
- \_\_\_\_\_. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- \_\_\_\_\_. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Interface: comunicação, saúde, educação*. São Paulo, v. 6, p. 109-125, 2000.
- MERHY, E. E.; BUENO, W. S.; FRANCO, T. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.
- MORIN, E. *A cabeça bem-feita*. Rio de Janeiro: Bertrand, 2002.
- MOURA, M. M. D. *et al.* *Procurando escutar o paciente, sua família e os profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, março 2002 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 217).
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.
- PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 234-250.

PINHEIRO, R. *et al.* Demanda e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 11-31.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A. ; SILVA JUNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; ARAÚJO, J. G. C. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: ABEM, 2004.

REIS, A. T. *Algumas considerações sobre a linha de cuidado como forma de buscar a integralidade da atenção à saúde*. Brasília: MS, 2003. Mimeo.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 77-89.

SILVA JUNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 113-128.

SILVA, K. L. *et al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev. de Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 391-7, 2005.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15 (Sup. 2), p. 7-14, 1999.

VALLA, V. V. *et al.* Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

#### Nota

<sup>1</sup> Utilizamos a definição de Franco (2003, p. 179-180), “projeto terapêutico é sempre um conjunto de atos pensados; nesse sentido ele só existe enquanto é idealizado e programado mentalmente pelos profissionais.”

## Produção de conhecimento e saúde

LILIAN KOIFMAN \*

GILSON SAIPPA-OLIVEIRA \*\*

### Introdução

Os debates sobre as transformações dos cursos da área da saúde têm experimentado uma gama de proposições de caráter metodológico do ensino ou técnicas de abordagens didático-pedagógicas. Na maioria das vezes, essas abordagens se afirmam na aproximação válida de métodos para transmitir as aprendizagens e na construção de relações de fundo psicologizante do processo formativo. No entanto, muitas vezes esquecem que o processo educativo em geral, e a didática, em particular, estão e sempre estiveram vinculados à difusão de conteúdos “culturalizadores”, que se materializam por meio dos conteúdos abordados e pelas formas de se explicarem os processos de produção e reprodução social (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2001).

Donald Schön (2000) pondera que estamos vivendo um momento de escolhas e necessidades de superação, no plano das formações profissionais. Segundo o autor, “a questão do relacionamento entre competência profissional e conhecimento profissional precisa ser virada de cabeça pra baixo” (SCHÖN, 2000, p. 22), pois, no início

---

\* Pedagoga; doutora em Saúde Pública; professora do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense; coordenadora do LUPA-Saúde; pesquisadora associada do LAPPIS. Endereço eletrônico: lilian@vm.uff.br.

\*\* Cientista social; mestre em Saúde Pública; professor no Departamento de Planejamento em Saúde do ISC-UFF; membro do LUPA-Saúde; pesquisador associado do LAPPIS; doutorando em Saúde Pública na ENSP-Fiocruz. Endereço eletrônico: gilsonsaippa@vm.uff.br.



do século XX, quando profissões clássicas, como Medicina, Direito e Administração, começaram a se aproximar do prestígio da universidade, elas foram se distanciando paulatinamente do talento artístico inerente às suas atuações e caminharam em direção ao conhecimento sistemático e científico.

Esse distanciamento produziu e vem garantindo a legitimidade de tais práticas, ao longo de quase um século, com a progressiva hierarquização dos conhecimentos, das chamadas ciências básicas em direção às aplicadas, passando pela aquisição de técnicas e habilidades, dando sustentação, perante os coletivos docentes e discentes – o que podemos afirmar como sendo o *currículo normativo* (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004). A idéia inerente a essa concepção sustenta que, primeiro, o aprendiz domina a teoria, para depois entender a prática e a realidade. A prática é vista como comprovação da teoria.

No entanto, à medida que caminhamos na tentativa de melhor compreender as relações entre formação e prática profissional, nos deparamos com diversos elementos que passam a questionar esse arranjo de saberes e perspectivas. Quando o profissional se encontra em situação singular, não pode resolvê-la apenas aplicando técnicas derivadas de sua experiência e formação profissional. Ambas estão intimamente vinculadas a um modelo que o induziu a organizar o pensamento de forma sempre disjuntiva e orientada por “sofisticadas técnicas de catequese intelectual”, historicamente construídas e absorvidas de forma intensa nos procedimentos e práticas dos diversos atores, sejam eles profissionais de saúde, gestores, docentes e usuários (JAPIASSU, 1975, p. 149). Assim, o exercício da construção coletiva do conhecimento a respeito da saúde e de seus determinantes ganha vitalidade na necessidade de quebra da verticalidade, veiculada por essas “técnicas sofisticadas”. Essa quebra não significa a horizontalização de conceitos e práticas, mas a possibilidade do surgimento de um conhecimento novo, pautado na busca constante da unidade entre as diferenças e no dissenso.

Quando falamos da produção do conhecimento em saúde, estamos falando da produção feita por seres humanos em relação; assim, podemos apontar algumas dificuldades, pois os mesmos, por não possuírem elementos de objetividade, apesar de possuírem elementos de objetivação, sempre nos obrigam a relativizar e posicionar histó-

rica e culturalmente os resultados dos nossos esforços, o que segundo Hessen (citado por ALVES, 1995) constitui a arrumação de uma rede conceitual que possa dar conta do real, explorá-lo, expressá-lo de forma fundamentada e adequada. Neste sentido, a objetivação significa, para Hessen, o processo de reduzir os acontecimentos e fenômenos humanos a um nível maior de abstração, a generalizações e idealizações que são formalizadas por uma linguagem teórica e estruturadas logicamente por redes conceituais.

Em geral, poucos são os estudantes que conseguem vislumbrar, ao longo do processo de formação, algo que permita unir ou integrar os conteúdos ou o trabalho das diferentes disciplinas, uma vez que estas se apresentam claramente separadas umas das outras, fragmentando e isolando o conhecimento. Nessa situação se constrói um conhecimento acadêmico no qual a realidade cotidiana não é incorporada, produzindo saberes aparentemente descontextualizados (SANTOMÉ, 1998).

Weber (1982) nos oferece uma visão estimulante sobre as possibilidades de superação desse modelo fragmentador do conhecimento, quando postula que a apreensão da realidade infinita só pode ser feita, pelo espírito finito do homem, com base na captação dos fragmentos do real, e que não será traçando regularidades herdadas da mecânica pura, por meio de leis causais, que estaremos captando a realidade social.

Nessa ordem de entendimento, afastamo-nos do escopo analítico proposto por Durkheim (1982), principalmente de seu método isento de valores, que tratava os fatos sociais como coisas, coisas com vida própria e que de maneira coercitiva e coletiva, quase metafísica, ordenava nossa maneira de viver em sociedade.

Tal distanciamento não nos garante, no entanto, a segurança de caminhar pelo fio da construção cotidiana, de práticas e saberes, sem cometer deslizes. Sendo assim, é importante nos orientarmos pela necessidade de construir um conjunto de reflexões que não apenas afirmem essas distinções e fujam da certeza e da segurança do método objetivo, mas que venham a colaborar para a construção de uma ciência enquanto crítica da realidade a partir da realidade que existe e com vista à sua transformação em outra realidade, o que seria a primeira crítica à ciência funcional e positivista (SANTOS, 1996).

Propomo-nos a consolidar uma perspectiva que contribua com a superação do “preconceito obsoleto de que a totalidade dos fenômenos culturais poderia ser deduzida como produto ou função de determinadas constelações de interesses materiais” (WEBER, 1982, p. 84), o que não nos deixaria numa posição idealizadora das relações, pois essa visão é complementada, pelo mesmo autor, quando afirma “que a análise dos fenômenos sociais e dos eventos culturais, sob a perspectiva especial do seu condicionamento e alcance econômico, foi um princípio científico de fecundidade criadora e continuará a sê-lo enquanto dele se fizer um uso prudente e livre de inibições dogmáticas”.

A concepção de campo científico, elaborada por Bourdieu (1990), contribui para a reflexão que desejamos problematizar, pois envolve o redimensionamento dos poderes geradores dos objetos e métodos utilizados na construção de uma abordagem científica e, portanto, da produção do conhecimento.

Segundo Micelli (1987, p. xl):

“não basta refinar o modelo canônico que remete de pronto e sem mediações os símbolos aos interesses materiais e simbólicos das classes e/ou dos grupos sociais [...] convém antes proceder à investigação dos processos de produção simbólica para o qual concorrem de maneira determinante os próprios agentes produtores dos diversos aparelhos e instâncias do campo simbólico”.

Chauí (1989, p. 138) nos lembra: “se conhecer é fixar o real em representações (fatos ou idéias), em contrapartida, pensar é acolher o risco do trabalho do acontecimento sem pretender fixá-lo num racional positivo completamente determinado”. A autora, então, nos coloca um desafio: “se pensar é momento da práxis social, se é aceitação da diferença entre saber e fazer, se é compreensão dos limites entre teoria e a prática, talvez, então nossas discussões não unifiquem nossos pontos de vista, nem nos ensinem simplesmente e conviver com nossas diferenças”. Em lugar disso, segundo Chauí, nossas discussões “nos levem também a indagar se o desejo da unidade não seria o maior engano que nos afasta da democracia, em lugar de nos aproximar dela”.

Podemos propor que as pesquisas ou a produção de conhecimento na área na saúde tendem invariavelmente a legitimar o discurso científico moderno ou, como observa Morin (1998, p. 282), “o alcan-

ce de uma objetividade real com a eliminação do observador/conceituador e, aquém disso, com a ignorância das suas condições culturais, sociais e históricas de emergência”. Apagar toda a possibilidade de refletividade sobre si mesmo.

Minayo (1994) observa que qualquer investigação social apresenta elementos diversos e contraditórios, por se constituir de interações e determinações das ações objetivadas, envolvendo os níveis estruturais e cognitivos, além do caráter ideológico presente nas ciências como um todo e, em particular, nas sociais, o que nos leva a considerar sua complexidade, irredutibilidade e permanente transformação.

Quando buscamos uma aproximação entre a produção do conhecimento orientado por seu potencial transformador, apontamos para a necessidade de superar falsas dicotomias no desenvolvimento das práticas em saúde como as ações preventivas/curativas ou individuais/coletivas, exigindo uma articulação entre a ação de um profissional e a dos vários profissionais que compõem uma equipe de saúde, e da compreensão destes frente à organização das diversas redes de produção e gestão do cuidado.

Devem ser consideradas as dificuldades da incorporação desses princípios, como assinala Donnangelo (*apud* SILVA JUNIOR, 1996), ao propor que a fragmentação do objeto individual das práticas médicas, alvo das interferências parciais do especialista, assim como a fragmentação do processo de doença, consubstanciada no corte entre ações terapêuticas e preventivas, despoja o processo saúde/doença de seu caráter de temporalidade e de seu campo (ecológico e social) de constituição.

Essas dicotomias são experimentadas e historicamente legitimadas na prática a partir do início do século XIX, quando o olhar científico da saúde se aproxima do “modelo químico”, e a doença passa a ser vista como uma combinação de elementos mais simples, os sintomas. Na prática, os profissionais devem aprender a reconhecer os sintomas mais importantes de cada doença, que ganham valor de sinal.

A busca da essência da doença e o conjunto de sintomas por meio dos quais ela se apresenta passam a definir o itinerário da organização do pensamento em saúde. Desta forma, definir uma doença passa a ser enumerar seus sintomas; cada fato isolado é confrontado a um conjunto. A saúde incorpora um saber probabilístico; o olhar clínico não se

comporta como olhar intelectual, mas como exercício orientado por uma sensibilidade *concreta*, que vai de corpo em corpo.

Para a clínica, toda verdade é a verdade do sensível. O “golpe de vista” do médico, o “olho clínico”, que muitas vezes vence a mais vasta erudição e a mais sólida instrução, são o resultado *frequente, metódico e justo* do exercício dos sentidos. A clínica aprendida pela observação do doente à beira do leito, pela repetição dos fenômenos nas epidemias, concretizada num “conjunto de sintomas” e “estatística de casos”, irá se aliar à anatomia. Já esvaziada das sensações, da afecção pelo outro, essa clínica vai pouco a pouco entrar em regressão, para desaparecer totalmente diante da medicina dos órgãos. Funda-se a saúde (ou medicina) dos órgãos sofredores e se transforma a clínica num “saber geográfico”, que passa a se preocupar com a sede e o deslocamento dos sintomas e das causas, diante de uma saúde inteiramente ordenada pela anatomia patológica (FOUCAULT, 1994, p. 144).

Luz (1988, p. 91) nos ensina que a saúde, desta forma, sai duplamente pioneira na racionalidade científica: por meio de suas teorias e conceitos – ligados ou não ao mecanicismo – e por meio de seus profissionais, os médicos, “que mais que práticos da arte de curar, serão teóricos da ciência moderna das doenças”.

Luz identifica essa racionalidade como *racionalidade biomédica*, biomedicina que se estrutura e passa a ser vista como uma saúde do corpo, das lesões e das doenças, que tem no modelo racional moderno sua base de sustentação. Valoriza o mecanicismo, o biologicismo e o individualismo, com ênfase na ação curativa, orientada pelo modelo matemático, no qual o conhecer se expressa pela capacidade de quantificação do real, por meio de uma linguagem generalizante, mecânica e analítica que se aproxima daquilo que Santos (1996, p. 28), ao analisar o modelo científico moderno e a racionalidade que o embasa, define como a fragilidade de uma perspectiva que se mostrou instituinte de valores e práticas no momento de ascensão da modernidade e que, agora, teria perdido sua força instauradora – portanto, tenderia à conservação.

O saber biomédico e a “experiência clínica” ao qual serve de base, nesse modelo de produção de conhecimento científico, são capturados pelo modelo funcionalista e emergem como marca da configuração de um saber social. É, portanto, historicamente legiti-

mado por visões de mundo que colocam em segundo plano as condições de vida dos indivíduos inseridos de maneira desigual no processo produtivo, suas diferentes concepções de vida e culturas, seus ritos e suas formas de conceber o corpo, as linguagens e a saúde.

Assim, a superação das limitações impostas por esse modelo deve vincular suas estratégias em fundamentos que entendam as possibilidades de criar o novo, tendo nas metodologias e nas técnicas um instrumento e não um fim em si mesmas.

Os modelos de formação em saúde passam, então, a se centrar nos hospitais, como *locus* das práticas, orientados pela busca constante da unicausalidade das doenças. Consolidam o modelo hegemônico da prestação e da organização da assistência à saúde, balizada internacionalmente pelo Relatório de Abraham Flexner, de 1910.

O *Relatório Flexner* definiu as diretrizes dos padrões de entrada e ampliação da formação médica para quatro anos, com a introdução do ensino laboratorial, estímulo à docência em tempo integral, expansão do ensino clínico, sobretudo em hospitais, vinculação das escolas médicas às universidades, ênfase na pesquisa biológica, como forma de superar a era empírica do ensino médico, vinculação da pesquisa ao ensino, estímulo à especialização médica e controle do exercício do profissional pela profissão corporativamente organizada (SILVA JUNIOR; 1998; KOIFMAN, 2001; CAMARGO JR., 2003; SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004; CECCIM, 2000).

Madel Luz (1979, p. 40) mostra-nos que, assim, não haveria nas universidades alunos portadores de saberes: ignorantes por definição, os estudantes estariam ali para adquirir ciência, para saber. A autora destaca que, igualmente nos hospitais não haveria pacientes que soubessem sobre seu corpo, o médico é que sabe. Assim, segundo Luz, toda tentativa de explicar o que sente “será vista com tolerante ironia, sarcasmo ou silêncio. O paciente está ali para sentir. Tem o direito à sensação. Querer alçar-se à explicação é pretender a ciência”. Neste sentido, ocorre que, “no primeiro caso, expropria-se o controle sobre a aprendizagem, à informação” e “no segundo caso, expropria-se o controle sobre o corpo”.

Orientadas por estas premissas – de exclusão de sentidos e potências, por parte dos estudantes e dos usuários –, as práticas pedagógicas, como um dos elementos constitutivos da composição do campo da

saúde, passaram a se perfilar pelo simples repasse de informações e discussão de métodos e técnicas de abordagem (método de transmissão), deixando em segundo plano os condicionantes sócio-históricos e culturais do processo de formação e do cuidado em saúde.

A crítica a esse modelo ganha força a partir da segunda metade do século XX, quando as transformações em direção à urbanização fazem com que as preocupações não estejam mais apenas vinculadas às doenças parasitárias ou infecciosas e à unicasalidade, mas referidas à lógica da multicausalidade à formação do referencial da história natural da doença, com a correlação dos elementos representados pelo agente causal, pelo doente e pelo ambiente (físico, químico e social) – a tríade ecológica (LEAVEL; CLARK, 1965).

Na década de 1970, um novo movimento de medicina social, fortemente influenciado pelo marxismo, passa a considerar a determinação social da doença, que se inicia com as idéias de que as epidemias se devem a uma desorganização social provocada pelo modo de produção e acumulação do capitalismo. Inverte-se o sentido de uma medicina social de exercício do poder sobre as populações (biopoder) para o sentido de uma medicina social no interesse da sociedade e das classes populares. As explicações de caráter determinista da produção econômica passam a ser consideradas componentes importantes na discussão da epidemiologia moderna. Fatores como a produção social, a categoria trabalho, as classes sociais, o Estado e a democracia surgem como categorias estruturais e fenomênicas com relevância para o acompanhamento dos estudos sobre o adoecer e a organização da produção da atenção à saúde (ALMEIDA FILHO, 1999; PAIM, 1997; BREILH, 1990; POSSAS, 1989).

Castellanos (1991, p. 13), aprofundando essa lógica, considera que o perfil de condições de vida expressa “quatro dimensões da reprodução social – biológica, ecológica, econômica e da consciência e comportamento”. Para o autor, “cada grupo da população terá um perfil de necessidades vinculado com cada uma dessas dimensões reprodutivas”.

A constituição do campo da saúde coletiva, por sua vez, tem-se definido historicamente a partir das ações individuais e coletivas que, devido à dimensão social, elaboram discursos e práticas com aparente dicotomia em relação ao discurso clínico. Essa dicotomia é criticada

por Merhy (1992), pois as ações desenvolvidas pelas diversas instituições de saúde no Brasil se estruturaram com base no modelo biomédico de compreensão do processo saúde/doença. Afastados do modelo biomédico, a Saúde Coletiva nos põe em contato com a integralidade e não com a dicotomia.

Pinheiro e Luz (2003) apontam uma brecha na produção do conhecimento de nossa realidade, no que diz respeito aos efeitos da política de saúde, sobre a *integralidade das ações de saúde* nos espaços onde ela deveria se materializar: nos serviços de saúde. Ressaltam os serviços de saúde como cenário vivo, onde atuam atores sociais distintos no desenvolvimento de suas práticas, gerando diferentes percepções sobre o que é demandado e oferecido em termos de saúde.

Para as autoras, nesta perspectiva, “o estudo sobre os atores e suas práticas no cumprimento do princípio da integralidade, no contexto de reforma do sistema, ganha notoriedade e pertinência para o campo da saúde coletiva”. Pinheiro e Luz afirmam que “privilegiando a participação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde”, estar-se-ia partindo “do pressuposto de que são as instituições, em seu agir cotidiano – os serviços – o espaço onde as ações políticas ganham materialidade política e social”, e assim, segundo as autoras, “expressariam formas de criação e de apropriação da produção/reprodução da vida coletiva” (PINHEIRO; LUZ, 2003, p. 8).

O cotidiano é entendido pelas autoras como o *locus* social onde se expressam não somente experiências de vida, na perspectiva individual, mas também contextos de relações sociais distintas que envolvem pessoas, grupos específicos, coletividades e instituições.

Acompanhando a teoria do conhecimento e as categorias epistemológicas identificadas como “estilos de pensamento” e “coletivos de pensamento”, conforme desenvolveu Ludwik Fleck, médico e epistemólogo que viveu de 1896 a 1961, faremos uma análise da produção e disseminação de conhecimentos em saúde. Trabalharemos as categorias que servirão de base para uma reflexão sobre os porquês de tal afirmação e de como estes implicam aquilo que denominaremos de dimensão cultural dos conteúdos.

Segundo Lima (2003), Fleck propôs que o conhecimento ocorre numa dinâmica de interação entre sujeito e objeto mediada por uma dimensão que é socioculturalmente determinada. Fleck aponta aspec-

tos que permitem compreender o papel representado pela circulação de práticas e conhecimentos compartilhadas por grupos profissionais na sua constituição, bem como as mudanças que ocorrem na atuação desses grupos.

Ilana Löwy escreve que Fleck é hoje visto com um pioneiro da tendência relativista-constitutivista na filosofia da ciência e na abordagem sociológica no estudo da evolução do conhecimento científico e médico (LÖWY, 1990).

Utilizaremos os conceitos de “coletivo de pensamento” e “estilos de pensamento” para entender como, no processo de elaboração e implantação de propostas inovadoras no processo de formação, devemos considerar que se estabelece uma disputa pela hegemonia de determinado modelo e determinada ideologia de ensino. Aplicaremos, ainda, os conceitos dessa epistemologia para abordar a questão da interdisciplinaridade e as dificuldades do trabalho multiprofissional na área.

Se definirmos “coletivo de pensamento” como um conjunto de pessoas que estão em intercâmbio ou em interação de pensamento, então teremos nela o portador do desenvolvimento histórico de uma área do pensamento, de um determinado estado do conhecimento e estado da cultura – ou seja, um estilo de pensamento em particular (FLECK, 1986).

Alguns dos conceitos desenvolvidos por Fleck são: a pesquisa científica como caráter coletivo e cooperativo interdisciplinar; a incomensurabilidade entre orientações dominantes; o estilo de pensamento; o coletivo de pensamento; as protoidéias; a coerção de pensamentos na formação profissional; os círculos esotéricos – produtores de conhecimento – e os círculos exotéricos, fonte para a produção e legitimadores desse conhecimento.

Fleck encontra nas estruturas sociais e psíquicas próprias desses “pensamentos coletivos” os fatores e normas que devem tornar explicável o fenômeno da ciência moderna. Como médico e sociólogo do conhecimento, ele é consciente da audácia desse desafio, da briga com o conceito habitual de ciência (SCHAFER; SCHNELLE, 1986).

Podemos extrapolar as reflexões de Fleck para a própria conformação das diferentes profissões da área de saúde. Os teóricos da Sociologia das Profissões atravessam suas análises pelo que caracte-

rizam como os atributos para se definir uma profissão, como a idéia da existência de um corpo esotérico de conhecimento e a orientação para um ideal de serviços (Moore, Wilensky, Larson, Freidson etc.). É a idéia de um corpo de conhecimento formal, adquirido por meio de uma iniciativa jurídico-legal, realizada, nas sociedades modernas, pelas universidades (MOORE, 1970).

Alguns autores dessa área definem a profissão como uma ocupação cujas obrigações criam e se utilizam de forma sistemática do conhecimento geral acumulado na solução de problemas postulados por um cliente (individual ou coletivo). Para Fleck, a ciência, em especial a medicina, “não é um construto formal e, sim, essencialmente, uma atividade levada a cabo por comunidades de pesquisadores” (FLECK, 1986, p. 10).

O estilo de pensamento consiste, como cada estilo, de uma certa sintonia e da execução realizada. Uma sintonia tem dois aspectos estreitamente relacionados: é disposição para a sensibilidade seletiva e para a correspondente ação dirigida. Eles lhe provêm suas expressões adequadas – religião, ciência, arte, costume, guerra etc., de acordo com a prevalência de certos temas coletivos e os meios coletivos aplicados. Podemos, então, definir “estilo de pensamento” como percepção direcionada, com o correspondente emprego intelectual e material da percepção (FLECK, 1986).

### **O estilo de pensamento e o coletivo de pensamento**

Fleck parte do pressuposto de que a teoria do conhecimento individualista, segundo a qual se atribuem as descobertas a indivíduos isolados, nos levaria a uma concepção fictícia e inadequada do conhecimento científico. A ciência seria realizada cooperativamente por pessoas e, por isso, deveria levar em conta, além das convicções empíricas e especulativas dos indivíduos, as estruturas sociológicas e as convicções que unem os cientistas (FLECK, 1986).

Como instrumentos conceituais para compreender tal qualidade do conhecer, Fleck estabelece os conceitos de coletivo de pensamento e estilo de pensamento. O primeiro designa a unidade social da comunidade de cientistas de um campo determinado; o segundo, as pressuposições de acordo com o estilo, sobre as quais o coletivo constrói seu arcabouço teórico. Por detrás de tudo isso se encontra o conceito

epistemológico de que o saber não existe nunca em si mesmo, mas somente sob a condição de certas hipóteses sobre o objeto. Esses pressupostos, segundo Fleck, não podem ser compreendidos *a priori*, mas apenas como produto histórico e sociológico da atuação de um coletivo de pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 1986).

Segundo Fleck, o observar livre de pressuposições é um absurdo do ponto de vista psicológico e um jogo do ponto de vista lógico. Em seu ataque frontal ao conceito de fato dos empiristas, Fleck se serve da psicologia gestáltica. O observar, no contexto do conhecimento, ocorre principalmente de duas maneiras (entre as quais há formas intermediárias): em primeiro lugar, como um confuso ver inicial e, depois, como ver formativo direto e desenvolvido.

O ver formativo direto e desenvolvido não é, portanto, um observar ingênuo, mas algo que só é possível através de uma introdução teórico-prática e uma certa experiência em um campo. Somente os “iniciados” e aqueles que tenham adquirido a prática necessária terão a capacidade do observar no sentido científico.

Entretanto, simultaneamente ao aumento dessa habilidade, produz-se uma perda da capacidade de poder ver coisas que contradigam esse ver formativo adquirido; ou seja, a disposição para perceber de forma orientada se adquire às custas da perda do poder de perceber o heterogêneo. Por isso, descreve Fleck, a disposição para o perceber orientado constitui a raiz de todo estilo de pensamento. O ver gestáltico é uma “atividade do estilo de pensamento” (FLECK, 1986, p. 138).

O ver confuso inicial carece de estilo, está desorientado e é caótico; falta-lhe o fixo, quer dizer, o fato. Os fatos ou a realidade não são coisas que estão dadas simples e diretamente, mas têm que surgir numa relação específica do percebido com o coletivo de pensamento. O percebido tem que se experimentar no coletivo de pensamento com uma resistência contra o ver arbitrário e sem forma, e tem que aparecer diante do membro do coletivo de pensamento “como forma direta a experimentar”. Fleck chama esta coação subjacente de coerção de pensamento.

Fleck comparte com Popper e muitos outros autores de sua época, o emprego da psicologia gestáltica para a crítica do conceito positivista de fato, mas o mais interessante e original em Fleck con-

siste em descobrir no ver formativo a constituição essencialmente coletiva de toda investigação, o que o leva a desprezar a concepção individualista da mesma (SCHAFER; SCHNELLE, 1986).

A dificuldade de diálogo, de compartilhar idéias e etapas de formação entre os campos da saúde (nós estendemos esta leitura a todos os coletivos de pensamento), com destaque aqui para a formação de profissionais, se explica, segundo Fleck, por esses campos representarem as áreas da saúde que constituem diferentes coletivos de pensamentos e, portanto, por possuírem distintos estilos de pensamento.

As concepções sobre a formação em saúde, assim, parecem ter diferenças para cada uma das áreas pertencentes a um mesmo processo de formação (Clínica, Saúde Coletiva, disciplinas das áreas básicas, disciplinas das áreas assistenciais), o que inviabiliza o diálogo. Para que haja intercâmbio de idéias, é necessário o esforço de criação de um “idioma” abrangente e, de fato, interdisciplinar.

Pinheiro e Luz (2003, p. 8) consideram que a formação dos profissionais de saúde e a formulação de modelos assistenciais adotados pelos serviços possuem dinâmicas distintas. Mesmo o processo histórico da formação e consolidação das equipes nos serviços de saúde não se constitui de maneira mecânica. As autoras colocam que, ao mesmo tempo, se constroem lógicas particulares de realização e de condução de atividades.

“Com isso, o uso da categoria integralidade corresponde a um tipo de marcador contínuo, que se estrutura a partir de uma ação social específica, que pode incluir [...] os aspectos objetivos e subjetivos resultantes da interação/relação dos atores em suas práticas no interior das instituições” (PINHEIRO; LUZ, 2003, p. 8).

A constância de certas concepções pertencentes a uma sociedade, a uma situação histórica e a uma cultura, segundo Fleck, são tão ou mais importantes do que aquilo que o pesquisador busca individualmente – isto é, as técnicas de comprovação que inventa e elabora. Em resumo, Fleck nos ensina, a partir dos casos apresentados, que a ciência deve ser concebida como um processo essencialmente coletivo. E afirma, ainda, que somente concebendo o trabalho científico como o trabalho de um coletivo de pensamento se pode compreender que surjam resultados concretos dos esforços das investigações. Pois, em geral, as hipóteses propostas ao começo de uma atividade de pesquisa

não chegam a nenhum resultado e os objetivos imaginados inicialmente não chegam a materializar-se (FLECK, 1986, p. 156).

Os pesquisadores vão transformando lentamente as bases originárias de seu trabalho, transformação que os próprios não percebem, quando observam retrospectivamente o caminho percorrido. As transformações do conteúdo inicialmente estabelecido ocorrem sem que o indivíduo o perceba. E, quando o resultado é alcançado e sua elaboração teórica completada, a pesquisa parece ter tido um caminho reto que leva diretamente da primeira formulação do problema até a solução provisional do mesmo (SCHAFER; SCHNELLE, 1986, p. 25).

Nessa declaração de Fleck está implícita uma crítica à idéia de progresso. O progresso do conhecimento consiste, para ele, em desenvolvimento coletivo incessante do estilo de pensamento. Esse desenvolvimento produz um deslocamento dos pressupostos estabelecidos sobre o objeto de pesquisa e não é, portanto, um “progresso” no sentido corrente da palavra, pois não há nenhuma base objetiva para se qualificar um determinado estilo de pensamento como mais valioso que outro. O saber se modifica segundo o estilo de pensamento.

Portanto, quando há uma mudança de estilo de pensamento, não se pode fazer uma comparação quantitativa do saber dos dois estilos de pensamento. O saber muda com o deslocamento das pressuposições e aparecem coisas novas mas, ao mesmo tempo, já não se pode saber outras coisas, pois o desenvolvimento do estilo de pensamento faz com que se percam as bases anteriores.

Por meio do estudo de casos médicos, Fleck demonstra que, além do caráter coletivo da pesquisa, a ciência depende de fatores externos a ela para se desenvolver. Para ele, o ambiente social motiva o coletivo de pensamento a criar um avanço científico, mediante o crescimento constante do número de pesquisadores e o intercâmbio de informações entre seus membros. As expectativas são depositadas na tarefa de encontrar soluções para um problema (descoberta de uma vacina, por exemplo) pelas instâncias políticas e se cria uma obrigação de justificativa pública da elite de pesquisadores: essas pressões originam a necessidade de êxito.

Com essas idéias, Fleck não pretende minimizar o valor das conquistas dos indivíduos que participam de uma investigação, mas, para

ele, os indivíduos isolados não podem ser considerados donos da ciência (ou da descoberta). Na idéia de coletivo e da relação deste com a sociedade, Fleck vê os resultados de uma investigação como resultado de fatores externos à ciência somados ao trabalho de cada pesquisador e suas motivações e conhecimentos adquiridos.

Para Fleck, ao se falar do condicionamento social do saber, inclui-se o condicionamento histórico. Ele se mostra, diante da concepção anistórica de ciência dos empiristas lógicos, como defensor da idéia de desenvolvimento.

Por meio de sua investigação da gênese do conceito de sífilis, ele demonstra serem as concepções da ciência moderna produtos surgidos historicamente, incapazes de ser entendidos sem se recorrer ao seu desenvolvimento histórico. As concepções científicas não se baseiam meramente nas observações do material empírico, mas, tanto ou mais, em idéias cuja gênese está em um passado remoto.

Como instrumento para reconhecer a conexão das concepções atuais com sua origem histórica, Fleck introduz o conceito de *protoidéia*. Denomina assim as concepções surgidas do passado que continuam existindo, apesar de todas as variações dos estilos de pensamento. Ao identificar nas épocas novas os elementos conhecidos de épocas anteriores, as concepções antigas perdem seu contexto original e são interpretadas de forma distinta na nova época, de acordo com seu estilo de pensamento.

As protoidéias são consideradas como esboços histórico-evolutivos das teorias atuais e sua gênese tem que compreender-se sociocognoscitivamente (FLECK, 1986, p. 72). Essa perspectiva histórica e sociológica não nega a referência ao fato científico. Fleck reforça repetidas vezes que toda ciência empírica tem que se ocupar dessa referência.

De acordo com o pensamento de Fleck, as verdades científicas têm datas e momentos específicos. O autor utiliza vários exemplos históricos da consagração de verdades ditas científicas e que outras “verdades” as substituíram. Um dos exemplos é o caso da teoria clássica das doenças infecciosas, segundo a qual toda doença infecciosa era causada por um agente vivo e diminuto que não se podia ver. Ainda que esse agente existisse também nas pessoas saudáveis, só muito mais tarde foi descoberta a noção dos portadores sãos.

## Considerações finais

A partir dos exemplos utilizados por Fleck, indagamos se, para garantir o questionamento das “verdades científicas” durante o processo de formação em saúde, não haveria a necessidade de se realizar uma preparação na qual os novos parâmetros propostos pelos cursos pudessem ser vivenciados, aprendidos e aplicados. Questionamos também se a efetivação de propostas reformistas dos currículos da área da saúde e a produção do conhecimento que legitima essas reformas como espaços de embates constantes entre as escolhas ideológicas, políticas, éticas e pedagógicas assumem elevado grau de importância na determinação dos possíveis caminhos a serem adotados pela política de saúde e de formação de pessoal.

As explicações da práxis pedagógica e dos saberes que a conformam podem ser entendidos como possibilidade da construção histórica da cidadania, devendo encontrar nos mecanismos de legitimação e conflito canais de articulação, intercâmbio e solidariedade como resposta de interação de diversidades que unam situações e composições por meio de redes de representação em espaços culturais e políticos plurais.

A utilização da expressão de “formação de redes” é salutar e nos dá margem a compreender a rede como formada por pontos de interseção, construídos a partir de uma visão não-linear de sustentação na qual se entrecruzam saberes e práticas diversas. Os “nós” assumem, desta forma, não só impedimentos à construção de uma possível compreensão da realidade, mas elementos unificadores e potencializadores de buscas de novos arranjos e futuras parcerias, sejam elas colocadas no plano da realidade concreta ou da intersubjetividade.

A junção/dispersão de energias e saberes produz elementos de criatividade e espanto, Loiola e Moura (1996, p. 54) afirmam que o que estabelece a relação das necessidades e ações individuais e coletivas, num determinado momento, é a possibilidade de participação no processo de desenvolvimento de projetos coletivos que dependem da qualidade das informações e das interações sociais vividas nas diferentes teias que se formam cotidianamente, seja na família, nos grupos de cultura, nos partidos políticos, em instituições religiosas etc.

Os grupos permitem desenvolver núcleos de vontade e aprendizagem. Assim, o mapeamento de vontades e das “verdades” científicas/pedagógicas se apresenta como uma questão de processo inserido cotidianamente. O grau de sucesso extrapola o uso de técnicas ou de métodos e se consolida como resultante da possibilidade da conformação de teias e canais que darão sustentação às mais diversas formas de se ver e estar no mundo, detectando as barreiras epistemológicas, psicológicas, culturais e sociopolíticas que a ela se opõem (GRAMSCI, 1991).

Villasante (1996, p. 46) aborda a questão das redes e a busca da formação de inter-relações e intersubjetividades no espaço local, citando, como representativo para seu entendimento, a fala do professor Paulo Freire que, num seminário realizado em Buenos Aires, em 1993, afirmou “nunca ter tido a intenção de conscientizar ninguém”. E que “as pessoas conscientizam-se a si mesmas, conforme as situações em que se encontrem”. Dizia, ainda, que devíamos fazer um mapa das redes em que estamos presos e desenhar triângulos e estratégias a partir do que existe. Um mapa com as triangulações que se podem formar nas redes e como nos situamos nesses conjuntos de ação e com que alianças (lealdade, confiança). Quais as expressões adequadas para traçar uma estratégia de sobrevivência, contracultural, ou qualquer outra que precisemos? Desta forma, o autor assinala que não devemos compreender a motivação de grupos ou atores a partir de uma visão determinística, mas construir uma visão que, na tensão constante, entre o dito e o dado, seja capaz de analisar as contradições implicitamente colocadas nos discursos e ações, o que nos ajudaria a visualizar os movimentos da formação das redes, para além dos dados visíveis.

Para Villasante (1996, p. 48), “a questão é associar os interesses de quem está no movimento com o que querem as pessoas individualmente”. O autor informa que “o que se quer pode ser analisado de modo refletido – primeiro, buscando-se o que é mais manifesto e concreto, depois, também com uma perspectiva mais latente e em médio prazo”.

A contemplação da rede produzida pelos diversos atores não retira do olhar do observador, segundo Villasante, a preocupação do possível contato com quem a produziu. Os “nós” e linhas de interseção



criados constituem exercício de aprendizagem mútuo, cujo resultado mais expressivo não pode ser quantificado ou reduzido à utilização correta de técnicas, ou métodos pedagógicos.

Existem, pois, condições relativas à compreensão de que as potencialidades de que novas perspectivas de produção do conhecimento orientem as reformas curriculares no campo da saúde sejam preenchidas de acordo com o desenvolvimento de estruturas (individuais e coletivas) de pensamento, sentimento e ação que se completem e se transformem num canal de expressão das vontades, desejos e visões de mundo dos diversos atores envolvidos. “Não esqueçamos que o que pode servir aos movimentos emancipadores também pode ser usado – e o é de fato – para outras finalidades. Neste ponto se apresenta a última pergunta que nos fazemos: para que tudo isso?” (VILLASANTE, 1996, p. 49).

A consolidação de estratégias conjuntas e pactuadas que tenham sua orientação pautada na emancipação, a partir do conhecimento produzido pelas áreas das Ciências Sociais, da Epidemiologia, do Planejamento em Saúde, da Clínica e dos processos pedagógicos, neste caso, devem fornecer a base sobre a qual todos os atores envolvidos devem se afirmar para fornecer elementos, não só para a recuperação da saúde biológica dos indivíduos, mas também da cidadania, como parte indispensável da existência, contribuindo com aquilo que Mills (1972) define como sendo a possibilidade de fomentar a imaginação sociológica. As possibilidades que cada indivíduo ou grupo tem de estar presente nas diversas teias que dão a formatação do mundo vivido resultam em elementos que interligam biografia, estrutura social e história.

#### Referências

ALMEIDA FILHO, N. A clínica e a epidemiologia: laços, contratos e contradições. In: ROUQUARYOL, M. Z. et al. (Orgs.). *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

ALVES, P. C. A perspectiva de análise social no campo da saúde: aspectos metodológicos. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 63-82.

BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1990.

CAMARGO JR., K. R. A Biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7 n. 1, p. 45-68, 1997.

\_\_\_\_\_. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CASTELLANOS, P. L. (Coord.). *Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar*. Washington: OPS/OMS, junho, 1991.

CECCIM, R. B. Linha do cuidado: práticas cuidadoras, projetos terapêuticos individuais (singulares), rede em cadeia do cuidado progressivo à saúde, integralidade da atenção e na gestão da saúde, organização/regulação da atenção cuidadora. Aracaju: CEPS/SMS, 2005.

\_\_\_\_\_. Saúde e doença: uma reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, D.; ESTERMANN, E. (Orgs.). *Saúde e sexualidade na escola*. Porto Alegre: Mediação, 2000.

CHAUÍ, M. *Cultura e democracia*. São Paulo: Cortez, 1989.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.

DURKHEIM, E. *As regras do método sociológico*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1982.

FLECK, L. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

GRAMSCI, A. *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

JAPIASSU, H. *O mito da neutralidade científica*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico na Universidade Federal Fluminense. *História, Ciência e Saúde - Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. VIII, mar-jun, p. 49-70, 2001.

LEAVEL, H. R.; CLARK, G. R. *Preventive medicine for doctor in his community: an epidemiologic approach*. New York: McGraw-Hill, 1965.

LIMA, A. M. C. *Estilo de pensar no ensino de medicina homeopática*. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

LOIOLA, E.; MOURA, S. Análise de redes: uma contribuição aos estudos organizacionais. In: FISHER, T. (Org.). *Gestão contemporânea, cidades estratégicas e organizações locais*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1996. p. 53-68.

LÖWY, I. Introduction: philosophy of medicine in Poland. In: LÖWY, I. *The Polish school of philosophy of medicine: from Titus Chalubinski to Ludwik Fleck*. Dordrecht: Reidel, 1990. p. 1-12.

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. *Natural, racional social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MEHRY, E. E.; CECILIO, L. C. O.; NOGUEIRA, F. R. C. Por um modelo técnico assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. *Revista Saúde em Debate*, n. 33, p. 83-89, 1992.

MICELI, S. A força do sentido. Introdução. In: BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

MILLS, C. W. *A imaginação sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MOORE, W. *The professions: roles and rules*. New York: Russel Sage Foundation, 1970.
- MORIN, E. *O método*. Porto Alegre: Editora Sulina, 1998.
- PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. B. (Org.). *Condições de vida e situação em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B. *A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade*. Mimeo, s/d.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 7-34.
- POSSAS, C. *Saúde e trabalho: a crise da Previdência Social*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- REILH, J. Reprodução social e investigação em Saúde Coletiva. Construção do pensamento e debate. In: COSTA, D. C. (Org.). *Epidemiologia, teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. N. et al. (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 143-164.
- SANTOMÉ, J. T. A. *Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado*. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1996.
- SCHAFER, L.; SCHNELLE, T. Los fundamentos de la vision sociologica de Ludwik Fleck de la teoria de la ciencia. In: FLECK, L. (Org.). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Universidad, 1986. p. 9-39.
- SCHÖN, D. *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- SILVA JUNIOR, A. G. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 1996.
- VILLASANTE, T. R. Metodologia dos conjuntos de ação. In: FISCHER, T. (Org.). *Gestão contemporânea: cidades estratégicas e organizações locais*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1996.
- WEBER, M. *Max Weber*. São Paulo: Ática, 1982 (Coleção Grandes Cientistas Sociais, 13).

## Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade

MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS \*

O editorial do informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO, 2005) afirmou recentemente que aqueles que militam no campo da Saúde Coletiva nunca tiveram a ilusão de que o processo da Reforma Sanitária brasileira seria simples, mas, ao contrário, sabiam que seria um percurso “longo e penoso”, pois em um “país tão repleto de desigualdades, com interesses privados tão fortemente incrustados em um Estado que nunca esteve a serviço das classes populares, não poderíamos imaginar que a luta seria breve e amena”. No entanto, o editorial considera ainda que, mesmo no contexto de adversidades experimentadas no Brasil, “houve grandes avanços na conformação de um sistema de saúde mais democrático, equitativo e universal”.

O referido editorial convoca-nos, no nosso entendimento, a dar continuidade a essa luta “longa e penosa”. Como contribuir para que a luta avance? Na perspectiva que adotamos neste texto, essa luta não avançará sem o fortalecimento da integralidade em saúde, que é um compromisso histórico do movimento pela Reforma Sanitária. Esse é um dos muitos desafios que se impõem àqueles que perseguem a construção de um sistema de saúde efetivamente equânime, universal e democrático.

---

\* Professora de Psicologia na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); mestre em Psicologia Escolar pela Universidade Gama Filho; doutora em Educação pela UFRJ; pós-doutorado na Fiocruz, com bolsa do CNPq na área de Saúde Pública, com especialidade em Saúde do Trabalhador. Endereço eletrônico: betebarros@uol.com.br.

Segundo Guizardi e Pinheiro, (2004) a integralidade se refere a um “entre-relações de pessoas”, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como tratamento, digno e respeitoso, com qualidade acolhimento e vínculo. A integralidade seria, assim, um

“[...] dispositivo político, que interroga saberes e poderes instituídos, constrói práticas cotidianas nos espaços públicos em que os sujeitos estejam engendrando novos arranjos sociais e institucionais em saúde, pautados num dialogismo que demanda embate de múltiplas vozes, constituindo efeitos de polifonia quando essas vozes se deixam escutar” (GUIZARDI; PINHEIRO, 2004, p. 21-22).

A multiprofissionalidade no cuidado em saúde é, sem dúvida, uma das vias perseguidas para a efetiva prática da integralidade. Mas tal multiprofissionalidade implica, por si só, que as vozes dos diferentes profissionais que atuam nos estabelecimentos de cuidado “se deixem escutar”? Garante a polifonia indispensável para as práticas de integralidade na saúde? Estariam os profissionais do campo da saúde sendo formados nessa direção? O engendramento de “novos arranjos sociais e institucionais em saúde” se efetivará se a multiprofissionalidade mantiver os especialismos, ou seja, práticas que autorizam o saber sobre o que é melhor ou pior para o outro, qual a sua verdade, invalidando o saber/fazer desse outro e produzindo, com isso, separações hierárquicas entre os diferentes saberes disciplinares e/ou os saberes da experiência da prática? Como agir de forma efetivamente múltipla? Para nos ajudar no debate vamos construir, ao longo deste texto, algumas ferramentas<sup>1</sup> de análise para nosso projeto de pensar vias para processos formativos que tenham a integralidade como princípio ético-político.

O conceito de formação pode ter diversas definições, dependendo da disciplina, dos contextos, dos usos, do autor – enfim, de uma infinidade de aspectos que precisam ser considerados, uma vez que muitos conceitos, que têm sua definição como evidente e consensual, podem ser utilizados de forma a ocasionar muitas confusões quando empregados em qualquer contexto, de forma indiscriminada, fazendo-os perder em rigor conceitual, em precisão, em força e, principalmente, perder as condições de sua emergência, do processo de sua

produção nos diferentes campos de saber. Uma opção conceitual é, sempre, uma escolha dentre outras possíveis e uma escolha é, portanto, política, uma vez que implica interesses, saberes, poderes, que constituem modos de ver o mundo, de nele existir, de inventá-lo. Esse debate sobre formação no campo da saúde significa, assim, problematizar as escolhas teórico-metodológicas que fazemos.

Portanto, trabalhar com conceitos não é indiferente quando consideramos que são operadores de realidade, ferramentas com força crítica, que produzem crise, desestabilizam (BENEVIDES; PASSOS, 2000). Com Deleuze (1992), diríamos que são intercessores, quando podem produzir esse efeito de desestabilização. Os intercessores interessam-nos pelos movimentos que produzem, pelo que se dá “entre” (“entre pessoas”, “entre profissionais”, “entre disciplinas”, “entre conceitos”) pelo que está em curso. Um conceito como intercessor opera pelo entrecruzamento de diferentes domínios de saber, e só pode ser pensado na relação de interferência que produz entre esses domínios. Assim, um conceito-intercessor produz contágio, é relação de perturbação, cruzamento que desestabiliza e faz diferir, portanto, não basta pôr os conceitos a se mover, é necessário criá-los (BENEVIDES; PASSOS, 2000).

A criação de um conceito, como produção de conhecimento, é uma prática social cujo trabalho consiste em dar sentido a outras práticas sociais e contribuir para a transformação destas. A importância das diferentes formas de conhecimento reside, exatamente, na sua força de intervenção concreta na prática que visa a constituir. Portanto, a crítica de um conceito, de uma forma de produzir conhecimento, implica sempre a crítica da prática social a que ele se pretende adequar. Por outro lado, o conhecimento, na perspectiva que adotamos, só se efetiva como tal na medida em que for ataque e confrontação com o que está constituído, como crítica da realidade a partir da que existe, com vistas à sua transformação numa outra realidade.

Dessa forma, definir/precisar os conceitos de formação e transdisciplinaridade que constituirão nossa caixa de ferramentas aqui, não significa preciosismo de linguagem e, sim, operação que busca extrair do conceito sua potência de produzir uma torção nos modos de operar no campo da formação em saúde. Ou seja, modos que sinalizam uma formação pautada na preparação de profissionais para

lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe, como também modos que afirmam modelos de gestão descentralizados e transversais que não desapropriem o trabalhador do seu processo de trabalho (BRASIL, 2004). Por que afirmamos isso? Porque, no âmbito das práticas de formação, pensar práticas que produzam rupturas nos modos hegemônicos em curso, visando à integralidade em saúde, significa precisar o que entendemos por formação e como a perspectiva da multiprofissionalidade precisa operar de forma transdisciplinar para que seja um instrumento que efetive essa torção.

Nosso interesse sobre o tema resulta da fragilidade teórica, metodológica e política no trato da questão, que tem desembocado em experiências e propostas que tomam a questão da formação de forma absoluta, pautada em perspectivas tecnicistas, apontando saídas que, muitas vezes, se limitam ao campo técnico-metodológico. Então, do que se trata quando falamos de formação?

Formação seria apenas acúmulo de conhecimentos disciplinares? Quais devem ser nossas preocupações quando nos jogamos no terreno da formação em saúde? O que a palavra *formação* suscita? Que formação requer o trabalho em saúde? Como se dá a formação desses profissionais? Que aspectos ressaltar? Como relacionar a formação acadêmica com aquela que se dá no cotidiano? Visamos a problematizar alguns valores, algumas práticas que têm marcado os processos de formação e, principalmente, disparar debates.

### **Fôrma-de-ação<sup>2</sup> ou forma-de-ação?**

A formação dos trabalhadores, seu “treinamento”, é muitas vezes entendida como transmissão de um conjunto de conhecimentos do “espaço do verdadeiro”, numa racionalidade que traria os trabalhadores o mais próximo possível dessa verdade, fazendo com que, a partir de então, instrumentalizados, possam cumprir seu papel de forma eficaz (BARROS; OLIVEIRA, 2004). Ou seja, freqüentemente se oculta o caráter político-social dos processos formativos. Presos às perspectivas da “ideologia cientificista”, acredita-se na isenção política desses processos. Atréados ao cientificismo, não se procura analisar as matrizes sociais/políticas que orientam alguns dos postulados conceituais que norteiam as práticas de formação e o que acabam produzindo.

Essas práticas, em outros termos, nutrem a subjetividade-especialismos,<sup>3</sup> descartando tudo o que não é autorizado por essa ideologia cientificista. Nesse sentido, “[...] o discurso competente, como discurso normalizado, exige a interiorização dos seus princípios, pois não interiorizá-los é ser considerado incompetente” (BARROS, 1997, p. 208). Os especialismos como discursos do conhecimento “competente/onipotente” promovem, freqüentemente, o reconhecimento incontestado da incompetência dos humanos como sujeitos sociais e políticos.

Descartam-se aí as experiências/construções cotidianas dos trabalhadores. Entendemos que a formação como instituição

“[...] precisa ser analisada em suas várias conexões: transmissão de informação, encontro de diferentes histórias de vida, os movimentos do desejo, mergulho num plano micropolítico onde os fluxos-formas se engendram por conexão, buscando incessantemente a construção de outros territórios” (BARROS, 1997, p. 227).

O debate sobre formação, em muitas ocasiões, está atrelado à transmissão de conteúdos, marcados privilegiadamente por racionalização, conscientização, tecnicismo. É concebida como tendo etapas previamente estabelecidas pelo viés acadêmico-escolar e cumpridas seqüencialmente até que se alcance o “modelo” profissional/pessoal concebido como desejado, esperado e, portanto, natural.

O termo *formação* traz muitas ambigüidades em seu bojo, vai adquirindo múltiplos sentidos nos diversos contextos de utilização e nos efeitos produzidos em suas práticas. Dois deles são recorrentes nesse debate: o que se refere à competência técnica e o referido ao compromisso político. O primeiro sentido/efeito está impregnado da idéia de uma habilidade a ser adquirida, argumento técnico; e o segundo, pela idéia de que a “consciência crítica” possibilita que os profissionais possam interferir nos processos sociais, podendo desaranjar a ordem que aí está, argumento políticos. Ao contrário, afirmamos a indissociabilidade técnico-política.

As tentativas de separar a formação do terreno político, do qual é parte indissociável, restringem, em primeiro lugar, a competência técnica a algo em geral, absoluto, que a consideram boa, ou má ou necessária. Na direção que adotamos neste texto, a tecnologia utilizada pelos profissionais de saúde na sua prática cotidiana não é

asséptica. Não se realiza na medida exata do descarte dos afetos, dos desejos, das paixões, da história. A tarefa desses profissionais, na perspectiva da integralidade, se dá no encontro com a alteridade, com o outro em sua diferença, com a história da vida dos sujeitos, com os movimentos do desejo. É necessário escapar das binarizações (competência técnica/incompetência técnica, compromisso político/alienação, dentre outros), libertar-se dos especialismos enclausuradores e desmanchar territórios do saber-poder, que insistem nas hierarquizações que desqualificam os saberes-fazer da experiência.

Como Foucault (1994), sonhamos com o intelectual destruidor das evidências e das universalidades, que localiza e indica nas inércias e coações do presente os pontos fracos, as brechas, as linhas de força; que está sempre se deslocando, atento ao presente, e colocando-se a questão da revolução: ela vale a pena? Que revolução e que pena? Mas, como sugere o filósofo, apenas aqueles que aceitam arriscar a vida para fazer a revolução podem responder a essa questão.

Esse sonho de Foucault é o que perseguimos no âmbito dos trabalhos em saúde. Propomos aceitar o convite de sermos andarilhos, sem destino certo, percorrendo caminhos provisórios que desmontam as crenças universalizantes e se deslocam de territórios quando estes não mais favorecem a expressão do processo vital. Assim, não se trata de perseguir configurações totalizadoras, nem ser cúmplices de um plano globalizador e sistemático. Destacamos a importância de se tentar desligar, desorganizar, essa rede discursiva moral em que, muitas vezes, se encontram imersas as práticas de formação dos profissionais de saúde. Uma rede moral que se configura como regras e valores estabelecidos *a priori*, que conforma ações, que busca nos guiar numa paisagem estável, podendo conduzir de forma absoluta ou relativa nossas ações (ROLNIK, 1996).

Nossa proposta é construir estratégias críticas que não apenas contestem arranjos estruturais iníquos, mas que também examinem nossa cumplicidade nesses arranjos. Assumir, como projeto, a invenção de si e do mundo e não a descoberta. Como nos propõe Nietzsche (1987), ser mestre pela interrogação sustentada.

Assim, ao tomar a “instituição formação” em análise, estamos procurando argüi-la em seus diferentes aspectos, desmontando as verdades instituídas e asseguradas que dominam os discursos sobre

a formação profissional e tornam problemática qualquer leitura definitiva. Esse desafio se faz desmanchando os territórios de saber-poder, que foram construídos nas práticas no campo da saúde, sobre a crença de um saber “competente” desistoricizado. Os especialistas têm produzido saberes-propriedades, apoiados em estratégias homogeneizadoras que excluem a diferença, a multiplicidade e, portanto, a polifonia indispensável quando temos a integralidade em saúde como horizonte.

Nossa aposta? Uma formação que se configure em múltiplas formas de ação, como produção de saberes e de práticas sociais que instituem sujeitos de ação, aprendizados permanentes e não práticas de modelagem, que se constroem sobre especialismos naturalizados. Um trabalho de formação como processo questiona as formas-subjetividade-instituídas, escapando da produção de profissionais como mercadorias amorfas, despotencializadas, silenciosas, serializadas.<sup>4</sup> Como sugere Baptista (2000), a formação tem sido vista como serialização, ou seja, como uma engrenagem de fábrica, como lugar onde poucos se apropriam do seu saber – do seu trabalho – e, ao mesmo tempo, como espaço onde as contradições podem gerar indagações e propostas que possibilitem questionamentos e a construção de novas práticas.

Trata-se de encontrar pistas, indícios, que possam nos fazer mudar de caminho, rever estratégias e prosseguir no trabalho de construção de práticas de formação que não estejam aprisionados sob a ótica da produção de profissionais que valorizam apenas a “competência técnica” e que insistem em discernir o que é “especificamente cuidar” do que é “especificamente político”. Utilizando uma expressão de Heckert (1992), é preciso “estilhaçar as fôrmas de ação”, uma vez que não se trata de dominar um campo de saber já dado, mas de criar estratégias que não obstruam “as nascentes do devir” (ROLNIK, 1996).

Nossas práticas podem ser suporte importante para as mudanças que queremos. O que temos observado com mais frequência na prática do cuidado em saúde é o aprisionamento dos saberes quando se tornam matéria de especialistas que mantêm territórios fechados, já conhecidos e, portanto, com menos riscos. Acreditamos que o processo de conhecimento é uma relação de luta, uma expressão da pluralidade das forças que constitui o tecido social e, assim, nem se assenta e nem busca verdades *a priori*.

Muitas análises sobre a questão da formação têm-nos remetido à universidade, sua dinâmica e sua “disfunção”. Enfatiza-se a desarticulação que ocorre entre a universidade e o “contexto social”, ou ainda, a formação deficitária que ela tem proporcionado àqueles que freqüentam os bancos escolares, magnificando as ameaças a que está submetida essa educação (LINHARES, 2001). A estrutura e o funcionamento dos cursos, os currículos, a qualificação dos docentes e o descaso do Estado com a saúde e a educação, tudo isso tem sido alvo de muitos ataques daqueles que se preocupam com a questão da formação.

Os processos formativos oferecidos pela universidade têm sido analisados como desvinculados e descomprometidos com a realidade, não produzindo saberes que “revelam ou transformem essa realidade”. “São saberes que não sabem”, fragmentados e desatualizados, que não apresentam relação com a realidade. Tais análises evidenciam a dificuldade na formulação de propostas concretas e, com essa preocupação, encontramos na literatura sobre o tema perspectivas bastante polêmicas.

Algumas análises enfatizam a idéia de que a formação deve ser vista como algo “prático”, entendido como “problemas concretos”, que deve orientar os processos formativos. Aqui, o currículo vai preconizar e defender o predomínio da “prática”. Essa discussão leva à polêmica sobre se a formação deve enfatizar o “teórico” ou o “prático”, numa conduta que desarticula teoria e prática. Surgem, assim, propostas que priorizam a “formação prática”, na dependência dos problemas que o profissional enfrenta no seu cotidiano; outras que valorizam a “formação teórica/técnica”, ou ainda, “o compromisso político”.

Essa separação “teoria-prática-político”, a ênfase em um ou outro aspecto do trabalho, como se fossem aspectos opostos da realidade, pode levar ao que Foucault (1991, p. 82) chamou de os “ascetas políticos, os morosos, os terroristas da teoria, aqueles que queriam preservar a ordem pura da política e do discurso político. Os burocratas da revolução e os funcionários da verdade”. Entendemos, com Foucault, que a prática política deve ser um intensificador do pensamento. A análise política do cotidiano precisa ser um multiplicador das formas de ação e intervenção política. Essas binarizações só

servem para reforçar as unidades e as totalizações, a justaposição e as disjunções das ações, dificultando a inventividade dos processos de trabalho própria dos viventes humanos.

Sem deixar de dar a devida importância à precariedade da formação universitária e ao sucateamento da educação, ou seja, ao descaso das políticas governamentais no nosso país, não concordamos em atribuir o papel de grandes vilões exclusivamente à formação nas universidades e aos currículos. Atrelar a análise da formação unicamente a esses aspectos pode não ser suficiente para o projeto de produzir outros modos de formação na direção da integralidade.

O quadro de sucateamento da educação pode ser apenas um de seus muitos aspectos. É necessário desmascarar todo esse processo de culpabilização e não fixar as análises no aspecto organizacional, de estrutura e funcionamento da universidade e/ou dos cursos de formação, para evitarmos o risco de sermos capturados pela mesma lógica que constitui essas organizações. Urge que coloquemos em análise as relações de poder-saber que constituem essas instituições e que desnudem as relações que aí se materializam.

Culpabilizar ora os profissionais, ora a universidade, ora o currículo pela “formação deficiente” é negar todo um quadro de referência que precisa ter presente a dinâmica da produção social das realidades constituídas (ou dos objetos). É importante criar referenciais de análise, que não se restrinjam às normas governamentais e legais, que estejam relacionados ao cotidiano profissional e às exigências sociais das práticas em saúde. O processo de formação está atravessado por uma redefinição do tecido social, num determinado momento histórico, inserido no processo das lutas políticas e da transformação dessa sociedade.

Mais do que da reestruturação dos currículos, a formação depende da posição de atuação do trabalhador no espaço social conflituoso. A luta pela reformulação ou reorganização das formas curriculares precisa se orientar para os modos de cuidar, a concepção de clínica que se atualiza nos estabelecimentos de cuidado, que não pode se dissociar das lutas políticas presentes no âmbito local (de cada unidade) e no âmbito geral (das políticas de governo). Ou seja, não é possível desvincular atenção e cuidado dos modos de gestão em

curso nos diferentes estabelecimentos de saúde. É na luta política que podemos adquirir maior compreensão do processo histórico, das possibilidades e limites de nossa prática, como saber brotado na prática coletiva. Uma análise das práticas em saúde pode engendrar indagações necessárias sobre a formação e a profissão neste âmbito, sobre seu surgimento datado, seu lugar no contexto social e suas implicações afetivo-político-ideológicas.

A processualidade nos processos de formação tem o sentido de maquinações que escapem das binarizações imobilizantes e das oposições das formas-dadas, destacando que o que importa são os modos como as transformações se operam. Desnaturalizar e, assim, desmontar a “instituição formação” é instituir modos de subjetividade que ampliem as possibilidades da vida e escapem das serializações – ou seja, das reproduções do modelo, do igual, do homogêneo.

O que seria formar os trabalhadores da saúde na perspectiva que apontamos? Como essa direção proposta pode contribuir para a produção de atitudes que privilegiem um tratamento digno e respeitoso? A resposta talvez seja: produzir com aqueles que estão em processo de formação uma política de invenção, onde se mantém vivo o aprender a aprender, de tal modo que o saber que é transmitido não se separe de repetidas problematizações.

Assim, não sendo um saber fechado, pronto, não se pode prometer também que seja um saber para ser meramente aplicado. Como nos indica Kastrup (1997), a prática profissional não pode fazer com que se perca a condição de aprendiz. A formação e o exercício profissional não são dois momentos sucessivos, mas devem coexistir sempre, restando, a todo aquele que se encontra envolvido com esse debate sobre formação, “atuar como um aprendiz-artista, mantendo, em sua prática diária, a tensão permanente entre a problematização e a ação” (KASTRUP, 1997, p. 6).

Segundo a autora, levando o estudante a aprender, a prática de formação buscará então evitar duas posições. Uma delas é tomar as disciplinas como saberes prontos/acabados, o que implica a crença de que a aprendizagem pode ser um dia concluída, quando se dariam por encerrados os problemas com os quais se viu confrontado. Ao dominar-se um saber, técnicas e teorias, espera-se obter o que poderia ser chamado de uma “eficiência profissional”. Ora, como diz a

autora, “o pretensão domínio do saber o faria refém deste mesmo saber” (KASTRUP, 1997, p. 8).

Outra posição a ser evitada é a do estudante crônico, que desenvolve uma problematização ociosa, no sentido de obstacularizar sua prática profissional. “Ao sentir-se sempre despreparado, não deseja correr riscos nem tomar posições. Não percebe que, agindo assim, já está tomando uma, furtando-se a interferir na cartografia de seu coletivo” (KASTRUP, 1997, p. 9).

Acompanhando Kastrup (1997), diríamos que uma alternativa a essas duas posições seria buscar um caminho distante tanto das ilusões de um saber especialista quanto de uma problematização ociosa. A chave da política inventiva é a manutenção de uma tensão permanente entre a ação e a problematização.

“Trata-se então de seguir sempre um caminho de vai-e-vem, inventar problemas e produzir soluções, sem abandonar a experimentação. A opção por este caminho implica ter a coragem de correr os riscos do exercício de uma prática, mas também a coragem de suspender a ação e pensar. É o exercício de uma coragem prudente. É desconfiar das próprias certezas, de todas as formas prontas e supostamente eternas, e, portanto inquestionáveis, mas é também buscar saídas, linhas de fuga, novas formas de ação, ou seja, novas práticas cujos efeitos devem ser permanentemente observados, avaliados e reavaliados” (KASTRUP, 1997, p. 11).

Diríamos, então, que é exatamente a incerteza que constitui a força e não a fragilidade do processo de conhecimento. Essa política inventiva tem que lutar permanentemente contra as forças que tentam impedir o movimento criador do pensamento.

Nesse sentido, trata-se de uma tomada de posição política, uma vez que está envolvida nessa posição que deseja o já feito, as formas prontas, uma moral conservadora, uma política de manutenção das formas de existência estabelecidas e de desqualificação da invenção e da diferença. Da mesma maneira, quando as formas de ação perdem sua garantia de neutralidade, elas constituem instrumentos importantes para a efetuação de mudanças no plano coletivo, de novas políticas de saúde. “Imersas num devir criacionista, contingente e temporário aberto para acolher problematizações que lhes chegam, tais formas de ação não se furtam à permanente aprendizagem e podem concorrer para novas formas de existência e para diferentes estilos de vida” (KASTRUP,

1997, p. 8). Adotando essa estratégia, teremos práticas no campo da saúde que reinventam permanentemente. No momento em que o objeto das disciplinas perde a eternidade, o saber que sobre ele pode se produzir também está sempre em vias de se constituir.

Portanto, um importante desafio se coloca: problematizar os processos de formação em curso, não apenas para podermos esboçar novas saídas para os impasses vividos como, principalmente, para promover outras perguntas, outras entradas. Perguntar-problematizar nossos discursos e práticas é desnaturalizá-los, pois, que de tão naturalizados (considerados como da ordem da natureza), de tão “obviamente já dado”, já não nos provocam, tornando endurecidas as relações e os sentidos das diferentes e múltiplas práticas sociais (ARAGÃO *et al.*, 2001). As perguntas que formulamos não partem de uma postura epistemológica que põe ou supõe previamente o que busca investigar, mas uma postura que coloca “entre parênteses” as realidades dadas, visando a elaborar um olhar crítico da experiência do presente.

Como construir modos de formação em saúde que estilhem as fôrmas de ação? Como realizar a análise e produzir novos territórios no campo da formação em saúde? A operação no concreto para a realização desta tarefa é a prática da transversalização.

### **Transdisciplinaridade**

Ao nos perguntar sobre os processos de formação, sobre uma certa discursividade sobre eles, passamos a percorrer linhas que apontam não mais para objetos dados e sujeitos preexistentes, mas para as práticas que instituem sujeitos e objetos (ARAGÃO *et al.*, 2001). A noção de prática fala “de certos tipos de sujeitos de conhecimento, certas ordens de verdade, certos domínios de saber a partir de condições políticas que são o solo em que se formam o sujeito, os domínios de saber e as relações com a verdade” (FOUCAULT, 1994, p. 27). Interessa-nos a rede de produção de saberes coletivos que constitui as práticas sociais. Saber não para constatar, diagnosticar ou explicar a realidade, mas que possibilite intervenções no próprio curso desses processos. Nossas preocupações giram em torno de problematizar os processos de formação que têm caminhado mais no sentido da individualização-privatização do que numa concepção de

formação como processo coletivo, como práticas aliançadas com a transformação da realidade em que vivemos.

Pensar em formação é, portanto, pensar nas estratégias que podem engendrar uma outra “forma-humana”, ou seja, a construção de práticas sociais que instituem um certo lugar de professor, aluno, profissional de saúde, pesquisador, especialista... Esse modo de problematizar os processos formativos faz-nos tomar em análise uma maneira de organização das “disciplinas que vêm marcando fronteiras muitas vezes rígidas na definição de seus objetos de pesquisa e/ou interesse” (BENEVIDES; PASSOS, 2000 p. 11).

São inegáveis as tentativas que se tem empreendido nas últimas décadas, no sentido de se flexibilizar tais fronteiras. Entretanto, a nosso ver, em alguns momentos conseguiu-se avançar no diálogo entre profissionais ligados a disciplinas específicas, mas mantendo-se, na maioria das vezes, os especialismos. Esse movimento de flexibilização tem-se efetivado através de alguns procedimentos, dentre os quais se destaca:

“o movimento de disciplinas que se somam na tarefa de dar conta de um objeto que, pela sua natureza multifacetada, exigiria diferentes olhares (multidisciplinaridade), ou, de outra forma, o movimento de criação de uma zona de interseção entre elas, para a qual um objeto específico seria designado (interdisciplinaridade). Mas o que vemos como efeito, seja da multidisciplinaridade, seja da interdisciplinaridade, é a manutenção das fronteiras disciplinares, dos objetos e, especialmente, dos sujeitos desses saberes” (BENEVIDES; PASSOS, 2000 p. 12).

Somos forçados a reconhecer que esses movimentos se limitam a uma articulação entre os termos que se mantêm como unidades identitárias, de forma que se privilegiam os termos, considerados *a priori*, que se entrecruzariam, e não as relações.

Para nós, romper com essas fronteiras rígidas que marcam a maneira de funcionamento das disciplinas e, portanto, romper com as diferentes dicotomias, significa constituir planos de análise, privilegiando-se a relação que constitui os termos. Esse modo de tratar a questão da transdisciplinaridade, segundo Benevides e Passos (2000), não pode ser entendido como articulação entre disciplinas, pois, neste caso, estamos falando de interdisciplinaridade, que mantém a idéia de disciplinas independentes em contato umas com as outras, uma re-



lação de conjugação entre dois domínios definidos, estáveis e que resultaria num terceiro, que se constituiria numa nova identidade.

A perspectiva transdisciplinar refere-se a um processo que não busca a estabilidade e, sim, interferência entre as disciplinas, intervenção que desestabiliza um determinado saber disciplinar, visando-se a uma torção nos modos instituídos de funcionamento, e não a instituição de novas identidades, como o que ocorre no âmbito da interdisciplinaridade. Desse modo, esse viés interdisciplinar, que perfila de forma dualista o que vem a ser o processo de constituição das disciplinas e suas articulações, ao se insinuar nas práticas de formação acaba por fixar territórios fechados de campos disciplinares, o que pode ser um obstáculo para a construção de novos arranjos institucionais em saúde que se constituam em efeitos de polifonia.

Problematizar as questões da multiprofissionalidade a partir da transdisciplinaridade significa, assim, colocar em questão os limites entre as disciplinas, produzir um efeito de desestabilização que subverte exatamente o que dá sustentação aos campos epistemológicos e à unidade das disciplinas, interrogando os especialismos.

Esse modo de tratar a questão já sinalizada por vários autores (BARROS, 1997; BENEVIDES; PASSOS, 2000; KASTRUP, 1997; MATURANA; VARELA, 1995; RODRIGUES, 1998; STENGER, 1990), significa afirmar que tanto o objeto quanto o sujeito e o sistema teórico ou conceitual com o qual ele se identifica são efeitos que emergem de um plano de constituição, atravessado também por aspectos estéticos, éticos, econômicos, políticos e afetivos, não tendo, assim, a unidade e homogeneidade de uma disciplina ou de um campo “científico”.

Permitimo-nos afirmar, então, que mais do que buscar os fundamentos das ciências e das disciplinas, é fundamental traçar o processo de sua constituição, onde estão colocados os diferentes interesses que aí participam. “O cientista que quer ser inovador, que quer criar história, deve ser um estrategista dos interesses. Ele deve criar vínculos, encontrar aliados, criar relações de força favoráveis” (STENGER, 1990, p. 104). Perguntamos, com Stenger (1990), se a ciência e as diferentes disciplinas acadêmicas possuem alguma transcendência com relação ao mundo que produz, produção tanto de seu objeto quanto do sujeito de saber, que antes de explicarem o

processo cognitivo devem ser explicados por eles, como bem nos indicaram Humberto Maturana e Francisco Varela (1995).

Seguindo esses autores, diríamos que, no lugar de campo epistemológico, pensamos em um plano de constituições ou de emergências a partir do qual toda realidade se constrói e, nessa direção, também o conhecimento científico é constituído sem fundamento substancial, sem natureza mantenedora da sua neutralidade e objetividade e, portanto, sem poder ser um conhecimento desinteressado que apenas desvelaria a realidade de seu objeto. Trata-se, portanto, de se desfazer da “[...] impressão de identidade” das ciências e colocá-las em história, recusando as tentativas de considerá-las de maneira autônoma em relação ao “contexto social, econômico, político” do qual emergem (STENGER, 1990, p. 103).

Entendemos que conhecer é estar engajado na produção da realidade, mas também é constituir-se nesse engajamento, é co-engendramento de sujeito e objeto no ato do conhecimento. Nessa direção, não há nenhuma anterioridade, nenhuma garantia prévia no ato de conhecer. Em sendo assim, como evitar o risco de o pensamento cair na indiferença e no relativismo quando não temos mais as garantias do fundamento? Significa afirmar que tudo ou nada vale? Afirmamos, com Benevides e Passos (2000), que para evitar essa ameaça é preciso afirmar nossas escolhas conceituais e definir nossas posições críticas:

“Não se trata de abandonar o movimento criador de cada disciplina, mas de fabricar intercessores, fazer série, agenciar, interferir. Frente às ficções preestabelecidas, opor o discurso que se faz com os intercessores. Não uma verdade a ser preservada e/ou descoberta, mas que deverá ser criada a cada novo domínio. Os intercessores se fazem, então, em torno dos movimentos, esta é a aliança possível de ser construída quando falamos de transdisciplinaridade” (BENEVIDES; PASSOS, 2000 p. 20).

Dizem, ainda, que problematizar os limites de cada disciplina é argüi-las em seus pontos de congelamento e universalidade, nomadizar as fronteiras dos campos de saber, tornando-as instáveis, fazendo-os planos de criação de outros objetos-sujeitos. Como nos indica Deleuze (1992, p. 156), “uma disciplina que se desse por missão seguir um movimento criador vindo de outro lugar abandonaria ela mesma todo papel criador”.

As práticas de formação no campo da saúde encontram-se, freqüentemente, permeadas pelo viés da interdisciplinaridade, que acaba por abandonar os movimentos que podem engendrar outros modos de ser trabalhador nesse âmbito. Se quisermos dar aos processos de formação outras direções, é preciso ir além e aquém de uma disciplina considerada como unidade isolada, ou seja, extremidade de um processo. A dimensão precisa ser outra – ou seja, focar o processo, o que se constitui nas entrelinhas, por tudo o que atravessa e vai compondo os processos de formação. Com Rocha (2005), afirmamos que nesse âmbito lidamos com algo instável. Mas é só nessa instabilidade que as mudanças podem se fazer. É preciso estar atentos aos agenciamentos de enunciação<sup>5</sup> feitos entre o plano molar (regimentos, códigos, disciplinas acadêmicas, currículos, saberes disciplinares, formas constituídas) e o plano molecular (experiências, forças, desejo – potência, o que nos move no fluxo dos acontecimentos, no fluxo da vida).

Entre esses planos vemos surgir saberes e profissionais de saúde. Como vamos nos situar nesses planos? Que encontros nos dispomos a fazer para construir um projeto de formação que afirme a integralidade como princípio?

Declaramos a urgência de analisar esse campo de produção de experiências e de conhecimentos que se atualizam no âmbito da formação dos profissionais de saúde e avaliar os efeitos das práticas sobre os corpos. Se perseguimos a compreensão/transformação dos processos formativos em curso no âmbito da saúde, é necessário definir mais detalhadamente os mecanismos envolvidos na produção desses profissionais. É preciso descrever as práticas que incidem na sua composição, os valores que estão implicados, ou seja, destrinchar essas misturas, longe de unidades estáveis, já que essas falariam de identidades.

Transversalizar<sup>6</sup> as disciplinas na direção que buscamos imprimir, tem, portanto, o sentido de conjugar forças de impedimento e forças de resistência que se constituem numa prática concreta no plano da experiência das práticas de formação. Uma experiência que interroga os modos verticalizados/hierarquizados de funcionamento de alguns saberes/fazerem no campo da saúde, que operam por totalização, unificação, que, em vez de afirmar as condições de enunciação coletiva privilegiam agenciamentos estereotipados.

Com esse objetivo, a proposta deste texto é buscar instituir uma outra prática na qual propomos pensar a própria posição das disciplinas que compõem os currículos dos cursos de formação em saúde, abrindo-se para processos inventivos. Uma tendência que, ao recusar as hierarquias e as totalidades, conjura os absolutos, não busca garantias transcendentais e se define por uma abertura, por um processo de comunicação rizomática (GUATTARI, 1981), coeficiente de transversalidade ampliado que tem o sentido de uma dinâmica de comunicação multivetorializada ou transversal. O rizoma

“diferentemente das árvores ou de suas raízes, conecta um ponto qualquer com outro ponto qualquer e cada um de seus traços não remete necessariamente a traços de mesma natureza; [...] não se deixa reconduzir nem ao Uno nem ao múltiplo. Ele não é o Uno que se torna dois, nem o mesmo que se tornaria três quatro ou cinco etc. [...] Ele não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 32).

O rizoma, composto de linhas, é aberto, se conecta em todas as direções e se opõe a uma estrutura, como conjunto de pontos que se relacionam de forma binária e posições que se correlacionam de forma biunívoca.

No caso da formação em saúde, isso será possível quando as práticas forem suporte para os diversos modos de expressão, que aí emergem, para os diversos enunciados, descolando-se de um lugar mítico que muitas vezes se produz para a prática em saúde. Tal abertura à alteridade implica um *quantum* comunicacional que tende a ser máximo entre os diferentes níveis e, sobretudo nos diferentes sentidos (BENEVIDES; PASSOS, 2003). Só assim nos parece possível falar de polifonia e de integralidade.

Transversalidade é, então, grau de abertura comunicacional que depende do maior ou menor contato com as condições de produção das práticas de formação e, assim, pode desencadear um processo que opera por aumentos do grau de transversalidade.

“A transversalidade é uma dimensão que pretende superar dois impasses de uma pura verticalidade e de uma simples horizontalidade. Tende a realizar-se quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e, sobretudo nos diferentes sentidos” (KAMKHAGI, 1982, p. 214-215).

Para pensar a formação nesse viés, é preciso conjurar os processos que separam e opõem “competência técnica e compromisso político”, “teoria e prática”, “cuidado e gestão”, privilegiam a transmissão de informações, o consumo e acúmulo dos conhecimentos/técnicas da “moda”, em detrimento de uma perspectiva de problematização e experimentação dos saberes. Nossa aposta/proposta é recusar as dicotomias, o que caracteriza as perspectivas transversais, valorizando as experiências dos profissionais e o próprio trabalho como espaço educativo e transformador.

Contrariamente às perspectivas de formação-consumo permanente, insistimos nos processos de formação numa dimensão potencializadora de movimentos de invenção e, portanto, de ruptura dos modos hegemônicos de pensar, viver, aprender e “gerenciar” os diferentes estabelecimentos de saúde, vislumbrando sua potência transformadora, de criação de outros mundos, de outras formas de ser trabalhador em saúde. Apropriar-se de uma perspectiva transdisciplinar implica, portanto, assumir uma postura ético-política que afirma a comunicação máxima entre os diferentes saberes, incluindo a análise histórico-crítica da própria divisão dos saberes, des-disciplinarizando, des-naturalizando, rompendo com os domínios constituídos de competência (RODRIGUES, 1998, p. 59), o que não significa negar as especificidades dos saberes, suas singularidades. Mas se recusar a assumir um projeto de formação que faça apologia dos especialismos enclausuradores que não permitem a experimentação.

Nossos caminhos-intervenções se pautam nessas análises, que podem disparar muitas outras. Nosso desafio é analisar permanentemente as forças em jogo na formação dos profissionais de saúde, a que a continuação da reforma sanitária nos convida, produzir estratégias para o enfrentamento do cotidiano e inventar práticas que afirmem e possibilitem, mais do que nunca, a criação coletiva de alternativas aos processos que hoje se instituem nesse âmbito. Experimentar modos de formação pautados na perspectiva transdisciplinar pode ser uma via interessante.

## Referências

- ABRASCO. Editorial. *Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, ano XXI, n. 94, p. 2, jun. 2005.
- ARAGÃO, E. M. A. *et al.* As sutilezas dos processos de grupo e formação na atualidade. In: ATHAYDE, M. *et al.* (Orgs.). *Trabalhar na escola? Só inventando o prazer*. Rio de Janeiro: IPUB, 2001.
- BAPTISTA, L. A. *A fábrica de interiores: a formação psi em questão*. Niterói: EdUFF, 2000.
- BARROS, M. E. B. *A transformação do cotidiano: a formação do educador, a experiência de Vitória*. Vitória: Edufes, 1997.
- BARROS, M. E. B.; LIMA, R. Estruturalismos e regimes de signos. In: BARROS, M. E. B.; LAVRADOR, M. C. C.; MACHADO, L. A. D. (Orgs.). *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- BARROS, M. E. B.; OLIVEIRA, S. P. A psicologia na intercessão saúde e trabalho: experiência numa escola pública de Vitória. *Cadernos de Pesquisa em Educação PPGE/UFES*, Vitória, v. 10, n. 19, p. 82-113, jan./jun. 2004.
- BENEVIDES DE BARROS, R.; PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 16, n. 1, p.71-79, 2000.
- \_\_\_\_\_. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. *Políticas da transversalidade ou a transversalização como método clínico-político*. Oficina de trabalho dos consultores PNH, Campinas-SP, dez. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política de Humanização, 2004.
- DELEUZE, G. Os intercessores. In: \_\_\_\_\_. *Conversações*. Tradução de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Tradução de Ana Lucia de Oliveira. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. v. 1.
- FOUCAULT, M. Anti-Édipo: uma introdução à vida não fascista. In: ESCOBAR, C. H. (Org.). *Dossier Deleuze*. Rio de Janeiro: Hólon, 1991.
- \_\_\_\_\_. *A ordem dos discursos*. São Paulo: Loyola, 1994.
- GUATTARI, F., ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- GUATTARI, F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- GUIZARD, F. L.; PINHEIRO, R. Cuidado e integralidade por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 21-36.
- HECKERT, A. L. C. *A produção dos latifundiários do saber: a formação do psicólogo em questão*. Niterói, 1992. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1992.
- KAMKHAGI, V. Horizontalidade, verticalidade e transversalidade. In: BAREMBLIT, G. (Org.). *Grupos: teoria e técnica*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

KASTRUP, V. *As políticas da cognição e o problema de aprendizagem*. Palestra proferida na Semana de Psicologia da UFES, na mesa-redonda “Práticas Educacionais”. Vitória, set. 1997.

LINHARES, C. (Org.). *Os professores e a reinvenção da escola*. Brasil e Espanha. São Paulo: Cortez, 2001.

MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento*. Tradução de Jonas Pereira dos Santos. Campinas: Editorial Psy, 1995.

NIETZSCHE, F. *Genealogia da moral*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

ROCHA, M. *As dramáticas de uso de si de jovens mãos trabalhadoras: cartografias do trabalho em insuspeitáveis territórios*. 2005. Tese (Doutorado) - Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

RODRIGUES, H. B. C. Quando clío encontra psyche: pistas pra um (des)caminho formativo. *Cadernos Transdisciplinares*, Rio de Janeiro, s/p, 1998.

ROLNIK, S. Despedir-se do absoluto. *Cadernos de Subjetividade*, número especial – Gilles Deleuze, 1996.

STENGER, I. Quem tem medo da ciência? *Ciência e Poderes*, São Paulo: Siciliano, 1990.

#### Notas

<sup>1</sup> Segundo Deleuze (1992, p. 71) “uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante... É preciso que sirva, é preciso que funcione”.

<sup>2</sup> Expressão utilizada por Heckert (1992).

<sup>3</sup> As subjetividades-especialismo são modos de subjetivação que operam por meio da desqualificação do que não é autorizado pela “academia”, desqualificando o saber que se produz cotidianamente nos ambientes de trabalho em todos os níveis. Pautam-se, principalmente, pela desqualificação do que não está alinhado com o pensamento autorizado nos seus respectivos campos de saber. Especialismos, portanto, se distinguem de especialidades e têm, neste texto, o sentido de uma prática que se autoriza como o único discurso possível sobre determinados temas, desqualificando aqueles que não seriam autorizados pela “academia”.

<sup>4</sup> *Serializado*: produto feito em série, aquilo que se reproduz como o modelo, o que é igual e/ou homogêneo.

<sup>5</sup> O agenciamento opera sobre fluxos semióticos, materiais e sociais, conectando multiplicidades (BARROS; LIMA, 2001, p. 112). Para Guattari (1986 p. 31), um agenciamento coletivo de enunciação não corresponde nem a uma entidade social predeterminada ou entidade individualizada. Nenhuma produção de sentido está centrada em agentes individuais. Os agenciamentos de enunciação colocam em conexão diferentes instâncias.

<sup>6</sup> O conceito foi criado no contexto da análise institucional dos anos 60, numa transformação e desvio por relação ao conceito de transferência e contratransferência e hierarquia institucional. Sua importância neste texto se situa, precisamente, no fato de ser um conceito-ferramenta que emerge num cenário de fechamento da experiência e de crise (BENEVIDES; PASSOS, 2003). É esse o sentido que buscamos dar à comunicação entre os campos disciplinares.

## PARTE 3

### Linhas de rotas analíticas

# **A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho**

FRANCINI LUBE GUIZARDI \*  
BRUNO PEREIRA STELET \*\*  
ROSENI PINHEIRO \*\*\*  
RICARDO BURG CECCIM \*\*\*\*

A relação entre o ensino de graduação na área da saúde e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial no que diz respeito à construção de desenhos tecnoassistenciais inovadores e transformadores das características historicamente hegemônicas no setor, diz respeito à formação e ao exercício das profissões de saúde. Nesse sentido, importam-nos particularmente os efeitos da interação entre ensino e trabalho em suas potencialidades como estratégia de orientação da formação em direção à integralidade.

Movimentos sociais no campo da reforma sanitária vêm empreendendo, durante as últimas três décadas, um debate sobre os desafios que a formação profissional impõe à consolidação do ideário do SUS como prática social, tendo em vista o poder de normalização e permanência de que determinados modelos pedagógicos dispõem,

---

\* Psicóloga, mestre e doutoranda em Saúde Coletiva no IMS-UERJ; pesquisadora do Lappis. Endereço eletrônico: flguizardi@hotmail.com.

\*\* Médico, residente em Residência Medicina Geral e Comunitária no Hospital Pedro Ernesto da UERJ; pesquisador do LAPPIS. Endereço eletrônico: brunopst@yahoo.com.br.

\*\*\* Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; professora adjunta no Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS-UERJ; coordenadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br.

\*\*\*\* Doutor em Educação; professor de Educação em Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); coordenador do EducaSaúde - Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Educação, na UFRGS. Endereço eletrônico: burgceccim@mandic.com.br.

condicionando a atuação dos profissionais de saúde. A percepção desses obstáculos foi traduzida constitucionalmente na assertiva de que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, função que continua sendo um desafio, dadas as características das instituições de ensino e seu marcante distanciamento do sistema público de saúde.

Esse aspecto nos indica que a forma como se efetiva a aproximação entre as instituições de ensino e de saúde precisa ser problematizada, o que discutiremos a partir das experiências pedagógicas que compõem a pesquisa nacional sobre o ensino da integralidade em saúde, tendo em vista a formação para o SUS, pesquisa que integra a linha de atuação designada como EnsinaSUS, no âmbito do diretório de pesquisa do CNPq designado como Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS). Essa linha de atuação, bem como a pesquisa dela desdobrada, se originaram da política do SUS sobre a aprendizagem relativa ao sistema de saúde vigente em nosso país (o SUS) no âmbito dos cursos de graduação da área da saúde – AprenderSUS (BRASIL, 2004).

Como característica comum às experiências participantes da pesquisa do EnsinaSUS, encontramos o fato de que todas elas têm como objetivo formar profissionais cuja atuação tenha como referência o trabalho no SUS, guiadas pelo objetivo de contribuir com a integralidade na formação e na atenção em saúde. Na articulação dessas iniciativas, foi marcante a influência de programas, projetos e políticas públicas surgidos a partir de 1950, com a criação dos departamentos de Medicina Preventiva, Odontologia Preventiva e Social e Enfermagem de Saúde Pública, e com a realização de experiências de ensino extramuros da universidade e seu hospital universitário (FEUERWEKER e MARSIGLIA, 1996). É interessante destacar esse efeito como decorrente das propostas norteadoras de uma intervenção mais estruturada na relação entre universidade, sistemas de saúde e população, influenciadas pela Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e realizada em Alma-Ata, no Casaquistão, em 1978.

Entendemos que a relação das experiências de ensino com referências de mudança no trabalho parece ser marcada por dois movimentos: um quando os projetos e políticas de formação representam

um molde ou ponto de chegada, em função do qual as escolas procuram se adaptar, como se buscassem alcançar os modelos ideais de formação; o outro movimento ocorre quando tais projetos e políticas representam um desafio ou ponto de partida para a construção de novos modos de ensinar ou novas práticas de formação, configurando um processo de criação de territórios institucionais.

Saippa-Oliveira e Koifman (2004) apontam a diferença entre inovação/transformação e modernização curricular consoante os dois movimentos. Segundo os autores, as inovações remetem às múltiplas relações que constituem os processos pedagógicos, existindo no processo e não no resultado final, enquanto as reformas ou modernizações se limitam às estruturas formais do sistema educativo, como conteúdos ou métodos. Isso implica afirmar que a mera modernização pedagógica não garante a transformação das práticas e a superação de elementos presentes nos currículos normativos. A fala de um docente situa esse cenário:

“Se a gente pretende que saia um profissional da graduação, um profissional adequado às diretrizes colocadas pelo MEC, um profissional com perfil, capaz de atuar em todas as instâncias do SUS, que é o grande enfoque das diretrizes [...] aí integralidade é essencial [...]. O nosso componente principal é toda essa desenvoltura para a integralidade, a integração com todos os aspectos no serviço, com o local, com o conhecimento prático do que acontece dentro do SUS” (docente).

A diferença entre as duas posturas frente aos projetos e políticas de mudança no ensino mostra-se decisiva na relação entre a consolidação do SUS e a formação e o exercício profissional em saúde, na medida em que diz respeito à construção de iniciativas e ações transformadoras das práticas historicamente hegemônicas que prevalecem em curso nas políticas de ensino e de saúde e em suas instituições. Nesse sentido, consideramos que uma importante discussão deve ser feita sobre a interação entre sistema de saúde e ensino de graduação nas profissões de saúde. Essa discussão, segundo nossa perspectiva, concerne à necessidade de que as instituições tenham como elemento fundamental dessa aproximação o exercício da crítica de seus próprios territórios institucionais, como condição para a produção coletiva de novos espaços e práticas de cuidado e gestão e de formação em saúde orientados para a integralidade.

A partir das experiências de ensino acompanhadas pelo EnsinaSUS, discutimos a forma como se tem construído essa dimensão crítica, suas vinculações com os encontros e fronteiras desenhados entre os dois territórios – a saber, o ensino de graduação da saúde e o trabalho do SUS. Procuramos analisar também as evidências de novas práticas, que tenham como efeito a produção de integralidade tanto no âmbito do ensino, como do trabalho em saúde. Práticas e sentidos inovadores a partir das quais são produzidas possibilidades de transformação das instituições em questão.

### **Espaços e instrumentos processuais de exercício da crítica: a relação ensino-trabalho**

Uma primeira tentativa de compreensão do encontro entre ensino e trabalho nas instituições de saúde nos leva a pensar como a crítica se coloca nessa relação. Tomamos aqui a crítica como o exercício de estranhamento do corriqueiro, das verdades e normas que, sem que sejam explicitadas, organizam nosso cotidiano. A crítica seria a tessitura de pequenas genealogias das certezas que nos norteiam, as quais permitem interrogar e forjar problemas e perguntas a seus enunciados de verdade. Nesse sentido, procuramos indícios desse exercício crítico nas experiências pesquisadas, partindo especificamente da análise da conformação de espaços em que as instituições promovam o encontro de suas normas e formas de organização. Outra possibilidade foi analisar os instrumentos construídos a partir dessa interação e o modo como eles interrogam ou reforçam os processos característicos dessas instituições.

À primeira (e superficial) aproximação, poderíamos pensar que sobressai nas experiências de ensino a inexistência formal ou restrita de espaços conjuntos entre as instituições, nos quais as formas de “saber e fazer” que as organizam sejam confrontadas e pensadas em função do que é requerido na realização das atividades. Percepção que emerge da observação do caráter informal que adquire parte das decisões relevantes, muitas das quais não chegam a ser alçadas a um debate institucional. O extremo oposto disso surge, ainda que de modo pouco expressivo nas experiências, como um movimento de normatização, marcado pelo estabelecimento de protocolos de estágios, relatórios formais e outros instrumentos que, contudo, não

abordam as questões que emergem do cotidiano da inserção dos discentes no campo de prática dos serviços. Desta forma, é comum que muitos dos espaços criados em função das atividades de inserção dos estudantes na rede de serviços tendam a permanecer nos limites de cada instituição, dificultando a produção de questões sobre suas dinâmicas e *modus operandi*. Alguns dos espaços conjuntos (articulados) adquirem, por vezes, uma característica pontual e esparsa, caracterizando um momento que se torna “externo” ao processo, como no caso das reuniões de avaliação e de comunicação das atividades:

“Do ponto de vista dos alunos sobre a disciplina e o trabalho que eles tiveram, nós temos esse seminário de encerramento na volta deles. Temos aí quatro horas que são pra eles colocarem o que acharam, o que ganharam e o que perderam. Quais os problemas tanto do ponto de vista estrutural como do pedagógico” (docente).

O movimento de preservação dos limites institucionais se expressa particularmente nos documentos produzidos em função da interação ensino-trabalho, cujo foco é frequentemente a definição de contrapartidas materiais, sendo recorrente o modelo de convênio, que incorpora as relações contratuais formais de acesso à rede de serviços, manutenção, ampliação estrutural de unidades ambulatoriais e hospitalares que passaram a servir como cenários de práticas para o ensino. Quanto a isso, consideramos ser importante sinalizar o fato de os convênios não abordarem, em geral, mecanismos formais de pactuação/negociação permanentes entre a universidade e a gestão local dos serviços de saúde, que auxiliem a repensar a lógica dos processos pedagógicos, de trabalho ou gerenciais, ou ainda que tensionem os fluxos de informação e tomada de decisão nas instituições. Assim como os instrumentos normativos de pactuação, também os discursos dos atores nos fazem pensar sobre a necessidade de discutir como a interação pode ser produtiva e transformadora para as práticas das instituições:

“A Secretaria de Saúde não tem se preocupado com isso, eles têm se preocupado com o cumprimento do convênio que, hoje, por incrível que pareça, tem uma conotação mais de cobrança” (dirigente de ensino).

“Eu sinto falta disso, de sentar e discutir o que pode vir a melhorar o serviço da SMS com a parceria da faculdade e como também a faculdade possa ter o serviço para melhorar o intercâmbio” (gestor da saúde).

Notamos que algumas dificuldades são identificadas nas interações ensino-trabalho, sendo necessários espaços para debetê-las coletivamente, sem o que é restrita a possibilidade de desconstrução dos aspectos enrijecidos das instituições – particularmente aqueles que atualizam os modelos tecnoassistenciais hegemônicos e as relações de poder que os caracterizam. Podemos compreender essas dificuldades como decorrentes da força de permanência e atualização (modernização), que os discursos hegemônicos possuem, mesmo quando pensamos em projetos político-pedagógicos orientados por uma perspectiva diversa. Exemplo desses discursos seria a expectativa de atuação profissional com a qual os alunos chegam à graduação, normalmente marcada pela biomedicina, por uma concepção medicalizada e hierarquizada nas relações de trabalho e prestação da assistência. Outro exemplo seria a expectativa das equipes dos serviços de que a universidade ajude a resolver toda a demanda que chega às unidades.

Em um dos projetos, por exemplo, os profissionais relataram como dificuldades: a alta rotatividade dos estudantes; a pouca continuidade no trabalho; a presença dos estudantes na hora de ajudar a detectar problemas, mas não na hora de desenvolver ações; orientações inadequadas para o tipo de população da região; postura inadequada de estudantes; distância cultural e social entre estudantes e população; pouco espaço físico da unidade de saúde para acolher os estudantes, a falta de cordialidade na relação entre estudantes e profissionais; e a queixa de que a equipe tem que suprir demandas criadas pela universidade.

Apesar da convicção com que as questões foram expostas pelos trabalhadores e demais atores, estes informaram não ter discutido tais problemas com a equipe da universidade, assim como muitas das questões percebidas pelos estudantes e docentes também não encontram espaço e contexto para serem debatidas junto aos serviços: “O hospital poderia ser mais bem aproveitado para produzir um espaço de transformar a avaliação, que ainda é pontual” (estudante).

Esse aspecto mostra uma tendência de persistência da cisão entre o ensino e o trabalho em saúde, mesmo quando há atividades conjuntas. Cabe uma ressalva: quando apontamos essa cisão, não pretendemos negligenciar as interferências decorrentes desse encontro, as quais produzem efeitos diversos, que geram novos movimentos e

posturas. Aspecto que abordaremos detalhadamente adiante e que é justamente o cerne de nossa discussão, posto que nos revela indícios e potencialidades de transformação dos territórios institucionais. A não-preocupação com a construção de espaços e dispositivos que permitam enunciar e debater esses efeitos restringe o impacto que eles podem ter na transformação das práticas e saberes em jogo.

Um exemplo em que esse fator fica especialmente claro é apontado em várias falas, quando a interação e a diversificação dos cenários de práticas são justificadas pelo objetivo de se aproximar da realidade. Nessa afirmação, é comum que a realidade seja compreendida como a realidade externa à universidade. O cotidiano do ensino não é problematizado como possibilidade de atualização da prática profissional que se deseja questionar com a diversificação de cenários de aprendizagem. Isso nos defronta com o risco de que, nessa interação, a universidade permaneça como referência de saber legítimo e autorizado, o que restringiria o olhar sobre os sistemas de saúde como espaços também legítimos de produção de saberes e práticas inovadoras na construção da integralidade da atenção. Um sinalizador da necessidade de problematizar essa compreensão seria a não-participação dos atores dos serviços de saúde nas avaliações, no planejamento das atividades e na produção de conhecimento sobre a experiência em curso. Isso é especialmente relevante quando se nota a restrita, quando não ausente, participação de usuários e movimentos sociais como interlocutores nas ações, ainda que sejam comuns atividades de educação em saúde, muitas das quais concretizadas como transmissão de informação (palestras) – ou seja, tendo como referência um modelo de intervenção em que se definem aqueles que possuem e os que não possuem conhecimento sobre o objeto ou problema em questão.

Selecionamos um depoimento que evidencia a restrita ou ausente participação de usuários e movimentos sociais como interlocutores da transformação da educação dos profissionais de saúde:

“Pois é, aí que está esse espaço está muito trabalhado pra aluno, professor e funcionário. Agora pro usuário ainda está deficiente. O usuário ainda não foi envolvido, embora a atual direção seja muito aberta pra isso. Ainda não se conseguiu encontrar uma forma adequada pra que haja espaço para os usuários. E isso é fundamental, enquanto isso não ocorrer a integralidade não vai ocorrer” (docente).



Os fatores apresentados nos mostram que mesmo os projetos inovadores encontram dificuldades na transformação dessa relação pedagógica e político-institucional, em que historicamente as instituições procuram resguardar-se do exercício da crítica acerca de sua organização. Percebemos, no entanto, que em várias circunstâncias esse distanciamento é questionado, quando são forjados dispositivos que instauram espaços e instrumentos de análise dos processos em curso. Por esse motivo, compreendemos ser importante proporcionar visibilidade para esses encontros e dispositivos, para os efeitos que engendram, na medida em que permitem transformar as instituições, apesar das resistências sempre presentes.

Nesse sentido, exemplo oportuno é a organização de reuniões semanais de debate dos estágios nos serviços ou seminários de planejamento e avaliação do currículo. Um dos principais efeitos notados é o modo como trabalhadores, estudantes e docentes se responsabilizam como partícipes do processo formativo e do cuidado. Essa forma de vinculação propicia o debate coletivo sobre as práticas cotidianas, ajudando na conformação de ações e posturas abertas à sua própria reconstrução, conforme o solicitem os desafios e problemas cotidianos:

“No estágio, nós temos todas as segundas-feiras uma reunião com os enfermeiros que estão acompanhando as práticas, o coordenador de enfermagem, os enfermeiros daqui que estão acompanhando com os alunos, onde eles vão colocar qual foi a dificuldade ou até a questão da relação com a equipe: fulano de tal, nós estamos tendo dificuldade de trabalhar por isso, isso e isso. Há uma avaliação muito boa, porque até eu digo: se nós não tivermos maturidade, se o enfermeiro em serviço não tiver maturidade para ouvir, porque muita coisa vai entrar no serviço dele, na atuação dele, pode até prejudicar” (docente).

“Nós temos reuniões iniciais antes de iniciar o estágio dos acadêmicos: Às vezes, temos reuniões no meio do estágio e temos reuniões no final do estágio, é onde nós vemos o que foi bom, o que não foi, onde precisa melhorar. Nós do serviço temos, também, reuniões e encontros de avaliação junto com os acadêmicos de cada grupo” (trabalhador de saúde).

É interessante notar que mesmo articulações pontuais podem gerar movimentos novos. Um exemplo seria o convite, feito por professores, para que os gestores do serviço apresentassem para os alunos as po-

líticas públicas de saúde desenvolvidas no município. Essa estratégia de aproximação gerou a necessidade de que a Secretaria da Saúde realizasse estudo sobre seu papel quanto aos processos de formação. Essa iniciativa teve como desdobramento discussões no Conselho Municipal de Saúde acerca do papel das instituições de ensino na construção do SUS, tema até então não abordado nesses espaços.

Outro conjunto de propostas que reconhecemos ter como efeito a construção de dispositivos de análise das práticas institucionais foi o recurso à articulação com os espaços já existentes. Alguns cursos procuram estreitar a relação com os Conselhos de Saúde, a fim de superar dificuldades e mostrar a importância e as perspectivas da formação de profissionais de saúde comprometidos na construção de uma rede de atenção integral à saúde. Nesses casos, o Conselho de Saúde surge como local estratégico na consolidação e legitimação do projeto pedagógico orientado para o SUS e para a integralidade:

“A próxima reunião do Conselho Municipal de Saúde, inclusive, será feita na universidade, porque eles querem apresentar, o novo currículo, como é que eles estão enxergando a formação dos profissionais dentro dessa ótica dos profissionais pra dedicação ao serviço público, nessa filosofia do SUS. Há uma mudança efetivamente desse ponto de vista, digamos assim. Uma mudança curricular, inclusive, da iniciativa da universidade nesse ponto de vista” (conselheiro municipal de saúde).

A busca de espaços e dispositivos que amplifiquem os efeitos inovadores dessa interação institucional é fundamental à originalidade das experiências de ensino, por possibilitar que os movimentos singulares, que expressam as especificidades dos contextos e atores implicados, não permaneçam constantemente à margem da organização dos processos formativos. Como salienta uma estudante, “a universidade não é melhor que a comunidade, tem que se buscar caminhos juntos, mestres e doutores têm que ter responsabilidade de viver o choro, a dança e outros espaços. Criar mecanismos com os serviços para abrir diálogo”.

O diálogo, se concretizado como escuta à polifonia que marca as diferentes inserções, como confrontação das perspectivas de mundo e realidade que demarcam as práticas institucionais, pode ser um dispositivo estratégico para ampliar a ressonância dos efeitos da interação entre os mundos do ensino e do trabalho, na medida em

que coletiviza um exercício de crítica a partir das questões e problemas que surgem. Afinal, como coloca Mattos (2001, p. 61):

“[...] quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, [ela] implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo”.

São importantes os espaços que intensificam novas conexões, que permitem que os sujeitos dialoguem e tenham suas práticas cotidianas interrogadas pelas experiências vivenciadas e pela alteridade que as marca:

“Como eu coordeno esse internato, eu sei mais dos conflitos que existem. Às vezes tem conflito com o secretário da unidade que vai na Casa do Aluno brigar. [...] Aí a gente teve que trazer o prefeito lá para faculdade [...] ele veio para faculdade, conversou na mesa com o diretor, eu, a professora de lá, o gestor da unidade. Aí o prefeito: não, não é nada disso que eu fiquei sabendo. Foi uma questão de diálogo mesmo. E isso foi tão bom, mas tão bom, que ao invés das coisas caírem lá pra baixo, ao contrário, elas se fortaleceram. E também a gente tem que se mostrar aberta a esse diálogo, com as próprias pessoas que estão trabalhando, que são gerentes, os enfermeiros, a equipe em si, tentar integrar o que a gente tem feito” (docente do internato rural).

Esse exercício crítico só pode existir se há disponibilidade para deslocar os recursos de saber e poder que se utilizam nas relações institucionais. Sem isso, é grande o risco de que a interação apenas concorra para o que identificamos como modernizações, que modificam nomenclaturas e atividades, sem que o novo e a criação se coloquem como perspectiva, já que estes surgem como rupturas, articulações inéditas de sentidos e fazeres que abrem ou expõem os discursos institucionais à transformação.

### **Evidências de produção de novas práticas e sentidos na construção da integralidade**

Uma das principais evidências de produção de novas práticas e sentidos que expressam valores consoantes com a integralidade se mostra no fato de que a inserção dos alunos nos serviços muitas vezes delinea novos espaços de trocas, que tendem a diferenciar o fazer de discentes e da equipe de saúde do modelo technoassistencial hegemônico.

A característica marcante dessas inovações é sua estreita vinculação com o efeito de deslocamento dos lugares institucionais que tais atores ocupam e que os fazem ter uma perspectiva definida de compreensão das questões que envolvem sua prática. Ao reconhecer a existência de um olhar-outro, ao ser tocado pela alteridade com que esse outro vive uma situação que se supunha conhecer (muitas vezes como saber teórico não impregnado das singularidades do viver), estudantes e trabalhadores ampliam suas leituras sobre a realidade, expandindo também as possibilidades de ação e intervenção que manejam.

O exercício desse deslocamento decorre das situações estranhas à rotina colocadas pela interferência recíproca dessas instituições; seja o desconhecimento dos estudantes quanto ao cotidiano dos serviços e da população, seja o desconhecimento dos profissionais quanto aos processos formativos de que tomam parte com a presença dos estudantes na atenção. Os estranhamentos que daí advêm facilitam o compartilhar dos problemas, requerendo muitas vezes o recurso à criação de novas práticas e relações entre os implicados no cuidado.

A experiência de internato rural é exemplo da produção desses efeitos, já que permite que os alunos vivenciem intensamente contextos diversos dos conhecidos, a partir de uma inserção diferenciada, marcada pela proximidade com a população e pelo compartilhamento de seu cotidiano. Nessa experiência, os estudantes são confrontados com planos de realidade distintos, em função das especificidades das culturas locais, da organização política dos municípios e da relação estabelecida com o restante da equipe de saúde e com a população. O internato rural tem-se mostrado um diferenciador no desenvolvimento dos currículos, pois representa um momento em que o aluno vive intensamente os serviços de saúde, participa de sua dinâmica, compreende a inserção social do usuário, assim como as relações do serviço com a rede de atenção. Nas experiências pesquisadas, o estudante se depara com a necessidade de manusear os sistemas de informações, apresentar suas propostas e diagnósticos nos Conselhos de Saúde, entre outras atividades. Com isso, ele desenvolve uma percepção da organização local do sistema e das relações políticas existentes.

Além desses aspectos, nota-se que a distância da instituição de ensino confere ao internato rural uma característica peculiar de exercício da criatividade e da autonomia dos estudantes, que se vêm

diante da necessidade de se responsabilizar pelo cuidado e pelas estratégias que o concretizarão, o que muitas vezes requer que inovem nas ações e nas táticas de que lançarão mão na atenção:

“Esta experiência está valendo muito pros meninos... Eles chegam bem crus, com a experiência bem limitada e saem com uma visão bem mais ampla, tanto em relação ao atendimento, como com o SUS, mas principalmente sair do templo do saber, que é onde todos os professores estão e, de repente, é você e seu colega para assumir aquele caso e dar solução a ele” (gestora de serviço).

“O internato rural, acho eu, é uma proposta que carrega a possibilidade do novo e da criação. Ele corre riscos, se ele acabar sendo burocratizado, se a supervisão do professor não incorporar esse sentido pedagógico, apesar de ser uma proposta muito interessante pro aluno que invade, que conhece um punhado de gente, come o doce da Dona Maria, que toma a cachaça do seu Zé Bento, que conhece um punhado de gente e que atendeu todo mundo muito bem” (gestora de serviço).

“Para montar os grupos, a gente achou que fosse ser superfácil. Pedimos a relação de hipertensos e diabéticos e começaram a surgir os problemas. Ah, mas e o carro? Para você fazer, o grupo você tem que ir lá no Ipaneminha, lá na Pedra Branca, na Tribuna. O carro só está aqui tais dias. Tais dias ele está com o médico, tal dia pra isso, tal dia pra aquilo. Tive que ver com o motorista. Estratégia mesmo. O planejamento estratégico teve que ser estratégico mesmo. Teve que aprender mesmo. E aí, o que a gente quer fazer com o diabético? Pois é, acontece que a prefeitura não fornece lanche. Como é que você via mandar um diabético para um grupo 8 horas da manhã em jejum para você colher a glicemia dele, fazer um controle. E depois? Vai ficar sem comer? Aí vai lutar atrás do lanche” (estudante do internato rural).

De um modo geral, podemos perceber que os desafios que os cenários de prática impõem à graduação requerem uma postura diferenciada, uma vez que as situações vivenciadas são integrais em sua complexidade e demandam dos alunos não somente o estabelecimento de uma relação técnico-científica, em seu sentido de neutralidade objetiva do saber. Nas situações cotidianas dos serviços percebe-se que a atuação profissional não se restringe apenas à aquisição de conhecimentos científicos. Essa elaboração é propiciada em grande medida pela possibilidade de confrontar-se com realidades muito

diversas daquelas já conhecidas e que são, muitas vezes, marcadas por violências, pobreza e vulnerabilidade – enfim, por intensa precarização das condições de vida. Um contato que expõe os estudantes a certa mobilização afetiva, colocando em uma nova dimensão as discussões relativas às políticas públicas e à intervenção profissional.

O outro a quem sua prática se destina ganha, assim, corporeidade, subjetividade e humanidade; mostra-se constituído e determinado por diferentes relações, às quais o olhar estrangeiro do estudante tem então acesso. Esse contato confronta o agir dos estudantes às suas implicações e dimensões de cidadania, fazendo com que a diferença relatada em função da inserção nos serviços não seja determinada pela aquisição de uma “técnica” exemplar ou pelo domínio teórico dos temas. Trata-se, isto sim, de um certo modo de envolvimento, da possibilidade de contextualizar criticamente a intervenção profissional. Uma requisição ética que é colocada pelo contato com a realidade dos usuários, com as dificuldades da equipe e do trabalho. Um fator que é ilustrativo dessa percepção é o envolvimento diferenciado e a compreensão desenvolvida pelos estudantes de que a normatividade e a prescrição do trabalho não respondem inteiramente aos desafios, e que é preciso que o profissional se posicione em relação a eles:

“A gente faz as intervenções, a gente atua, não fica só observando, porque é quase impossível você chegar, conhecer uma teoria, saber fazer e chegar ali, estar com um problema e você não ajudar. Então você fica uma pessoa [...] não é só o que a faculdade ensina. Faculdade só não ensina, mas se você chega lá e você quer ajudar, você quer atuar, te impulsiona a fazer” (estudante).

As vivências práticas possibilitadas pela interação entre os mundos do ensino e do trabalho surgem, nas experiências acompanhadas, como o grande elemento integralizador da formação, na medida em que a dimensão da ação confere organicidade à inserção e atuação dos diferentes atores, em especial os estudantes. Tanto que eles se referem aos cenários de prática como espaços em que o conhecimento ganha vida e se confronta com desafios que exigem postura ativa, em que os componentes do currículo são mobilizados e articulados conforme os problemas colocados pela prática, sendo em função deles que se percebe que as atividades são reelaboradas, tendo como perspectiva a integralidade. Um docente nos esclarece em seu exemplo:

“O oitavo período, ele entrou no currículo exatamente para resgatar toda a questão da saúde coletiva e está levando o aluno para viver a realidade, essa questão da saúde coletiva. Ele está ali, junto com a comunidade, junto com o serviço. Então, o aluno que é um aluno, que não tem só tem que responder uma parte de cuidado, de assistência propriamente dita, como também na administração e até mesmo como lidar com o gestor, como ter jogo de cintura político, certo? De que forma, como é que ele tem que ver? Olha... eu não posso dar palpite aqui, eu tenho que ir por outro caminho, aprender a não estar batendo de frente, todo aquele jogo político. É para mim uma disciplina fundamental no curso, todas são, mas é a que junta, a que tenta juntar todo aquele conhecimento adquirido nos sete períodos anteriores e está dentro de um município, trabalhando nesse município, junto com o gestor, junto com a equipe multiprofissional, junto com a população, participando de Conselhos Municipais de Saúde e tentando juntar todo esse conhecimento, transformando esse conhecimento numa prática do que é exigido hoje” (docente do internato rural).

A iniciativa nas ações, o conhecimento do SUS e das políticas de saúde fazem com que os profissionais formados com essas experiências de inserção na rede de atenção adquiram frequentemente uma postura de compromisso em sua atuação com as necessidades do SUS e de um novo desenho tecnoassistencial, comprometido com a integralidade. Gestores e trabalhadores percebem os efeitos de uma formação considerada diferenciada na atuação desses profissionais que posteriormente integram as equipes de saúde locais:

“Olha, quando você forma profissionais que têm esse conhecimento já, pelo menos refletido, nem embasado, nem sedimentado, mas, pelo menos, refletido sobre isso, quando chega na vida profissional ele não estranha tanto. Porque, se você vem de uma academia onde só o biológico predomina, às vezes até o patológico, não é nem o fisiológico que predomina, você chega já com essa visão: eu quero fazer um diagnóstico, tratar e só. Então, quando você tem um profissional formado com outra cabeça, com outra mentalidade, que ele compreende o que é integralidade, ele chega aqui tentando implementar esse Conhecimento (trabalhador de saúde).

Não apenas a formação dos profissionais se modifica em função das interferências engendradas pela interação discutida, como também o sistema de saúde mostra indícios de transformação em sua organização e dinâmica. Um desses indícios é o desenvolvimento de novas ações em virtude da presença da universidade, o que encontramos em

várias das experiências analisadas. Em alguns casos percebemos que tais atividades são justamente aquelas que reportam a mudanças nos modelos assistenciais, como as intervenções em promoção e educação da saúde, ou a construção de uma ligação diferenciada com os usuários, focada na qualidade da relação construída e em sua continuidade. Isso demonstra ser efeito da inserção peculiar dos estudantes, menos pressionada pelos mecanismos de atualização das práticas hegemônicas que incidem sobre o fazer dos trabalhadores da instituição:

“Abre mais a agenda, muda o serviço, sim. Eu acho que a gente aproveita a chegada dos meninos, dos estagiários, pra fazer sempre alguma coisa que a gente não está dando conta de fazer, entendeu? Está faltando, por exemplo, fazer atividade educativa...” (trabalhador de saúde).

“É porque as situações vão mudando. Você tem que se adaptar. E as meninas, elas vêm com uma energia nova, às vezes conhecimentos novos e uma vontade, então! Isso muda o trabalho, muda até o planejamento... Elas fazem reuniões, por exemplo, de planejamento de atividades educativas [...] elas fazem com a equipe de Saúde da Família, que é o pessoal que trabalha com o grupo de hipertensos, com o grupo de gestantes” (trabalhador de saúde).

Como nos apontam essas falas, a presença dos alunos na rede de saúde demonstra impactar o cotidiano dos serviços, gerando efeitos na forma como a assistência é organizada, o que usualmente ocorre de modo processual, como resultado imanente e não planejado da inserção, já que não é marcante uma intencionalidade das propostas institucionais ou dos atores nessa direção, no sentido do planejamento de espaços e ações. A inserção do aluno em seu lugar “estrangeiro” à instituição permite tensionar as práticas da equipe, sendo-lhes um contraponto em dois aspectos fundamentais.

O primeiro seria a necessidade de o trabalhador explicitar suas motivações e compreensões sobre o trabalho dos demais, auxiliando na construção do diálogo com os demais atores e, portanto, na configuração do trabalho da equipe em direção à co-responsabilização: “No momento em que os estágios se entrelaçam, profissionais se encontram, é possível um apontar o que espera do outro e o que está incomodando no outro e tal” (gestor da saúde).

O segundo seria o retorno à gestão, por meio da observação de um ator externo à instituição, sobre a eficácia da condução das políticas e da organização do trabalho:

“É claro que um olhar de fora, um olhar de quem não só vê a prestação de serviço, como vê uma perspectiva futura de carreira profissional e que pode contribuir com a sua crítica, com a sua visão de dizer: olha, nesse caminho você não consegue captar recursos humanos, nesse caminho é muito difícil trabalhar para você, porque não tem condições de desenvolver um projeto. Ou: você não está humanizando o seu serviço, não está sendo acolhedor. Ou então: a resolutividade está travada por conta disso e disso, que podia melhorar. Claro que esse olhar é sempre diferente do olhar do funcionário” (gestor da saúde).

É possível observar que os efeitos aqui discutidos têm-se materializado e repercutido nas instituições, derivando de circunstâncias não planejadas. O mais interessante é que, pelo fato de não serem efeitos planejados, têm poder de sensibilização, são afecções e, por isso, movem atos protagonistas. São vários os depoimentos em que a proximidade com o estudante tem levado os trabalhadores a refletir sobre sua prática e a buscar novos conhecimentos, instigando a não-acomodação nas rotinas dos desafios apresentados pelo cotidiano do trabalho. Isso decorre, em grande parte, da visibilidade propiciada pela presença do ensino, que coloca a necessidade de o trabalhador (preceptor) verbalizar sua atividade, expondo-a à avaliação externa:

“A gente vê essa busca e essa curiosidade, eles cutucam mesmo, eles sugam bastante da gente. Isso é legal, eu acho (risos). Me obriga a estudar um pouco mais também (risos) (trabalhador de saúde - preceptor).

“Então é muito legal porque a gente tem essa oportunidade dessa troca e é muito rica. Eu acho que talvez algumas pessoas que estão nesses estágios e que talvez não gostem de receber alunos, fazem cara feita, tem gente que não gosta mesmo de estagiário, porque acha que o estagiário vai estar aqui te cuidando” (trabalhador de saúde – preceptor).

“Porque se expõe mesmo, a gente se expõe...” (trabalhador de saúde - preceptor).

A presença do estudante muitas vezes instiga a desnaturalização do trabalho, atuando como um convite ao deslocamento desses profissionais de suas referências de estabilidade, no que essas estreitam a complexidade de sua intervenção e a demarcam como cristalização de práticas não refletidas. Nesse sentido, tende a produzir nos profissionais de saúde, no momento do atendimento, uma postura mais cuidadosa e atenta às necessidades de saúde da população.

“Melhora o serviço, sim, com certeza, pra gente tem um controle externo, é como você receber na sua casa uma visita” (trabalhador de saúde – preceptor).

“Acho que alguns médicos, que não são professores, se sentem fiscalizados na conduta deles” (estudante).

A preocupação sentida pelos trabalhadores da equipe, de elaborar discursivamente sua ação em razão da presença dos estudantes, pode ser pensada como uma possibilidade de aprendizagem e formação no processo de trabalho. A atuação dos estudantes e seu desejo de aprender muitas vezes fazem os trabalhadores se sentirem obrigados a repensar suas práticas, na direção de uma valorização do cuidar, da intervenção técnica apropriada e da necessidade de estudar e pesquisar para atuar, segundo a integralidade. Além desse aspecto, observamos em certos casos que a inserção do estudante ajuda a recolocar questões silenciadas por determinada acomodação de práticas da equipe – como, por exemplo, as relações de poder que a configuram, trazendo questionamentos que incidem sobre a organização do trabalho.

“[...] tem a contrapartida dos alunos que soma com a gente e eu acho que tem mais uma coisa positiva que obriga a gente a estudar, a se cuidar, a se doar mais. De qualquer forma, acho que a presença deles faz com que a gente esteja sempre estudando, sempre pesquisando, sempre buscando também, isso se reflete nos pacientes” (trabalhador da saúde – preceptor).

As interferências entre ensino e trabalho aqui analisadas têm como particular evidência o fato de se articularem nas relações moleculares, ou seja, na forma como os atores vivenciam e refletem suas práticas. É essa dimensão, não prevista como dispositivo institucional ou como desenho de políticas, que propicia *campos de visibilidade do novo*, em que ambas as instituições revelam mudanças em sua organização. Pudemos observar em algumas localidades, por exemplo, que as transformações moleculares na atuação dos profissionais geraram efeitos na própria rede de atenção, reorganizando fluxos da cadeia de cuidados. Modificações que derivam muitas vezes da utilização de instrumentos já existentes, mas que não faziam parte do dia-a-dia do trabalho, como a contra-referência, os protocolos hospitalares e os encaminhamentos para outros serviços, feitos em função da presença da universidade. Uma certa exigência de resolutividade é instigada pela presen-

ça do ensino (estudantes em formação) e linhas do cuidado vão sendo desenhadas em ato.

### **Fragmentação e integralidade: por uma inovação ético-político-pedagógica**

A instituição universitária também é redesenhada pelos efeitos dessas experiências de interação com a rede de atenção. O ponto central a esse respeito parece evidente na explicitação de uma contradição entre fragmentação e integralidade. De um lado, a fragmentação, que se caracteriza pelos “especialismos” dos conhecimentos produzidos pelas disciplinas, que fundamentam a lógica dominante no mercado de trabalho em saúde; de outro, a complexidade das demandas sociais apresentadas pelos usuários que buscam os serviços de saúde exigindo atenção integral a seus problemas, no que concerne à busca de cuidado (PINHEIRO, 2004; LUZ, 2003). O desencontro entre essas construções social e historicamente determinadas acaba por elaborar uma permanente crítica que desafia os processos formativos em sua organização institucional – alteridade em ato.

É possível dizer que a idéia de inovação na formação dos profissionais de saúde se caracteriza por sua capacidade de dar visibilidade a esse paradoxo, expor tais críticas e, ao mesmo tempo, forjar outras, de modo que os atores implicados transformem o campo de práticas e as instituições da saúde e sejam, nessa experiência, transformados. Essa crítica, em certa medida efeito das potencialidades presentes no encontro entre ensino e trabalho, é marcada por permanências e rupturas, ganhando expressão e força as relações político-pedagógicas que se orientam para desenhos tecnoassistenciais coerentes com os princípios do SUS, com valores que expressam e produzam integralidade.

Observamos, nas experiências de ensino analisadas, que a construção dos projetos pedagógicos e a decisão política de formar profissionais capazes de dar respostas às necessidades de saúde da população e concretizar mudanças de paradigma na área da saúde colocam para os cursos um novo desafio: como organizar o currículo de maneira a possibilitar a concretização dessa proposta?

Ao contrário da lógica centrada nos sistemas orgânicos ou por especialidades biomédicas presentes na maioria dos cursos de gradu-

ção em saúde, as experiências pesquisadas buscaram outros referenciais que pudessem expressar seus projetos ético-político-pedagógicos. Dessa maneira, foram constituídos currículos por eixos conceituais, como o do Ciclo Vital, como um possível instrumento capaz de forjar outro arranjo na organização do processo de formação:

“Essa opção pelo ciclo vital procurou focalizar os cuidados básicos em saúde relacionados à funcionalidade do movimento humano de acordo com as necessidades mais peculiares em cada estágio do ciclo vital, iniciando pela concepção e seguindo pelo desenvolvimento da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. O mapeamento do ciclo vital foi essencial para um entendimento integral do indivíduo e para uma previsão das dificuldades que surgem durante o desenvolvimento humano” (dirigente do ensino).

Algumas experiências utilizaram “módulos” e “disciplinas transversais”, na tentativa de esvaecer as marcantes fronteiras disciplinares e auxiliar na articulação dos conteúdos a serem trabalhados. Outras experiências mesclaram disciplinas tradicionalmente consideradas como pertencentes ao Ciclo Básico com as disciplinas do Ciclo Profissional – por exemplo, Anatomia, Fisiologia e Semiologia integradas –, procurando garantir que o objetivo de colocar em questão os limites disciplinares não se desse no âmbito da “grade curricular”, mas do cotidiano da sala de aula:

“Tem uma disciplina transversal de saúde da família como integração de conteúdos, assim a gente teria uma formação menos fragmentada, mas de início não tinha muita integração. Os próprios professores das disciplinas clássicas tinham uma visão mais segmentada. Com o passar do tempo, acho que os professores entre si foram integralizando esse conteúdo programático” (estudante).

“Por exemplo, esse módulo aqui, ‘Processo de saúde e doença’, ele trabalha uma primeira aproximação com os fatores determinantes do processo de saúde e doença na comunidade em geral. Então, o que acaba acontecendo e é a proposta? Que esse módulo discuta os principais determinantes e discuta, dentro desses determinantes, os determinantes específicos direcionados, também, para o idoso. Então, isso era uma competência desenvolvida na disciplina do idoso” (docente).

Tais iniciativas evidenciam tanto o objetivo de rompimento com a lógica do saber disciplinar, como com a potencialidade que se coloca com projetos pedagógicos inovadores de produção de novos

sentidos e práticas e de diferentes enunciados de verdade. Isso é o que se pode chamar de “potência do falso” (DELEUZE, 1992), gerada pela impossibilidade de uma verdade única, quando se constata ser ela própria erguida em escolhas e arbítrios determinados, em detrimento de inúmeros outros possíveis. Essa compreensão permite produzir enunciados de verdade diferentes, o que é fundamental para a criação de novas práticas de cuidado, capazes de dar sustentabilidade à materialização dos princípios do SUS. Como salienta Deleuze (1992, p. 162), “as noções de importância, de necessidade e de interesse são mil vezes mais determinantes que a noção de verdade”.

Entendemos que este movimento, de pôr em questão as verdades e de flexibilizar os campos disciplinares, representa uma intervenção importante em direção à transformação da própria universidade e abre a possibilidade de novos desenhos em meio àqueles que a determinam.

“A fisiologia foi integrada com a anatomia, e até inserindo a semiotécnica, porque as coisas funcionam assim, é uma mesma disciplina: Anatomofisiologia e junto com a Anatomofisiologia tem a Semiotécnica. Então, um professor da Fisiologia, outro professor da Anatomia e outro professor da Semiotécnica e os três no fechamento do campo equivalem a uma nota só. [...]. O que nós estamos fazendo é conseguir integrar os nossos assuntos relacionados com essas três unidades. Então, se eu estou falando de músculo, o professor da Anatomia está falando sobre músculo e o pessoal da Semiotécnica está trabalhando com músculos. Então, isso nós conseguimos, essa integralidade dentro do nosso contexto” (docente).

Esse movimento pode ser um campo de experimentação interessante na desconstrução de um conjunto de dicotomias que funcionam como referências para a organização da formação dos profissionais de saúde (Ciclo Básico  $\times$  Ciclo Profissional; Clínica  $\times$  Epidemiologia etc.). Uma das mais marcantes é a relação teoria-prática, reconhecida pelos atores como historicamente problemática no desenho das formações. Nessa direção, constatamos que muitas das atividades de inserção dos estudantes nos serviços de saúde têm por objetivo superar a fragmentação que normalmente gera uma hierarquização entre os saberes formalizados e o fazer cotidiano dos profissionais. A superação da dicotomia é traduzida e explicitada de diferentes formas nos projetos pedagógicos, sendo o eixo que estrutura concretamente as experiências nesses cenários.

Quanto a esse aspecto, algumas práticas discursivas nos levam a considerar necessário questionar a compreensão da relação teoria-prática que pode estar presente na inserção do ensino de graduação nos serviços de saúde. O debate se justifica pela percepção de que essa relação pode ser delineada por uma compreensão da atuação prática pautada pela perspectiva de confirmação das informações aprendidas teoricamente, como um momento posterior de aplicação:

“A gente tem a teoria, né! E essa teoria ela imediatamente é confrontada com a realidade. Isso que eu acho importantíssimo. Nós temos agora o último módulo desse quarto ano, nós estamos estudando o processo de envelhecimento. Nós estamos ali trabalhando com um grupo de idosos e confrontando com aquela teoria e sempre condiz a teoria com a prática” (estudante).

“Eu faço estágio na casa de abrigo, onde estão mães e crianças violentadas pelo pai, então elas ficam por três meses nessa casa, são amparadas [...] então a gente tem oportunidade de estar fazendo um trabalho com as crianças de ludoterapia. É fantástico você ver, realmente, que a visão teórica, você consegue comprovar na prática” (estudante).

“Na outra universidade eu tive algumas específicas, onde a gente via todo o conteúdo específico dessa matéria e depois partia para uma prática com pacientes com alterações específicas. E aqui a gente vê o todo, eu entendo essa questão do lado holístico, do analisar o ser humano como um todo, mas eu ainda vejo dificuldade de associar a teoria com a prática” (estudante).

Apesar da perspectiva crítica que os estudantes desenvolvem em suas vivências nos cenários dos serviços de saúde, é preciso considerar que, se não problematizado, o entendimento que eles constroem sobre a relação entre teoria e prática corre o risco de ter como limite a apreensão do conhecimento como uma verdade – fundamento, nessa medida, absoluto da intervenção no campo profissional. A falta dessa problematização pode fazer a relação com a prática cotidiana se confrontar com limites à criação de novos olhares e estratégias de intervenção, já que é freqüente que o recurso aos saberes disciplinares se concretize como valor de verdade sobre o conhecimento do mundo e não como possibilidade de engendrá-lo.

Na mesma direção, constatamos que em vários discursos há uma recorrência da oposição entre conhecimento técnico e habilidades/competências. Essa distinção é fruto da percepção de que a atuação

profissional almejada não é garantida pelo ensino focado exclusivamente nos conhecimentos formalizados como científicos e técnicos. No entanto, ao ser formulada pelos sujeitos por meio dessa oposição, a dimensão central do problema é obscurecida e responde a ele nos termos em que é ordinariamente apreendida – ou seja, nos termos do paradigma que institui o problema e o define como científico. Isso guarda determinada “neutralidade”, sendo as atitudes e os conhecimentos não sistematizados e tácitos pertinentes a um âmbito distinto. Em nossa compreensão trata-se, ao contrário, do desafio de expor as implicações políticas das escolhas técnicas e científicas em sua impossível neutralidade, colocando a atuação profissional no patamar de sua determinação ético-política. Nesse sentido, não seria possível pensar as técnicas empregadas com dissociadas do modo como forjam certas competências e atitudes em detrimento de outras. A questão seria justamente promover o debate sobre essas relações, inclusive em termos de desenho tecnoassistencial, de organização do trabalho em equipe, de postura frente às alteridades presentes na assistência, em especial no relacionamento com os usuários.

Tal questionamento é passo importante para que se articulem novas “sintaxes” tanto no plano do ensino, como no plano da assistência; novas conexões e arranjos simbólicos que desconstruam ou rompam com os enredos dicotômicos, cujos sentidos, delimitados em pares de oposição, enrijecem as práticas e estreitam a abertura às configurações dissonantes e às novas significações que podem ser articuladas às experiências.

### **Algumas considerações finais**

Os temas aqui abordados, a respeito das potencialidades trazidas pela interação entre os mundos do ensino e do trabalho, nos falam tanto do desafio de construir outra universidade, como um sistema de saúde da integralidade. As análises que realizamos apontam que os efeitos gerados pelo encontro dessas instituições se apresentam mais propriamente na dimensão das relações moleculares, do que na definição de estratégias macropolíticas ou na reconfiguração dos dispositivos institucionais que conformam esses territórios, dado um conjunto de resistências e dificuldades de intervenção nesse plano de realidade. Antes de pensar o fato como uma restrição às

potencialidades transformadoras colocadas pelas experiências pedagógicas inovadoras, convidamos o leitor a assumi-las como condição para a criação de novas realidades institucionais, já que, como sinaliza Deleuze (1992, p. 167), é “preciso falar da criação como traçando seu caminho entre impossibilidades”. Para o autor, “a criação se faz em gargalos de estrangulamento”. Ainda segundo Deleuze, “se um criador não é agarrado pelo pescoço por um conjunto de impossibilidades, não é um criador. Um criador é alguém que cria suas próprias impossibilidades, e ao mesmo tempo cria um possível”.

Ao propor essa discussão, que tem como desafio compreender a emergência de novas possibilidades de configuração das relações, sobretudo institucionais, para construir formas pedagógicas e assistenciais orientadas para a integralidade, procuramos questionar os limites dados pelos discursos institucionais hegemônicos, cujos sentidos se desenham e atualizam regularmente por meio de conexões estruturadas, cujos encadeamentos muitas vezes estão previstos e predeterminados, sentidos que unem os fragmentos desses territórios institucionais, compondo os nexos como um campo fechado de possíveis.

Nossa perspectiva, ao contrário, é a de conferir visibilidade à possibilidade de emergência do novo, a partir de novas conexões e seriações, virtualidades que se articulam *entre* os fragmentos de sentido e de realidade que engendram na experiência (CECCIM, 2005). Quanto a isso, importam menos os elementos que as constituem, do que as relações que conformam e as maneiras como expandem as virtualidades criativas e inovadoras nas práticas dos atores implicados. A transformação/inação não é, portanto, definida ou condicionada à existência de elementos específicos na interação entre ensino e trabalho: um projeto, modelo de intervenção ou formação determinada.

Sua presença marcante nas relações moleculares sinaliza que ela é efeito de novas organizações e movimentos dos elementos presentes nesses territórios institucionais, na medida em que o encontro desses territórios desestabiliza as narrativas que organizam os sentidos a partir dos quais a realidade é compreendida em seu contexto. Assim, mais do que fazer surgir uma conformação institucional inédita, trata-se de articular e provocar interferências entre as existentes. Nesse



sentido, não caberia supor ou desejar a homogeneização desses pólos (ensino e trabalho), dissolução de suas especificidades, apenas sua convocação recíproca.

O encontro de ambos só pode ser produtivo em suas diferenças, uma vez que são estas que provocam rachaduras na tendência de perpetuação das narrativas já instituídas, que delimitam a inteligibilidade das práticas que se articulam em suas fronteiras. Por isso, a importância de pensar esse encontro sem desconsiderar que se trata de desenhos institucionais e movimentos de territorialização distintos, marcados por história, contexto, articulações políticas, práticas e saberes diferenciados. A criação surge como potencialidade nessas interferências, na medida em que a diferença desestabiliza os arranjos de realidade instituídos, tornando possível a emergência do novo, sem que isso implique a negação das especificidades. O importante é, antes, a possibilidade que essa interação coloca, de que os territórios institucionais sejam reorganizados e reconfigurados permanentemente em seu próprio movimento.

Colocamos, então, o convite para que o encontro entre ensino e trabalho seja olhado no que pode surgir como criação a partir dele, sem que isso implique desconsiderar as especificidades desses territórios institucionais. Nessa direção, as experiências de ensino analisadas revelam vários indícios de transformação, principalmente nas práticas cotidianas, dimensão em que se materializam as políticas de saúde. Foi nesse plano, o das relações moleculares, que vimos ser agenciado um outro modo de “ser profissional de saúde”, outras práticas e saberes que se articulavam no cotidiano desse encontro, desenhando novos modos tecnoassistenciais, coerentes com o projeto ético-político que o SUS expressa, com o desejo de um sistema de saúde orientado para a integralidade. Novos processos que transformarão tanto a universidade, como o sistema de saúde, justamente por distinção e convocação recíproca.

## Referências

- CECCIM, R. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 259-278.
- DELEUZE, G. Os intercessores. In: \_\_\_\_\_. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- FEUERWERKER, L. C. M.; MARSIGLIA, R. Estratégias para mudanças na formação de RH com base nas experiências IDA-UNI. *Divulgação em saúde para debate*, Londrina, v. 12, p. 24-28, 1996.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 7-34.
- PINHEIRO, R. *et al.* Demanda em saúde e direito à saúde: necessidade ou liberdade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde; trabalho em equipe e participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 11-31.
- LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 9-20.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 39-64.
- OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L. Integralidade no currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. *et al.* (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 143-164.

# Ampliando saberes e práticas sobre a formação em saúde: processos de inovação e caminhos para a transformação

CLAUDIA MARCH \*

VERÔNICA SILVA FERNANDEZ \*\*

ROSENI PINHEIRO \*\*\*

## Introdução

Se podemos afirmar que pouco se avançou na implementação do preceito constitucional que afirma o Sistema Único de Saúde (SUS) como ordenador da formação de profissionais da área, há que se reconhecer um conjunto de iniciativas em curso no sentido de formar pessoal capaz de corresponder às necessidades sociais em saúde da população. O presente texto tem como ponto de partida o reconhecimento das experiências de formação de profissionais de saúde orientadas pelos princípios do SUS, com destaque para a integralidade.

As mudanças na formação de profissionais de saúde têm sido objeto de pesquisas orientadas por diferentes campos do conhecimento. Nosso olhar se faz desde a área da Saúde Coletiva, particularmente da subárea das Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

---

\* Nutricionista; mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA); professora no Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC-UFF); pesquisadora do EnsinaSUS. Endereço eletrônico: cmarch62@yahoo.com.br.

\*\* Acadêmica de Nutrição da Universidade Federal Fluminense; monitora da Disciplina Administração de Saúde Pública do Instituto de Saúde da Comunidade (UFF); pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: verosfy@yahoo.com.br.

\*\*\*\* Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; professora adjunta no Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS-UERJ; coordenadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br.

Cientes da importante contribuição que diversos movimentos têm dado à reorientação da formação de profissionais de saúde, mas também de seus limites e da necessária ampliação da abordagem do tema, foi deflagrado um processo cujo objetivo era mobilizar e apoiar experiências inovadoras, realizadas por instituições de ensino e pesquisa, para a melhoria da educação dos profissionais de saúde, bem como produzir conhecimento relativo ao ensino, uma iniciativa em colaboração do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, por meio da política de relações entre o SUS e os cursos de graduação da área da saúde, orientada pela construção de aprendizagens sobre o SUS na universidade (AprenderSUS) e a linha de atuação relativa ao ensino da integralidade em saúde (EnsinaSUS), do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), grupo de pesquisa do CNPq.

Historicamente, os diversos movimentos deflagrados no sentido de transformar a educação dos profissionais de saúde advogam uma ampliação em relação às experiências já vividas, uma superação de contradições ou, ainda, uma ruptura com o instituído para construir inovação. Foi assim com o conjunto de projetos de integração docente assistencial (IDA), em relação às práticas hegemônicas na relação ensino-serviço. Também o ideário dos projetos Uma Nova Iniciativa (UNI) na formação de profissionais de saúde pela integração ensino-serviço-comunidade.

O UNI pretendia integrar “componentes”, superando os limites das iniciativas anteriores, que, segundo sua formulação, se davam de forma bilateral; a IDA estabelecia a relação ensino-serviço; os currículos orientados pela atenção primária à saúde estabeleciam a relação serviços-comunidade; e os projetos de desenvolvimento comunitário estabeleciam ora ensino-comunidade, ora serviço-comunidade.

Outros movimentos, não menos importantes, provinham das “corporações de ensino”, dentre as quais destacamos a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que vêm desempenhando importante papel na implementação de mudanças na formação, tendo em vista serviços de saúde mais resolutivos e equânimes, orientados pelos princípios da universalidade e integralidade.

Tendo como pressuposto a necessária ampliação da agenda, como afirmava Cecílio (1999) sobre os processos de mudança identificados com os projetos da UNI, não só de um ou outro movimento, mas da agenda de transformação na educação dos profissionais de saúde, reconhecemos os avanços já alcançados e nossa contribuição tem o sentido de comentar a trajetória e a materialidade de algumas experiências inovadoras, com destaque para o conjunto de atores implicados no processo de inovação. Segundo Ceccim e Feurwerker (2004a e 2004b), esse conjunto configura um quadrilátero (ensino, onde estariam docentes e estudantes; gestão, os gestores do SUS; atenção, os trabalhadores e serviços de saúde; e controle social, os usuários, os movimentos sociais e a sociedade), interessando-nos como atores dos processos e das práticas os gestores setoriais e trabalhadores dos serviços de saúde, os usuários, os docentes e os estudantes da área da saúde.

Nosso olhar toma a integralidade como orientação das práticas de formação e do cuidado em um sistema de saúde usuário-centrado. O EnsinaSUS apresenta um conjunto de áreas e subáreas temáticas que serviram de eixo para que pudessem ser identificadas quanto aos caminhos indicativos de transformação sob a ótica da integralidade, mesmo que esse caminho não expresse movimentos ou estratégias consolidadas nas teorias atualmente disponíveis.

A análise e a divulgação de experiências selecionadas pelo EnsinaSUS, por meio da política do AprenderSUS, foi viabilizada por uma convocatória de inscrição das iniciativas de ensino da integralidade que destacasse sua trajetória e materialidade na educação superior de graduação. Essa análise e divulgação podem funcionar como uma “caixa de ressonância” e contribuir para a constituição de novas redes, bem como a implementação e consolidação de outras experiências no mesmo rumo.

A reflexão sobre as experiências inscritas foi possível após a seleção de uma mostra de dez, conforme previsto na convocatória e mediante visita por pesquisadores aos espaços de produção pedagógica na saúde. Nossa matriz de análise tomou como *dimensão analítica*, dentre outras, a das *estratégias e táticas para a inovação* nos âmbitos *macro*, *micro* e *molecular* dos processos decisórios e de liderança.

Dentre as estratégias e táticas, nos deteremos naquelas entendidas como de maior relevância, para reorientar a formação de profissio-

nais de saúde. A visita por pesquisadores permitiu-nos identificar a apropriação de elementos do contexto político-institucional local e nacional, no sentido de criar ou consolidar espaços de formação de profissionais de saúde capazes de atuar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, assim como detectar os dispositivos institucionais gerados nas experiências e a forma como os diversos atores – docentes, estudantes, usuários, gestores e trabalhadores da saúde usuários do setor – vivenciam, criam e reproduzem suas práticas, refletindo ou não sobre as mesmas.

Há que se considerar, também, que muitas vezes a conjuntura político-institucional local, regional ou nacional impõe limites às experiências de inovação em curso, entendidos por nós como desafios enfrentados, desafios em vias de serem superados ou obstáculos.

A análise das experiências permitiu constatar que sua emergência e trajetória estiveram intimamente ligadas a diversos elementos das políticas públicas de saúde e de educação e a diferentes movimentos políticos e sociais.

A articulação com políticas governamentais nacionais, regionais e locais parece ser um potente indutor das inovações constatadas nas experiências. Se no período mais recente as experiências se articularam com tais políticas, apropriando-se dos aspectos que as permitiram avançar rumo à formação de um profissional de saúde diferenciado, houve no material analisado – entrevistas, grupos focais, observação *in loco* e documentos – a referência a outros importantes movimentos, durante as duas últimas décadas, coordenados pela ABEM, ABEn, Rede IDA, Projetos UNI ou Rede Unida (integração da Rede IDA e Projetos UNI em período mais recente).

Esses movimentos e as experiências que eles referenciaram constituem atores políticos que se estabeleceram no processo de redemocratização da sociedade brasileira e que, em particular no campo da saúde, convergiram nas proposições da reforma sanitária brasileira, atuando em diferentes espaços – universidades, serviços, formulação de políticas e movimentos sociais. Certos de que não bastaria a inscrição em lei dos princípios e diretrizes desejados à saúde, prosseguíram atuando nacional, regional e localmente, no sentido de implementar tais princípios e diretrizes nos espaços da formação, do trabalho da condução setorial e da mobilização social.

### As experiências e as políticas públicas de saúde

Nos cursos visitados e que foram implantados no período que antecede a Constituição Federal de 1988, reconheceu-se uma nítida articulação entre o movimento sanitário e as proposições de mudanças curriculares, cabendo muitas vezes o protagonismo de ambos os processos aos mesmos atores políticos.

A análise permitiu identificar que as políticas de saúde têm desempenhado importante papel na implementação das mudanças na formação. A política de alguns gestores municipais do SUS demonstra a existência de iniciativas no sentido da (re)ordenação da formação. A formalização da relação ensino-serviço a partir de convênios aparece de diferentes formas, retratando uma heterogeneidade, mas cabe ressaltar a existência de experiências que avançam no sentido do comprometimento com o SUS, seja na forma de contrapartida de recursos, seja pelo envolvimento concreto de gestores e trabalhadores locais no processo de formação.

Algumas experiências possuem como característica facilitadora para a articulação ensino-serviço-gestão, por exemplo, a pactuação e implementação de convênios para estruturar cenários de práticas de ensino, o fato de determinados docentes atuarem ou terem atuado no serviço ou na gestão do SUS e estarem agora na instituição formadora. Em alguns relatos, o convênio aparece como instrumento formal com pouco impacto na integração entre ensino, serviço e gestão, conforme alguns trechos abaixo:

“Um convênio de quatro anos, mas não tem nada que seja muito formal”  
(dirigente do ensino).

“Nós fizemos o básico, que continua mudando só a introdução de aditivos”  
(dirigente do ensino).

“Eles (Secretaria de Saúde) não têm se preocupado com isso, eles têm se preocupado com o cumprimento do convênio que, hoje, por incrível que pareça, tem uma conotação mais de cobrança. Eles não visualizam o benefício do ensino na formação do profissional, o que eles visualizam é isso, os benefícios diretos que a faculdade dá. Porém, os indiretos ele não visualizam” (dirigente do ensino).

“O convênio ficou muito do tipo, eu dou isso e você me dá aquilo” (dirigente do ensino).

“Essa pactuação já existia em 2001, quando comecei aqui, mas esse contrato precisava ser renovado, porque a cada gestor tudo se renova. Porque, hoje, com a Lei de Responsabilidade Fiscal, você tem que fazer um contrato a cada novo gestor. A idéia era renovar esse contrato porque essa parceria seria muito boa, tanto para a faculdade quanto para a administração municipal e para os usuários, porque a gente poderia ter um grande intercâmbio, já que a faculdade veio dar vários cursos de especialização e mestrado, que só fez o município crescer em todas as áreas” (gestor municipal do SUS).

Entretanto, em outras falas, os entrevistados da mesma experiência relatam a potencialidade da relação ensino-serviço-gestão, tanto para o espaço da formação quanto para o espaço da atenção à saúde.

“Eu sinto falta disso, de sentar e discutir o que pode vir a melhorar o serviço da Secretaria Municipal de Saúde com a parceria da faculdade e como também a faculdade possa ter o serviço para melhorar o intercâmbio. Esses quatro anos foram árduos para os dois lados. Outra coisa é o fator político, estamos no meio de uma campanha política. Isso também é difícil” (gestor municipal do SUS).

“Acho que o SUS tem tudo a ganhar. Você aumenta a resolubilidade porque a faculdade investe em equipamento, em área física, recursos humanos, estimula a melhoria da qualidade, agrada a população, cobra menos o remédio, porque o aluno conversa com o paciente, explica a necessidade da mudança de hábito de vida, a necessidade dos remédios que ele toma, os horários. O SUS tem tudo a ganhar com essa integração com a faculdade. O município ainda não tem essa percepção. Aqui ainda tem uma influência política forte que dificulta essa integração. Eles querem produção, números, mas não pode, um professor que é preceptor não pode produzir quantidades de consulta” (docente).

Se em algumas experiências a conjuntura política local às vezes desfavorece a inovação, em outras foi possível constatar a apropriação de elementos da conjuntura política local para avançar na implementação de transformações:

“Agora tem uma coisa que é o avanço desses convênios, também acho que é interessante colocar que foi assim: o assessor de planejamento na época, não é, a gente conseguiu. Ele é uma pessoa que é professor daqui, ele é economista, mas é professor daqui e, mais ou menos, conhece esse processo. Quando da elaboração dos termos de convênio, nós conseguimos que ele incorporasse as nossas exigências nas normas de estágio. Então, se você confrontar as normas do estágio com os convênios, tem muita coisa que

tem relação com as normas. Então, a gente conseguiu conversar muito com gestor M. Trazer gestor M para os debates, certo? E quando foram elaborados esses termos de convênio, nós conseguimos incorporar, no termo de convênio, várias questões das normas. Das nossas normas de estágio” (dirigente do ensino).

As políticas institucionais assumiram em algumas experiências um potencial de induzir o maior envolvimento dos profissionais inseridos nos serviços (os trabalhadores) com a proposta de formação desenvolvida. Por exemplo,

“No começo, essa questão do gestor municipal era um pouco complicada, mas aí, depois, a faculdade, ela entrou em contato e fizeram um convênio e a gente tem mais liberdade para sair – já saio com o pessoal, vou para a faculdade com os alunos, a gente tem esses momentos” (trabalhador de saúde).

A análise permitiu identificar que esses dispositivos (termos de convênio) atuam de forma diferenciada junto aos trabalhadores, pois nessa mesma experiência funcionaram de forma a garantir o envolvimento com a proposta daqueles que já se identificavam com a mesma, enquanto outros trabalhadores, apesar do mesmo convênio, não aderiram à proposta. Fato que também ocorreu em experiências nas quais havia, inclusive, contrapartida financeira para os trabalhadores do SUS que atuassem como preceptores.

Merhy (2002, p. 136), no texto “Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médica (e dos serviços de saúde)”, questiona a centralidade dada aos recursos de infra-estrutura, “recursos-estruturas”, área física, docentes, dinheiro, serviços etc., alertando para a necessidade de “olhar para o modo como governamos os processos de ensino-aprendizagem e todas as variáveis que implicam sua composição”. O autor exemplifica: “as maneiras como os docentes se vinculam as práticas de ensino, suas adesões às necessidades dos alunos e seus modos de agir na produção de serviços, entre outros”, que são modos de regular os efeitos em face tanto da presença quanto ausência de recursos.

Das análises realizadas, foram selecionados trechos que retratam bem essa questão:

“Porque enquanto foi no 1º ano deu para levar, esse médico de unidade tradicional. Quando chegou no 2º ano, os caras começaram a quebrar mão,

tanto na terça, como na quarta-feira, a maioria deles. E as gerentes, por sua vez, não estavam muito aí, porque como se tratava de pessoas que tinham sido da escolha pessoal delas, e que de alguma forma eram protegidos, elas também não se tocaram muito com essa questão” (dirigente do ensino).

“Nós tivemos que ter humildade, nesse momento de avaliação, para perceber que estava tendo um desvio de finalidade, que o resultado poderia ser o inverso do esperado, porque já tinha aluno querendo ir para unidade x, porque ali o médico, quando eram duas e meia da tarde liberava. Era mamata, quer dizer, juntava alguns alunos que não tinham a sensibilidade para a atenção básica, para a saúde coletiva, para essas questões, com um médico que absolutamente preenchia o perfil, porque atuava como um antimodelo e não como um modelo de profissional que a gente pretendia, e a gente estava tendo um resultado exatamente inverso. Fomos ser humildes para admitir isso; isso aqui está muito ruim e precisa ser redirecionado, sob pena de nós termos exatamente o contrário daquilo que a gente quer” (dirigente do ensino).

Em uma das experiências houve articulação entre trabalhadores do serviço, docentes e estudantes, posicionadas pelo Projeto de Profissionalização Pessoal da Área da Enfermagem (PROFAE), que provou ser um dispositivo eficiente. Nesse caso, um movimento em curso carreava outro movimento que se desejava pôr em curso, uma espécie de dispositivo de agenciamento, acionado por alguns trabalhadores. Parece-nos que os avanços na inovação resultam de uma combinação entre “recursos-estruturas” e implicação dos diferentes atores.

Merhy (2002, p. 136) afirma que “não estamos, com isso, dizendo que os meios (recursos duros) não sejam necessários, mas que sem dúvida não são suficientes. De mínimos recursos, podemos produzir ‘coisas’ distintas conforme o modo de utilizá-las”. De máximos recursos também podemos produzir coisas distintas. Em tempos de orçamento “mais gordo” para as instituições de ensino superior não necessariamente produzimos uma formação centrada nas necessidades sociais de saúde da população. Pelo contrário, as décadas de 1960 e 1970 representaram a ampliação e consolidação da formação de profissionais de saúde centradas nos “especialismos” e num desenho tecnoassistencial pautado pela valorização excessiva da utilização de tecnologias de alto custo e incorporação técnica, mas de pouca resolutividade, formando predominantemente profissionais “procedimento-centrados”.

Segundo Merhy (1998), a crise aguda dos paradigmas que configuram o modo atual de os médicos trabalharem foi marcada, dentre vários fatores, pelo distanciamento que ele teve dos interesses dos usuários, pelo isolamento que produziu na sua relação com os outros trabalhadores de saúde, pelo desconhecimento da importância das práticas de saúde dos outros profissionais e pelo predomínio das modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, a partir de um saber fortemente estruturado e reduzido à produção de procedimentos. Para o autor, “quando há domínio dos interesses organizados em torno das tecnologias duras, os processos de trabalho estão mais comprometidos com o uso desta forma de tecnologia do que com os problemas de saúde que devem enfrentar” (MERHY, 1998, p. 109). Com base nessa análise, Merhy demonstra que as estratégias da atenção se voltaram para a produção de procedimentos, a qual consome intensamente tecnologia dura, gerando mais necessidade da produção de procedimentos.

Foi possível constatar, ainda, a existência de outros elementos, como a construção conjunta e participativa dos processos formativos e práticas de pesquisa, que também têm funcionado com dispositivos de mudança e que serão tratados mais adiante. No entanto, registramos que há projetos em disputa no campo da formação, assim como no campo da atenção. A disputa por uma nova hegemonia no campo da atenção à saúde está em curso no campo da formação, mas o campo da formação também é alvo da disputa por uma nova hegemonia dos fatores de ensino-aprendizagem.

Um curso da área da saúde centrado em projetos terapêuticos fragmentados, integralizados por soma ou justaposição, não pode almejar a formação de um profissional cuidador e responsável, que lute pelos direitos dos usuários e que os aborde pela noção da integralidade ou de modo mais humanizado, como nos alerta Merhy (2002, p. 139). Um curso centrado na perspectiva formaria, segundo o autor, profissionais alienados, que estariam muito mais interessados em suas competências privativas ou específicas, do que em serem cuidadores – isto é, não colocando suas competências especializadas a serviço de um projeto cuidador ou da integralidade, não fazendo da abordagem individual uma ação que não despreza a dimensão coletiva dos problemas de saúde vividos e não fazendo da clínica uma prática centrada no usuário.

Essa é a natureza das disputas. Apesar de ser mais intensa em determinados espaços da formação – nos espaços onde são mais presentes os especialismos, como por exemplo, o hospital –, ela não se restringe aos mesmos. Em diversos momentos foi possível localizar focos de disputa entre interesses privados de especialidades ou profissões, em detrimento das práticas cuidadoras ou de integralidade.

A disputa pela hegemonia nas diversas experiências analisadas determina as estratégias e táticas desenvolvidas pelos que lutam por transformações na formação, suas escolhas ou não pela atuação nos diferentes espaços – o “espaço hospitalar” e o “espaço da atenção básica à saúde” são indicadores desse plano e não do acesso a aprendizagens necessárias sobre os procedimentos e tecnologias duras.

### **Modelo assistencial e formação de profissionais de saúde: mudanças em curso**

As inovações na formação têm optado historicamente pela centralidade na atenção básica à saúde, restringindo-se a noção de espaço às práticas de aprendizagem. Cecílio (1999, p. 130), em análise sobre a ampliação da agenda dos processos de transformação da educação dos profissionais de saúde, destaca o que considera uma grande imprecisão a respeito do modelo assistencial a ser adotado como guia na implementação da mudança. Para o autor, o ideário UNI teve dificuldades em lidar com as várias instâncias de organização e sistematização da atenção à saúde e com a necessária articulação entre essas instâncias, centrando sua intervenção na atenção básica à saúde e não na rede de cuidados. Para o autor, se por um lado é possível dizer que muitas das necessidades sociais em saúde acabam sendo trabalhadas nos modelos centrados na atenção básica à saúde, ocorre, por outro, “um déficit em se trabalhar, por exemplo, a cadeia de cuidado progressivo, visando à garantia do acesso a todas as tecnologias disponíveis para enfrentar as doenças e prolongar a vida” (CECÍLIO, 1999, p. 135).

A análise das experiências permitiu-nos identificar que esse fato se desdobra em muitos relatos, mas em outros não há essa restrição aos espaços polarizados entre experiência hospitalar e experiência na atenção básica à saúde. Ressaltamos, no entanto, que nas experiências

cujas inovações se localizam no campo da Saúde Coletiva ou da atenção básica à saúde, identificamos uma tensão produzida por esses espaços em relação ao curso como um todo, a partir, inclusive, da própria vivência dos estudantes.

O alcance da integralidade demanda uma reconfiguração da atenção à saúde nos diversos espaços dos serviços de saúde – unidades básicas, ambulatório de especialidades ou referência, serviço diversificado de apoio diagnóstico ou terapêutico, diversas modalidades de atendimento hospitalar, programa de acompanhamento ou internação domiciliar básica, serviços substitutivos ou alternativos aos desenhos tradicionais de assistência, mas também da gestão ou coordenação em rede e de formulação e avaliação de políticas.

Segundo Mattos (2001), um primeiro conjunto se refere às práticas dos profissionais de saúde, devendo ser defendido para todas as práticas de saúde e não apenas às desenvolvidas no âmbito do SUS; um segundo se refere à integralidade enquanto princípio de organização contínua dos serviços e das práticas de saúde; e o terceiro conjunto de sentidos diz respeito às configurações específicas que as políticas devem assumir para expressar inclusão, respeito às necessidades e aos direitos em saúde. A integralidade supõe transversalidade de pelo menos três conjuntos de sentidos.

Os atributos de “uma boa prática” dos trabalhadores de saúde e a organização dos serviços, assim como as respostas governamentais aos problemas de saúde na forma de políticas específicas não podem ser entendidos se reduzidos ao projeto assistencial ou cuidados do âmbito das unidades de saúde, por exemplo.

Assim, não se trata de conferir exclusividade à atenção básica quando falamos de reordenamento das práticas de atenção e de formação em saúde. Pelo contrário, concordamos com Cecílio (1995, p. 135), para quem é nos espaços de serviço de alta incorporação tecnologias por equipamento para apoio diagnóstico ou terapêutico, em geral hospitalares, que “se dá a modelagem final dos corações e mentes dos profissionais de saúde, de forma que, na maioria das vezes, as abordagens mais holísticas e humanísticas desenvolvidas nos primeiros anos da faculdade”, marcadas pelas vivências junto às ações e aos serviços da atenção básica à saúde, “vão ficando para trás e os alunos se vêem frente a frente com a dura realidade da alta

tecnicidade de um saber instrumental superespecializado e fragmentado e, infelizmente, ainda hegemônico”.

De qualquer modo, em muitas experiências inscritas destacou-se a centralidade da estratégia de Saúde da Família, daí o reconhecimento dos diferentes atores no processo de formação de que esta poderia atuar como dispositivo para uma formação e atuação profissional diferenciada. Essa estratégia, embora possa expressar uma noção ética de acolhimento de pessoas em sua inscrição cultural e societária, ganha materialidade em serviços tipificados como próprios do Programa de Saúde da Família (PSF), uma estratégia nacional com execução municipal.

Pode-se exemplificar com as experiências analisadas:

“A gente começou a rever a pactuação e centramos em questões de como trabalhar juntos, já que o serviço é público e a faculdade é particular. Então, levantamos o que a faculdade necessitava da SMS, para que ela pudesse inserir esses alunos, e como nós iríamos nos preparar para recebê-los. Começamos a mostrar todos os nossos serviços no município, pois temos hospitais com urgência e emergência pediátrica e adulto, que foram reformados e hoje podem receber alunos; temos um centro de diagnóstico de atenção secundária e as unidades do PSF. Então, era isso que o município tinha a ofertar. No início era mais difícil porque a oferta era pouca da SMS porque a situação era muito carente. [...] Tínhamos poucas unidades de PSF. [...] A partir da construção de novas unidades e melhoria das antigas é que começamos a ter parceria com a faculdade, pois já estávamos mais preparados para receber esses alunos. Começamos com 14 equipes do PSF, agora são 44. E aí a gente fez essa pactuação. Começamos a ver a questão da preceptoria, que é por conta da faculdade que coloca os profissionais no hospital [...] e nas unidades de PSF. Convidamos também alguns profissionais do PSF, que são voluntários para atender esses alunos, não recebem nenhum acréscimo por isso” (gestor do SUS).

A discussão/construção do eixo saúde da família está intimamente ligada à rede de serviços de atenção básica do município e outras unidades hospitalares da região. Destacamos um trecho da entrevista que enfatiza o principal argumento para a utilização do PSF como cenário de aprendizagem:

“Potencializa, por isso é uma das estratégias. Onde o médico é mais bem aceito na comunidade, alguém de lá está com ele. Então essa é uma das estratégias para conhecer os recursos locais e o que se pode utilizar para desempenhar melhor o seu trabalho” (estudante).

Há uma convergência nos argumentos a favor da estratégia de Saúde da Família e de sua incorporação enquanto cenário de aprendizagem privilegiado no contexto das mudanças na formação. As argumentações partem do pressuposto de que a simples adoção da estratégia já é capaz de reorientar as práticas de saúde e de formação, considerando seus pressupostos, a saber: caráter substitutivo dos modelos tradicionais e a noção de integralidade, territorialização e adscrição de clientela e trabalho em equipe multiprofissional.

Merhy e Franco (2003), preocupados com a ética do acolhimento e da responsabilidade, alertavam que, assim como as propostas de medicina comunitária e de cuidados primários em saúde, a proposição do PSF pode conter apenas tem uma intenção racionalizadora, incluindo a ideia geral de “focalização”, não bastando adotar o princípio da adscrição de clientela se não repensarmos a forma de produção dos cuidados em saúde. Pouco adiantará produzir atos de saúde sem a concreta responsabilização por parte dos serviços de saúde, sem garantir um sistema de saúde resolutivo e acolhedor, sem substituir a lógica procedimento-centrada ou medicocêntrica pela escuta às necessidades sociais de saúde dos usuários.

É certo que não dispomos de instrumentos de identificação suficientes das necessidades sociais de saúde dos usuários, ao mesmo tempo que é certo que um dos argumentos de prestígio da estratégia Saúde da Família para mudanças de práticas e de formação está na sua proximidade com o andar a vida dos usuários, assim como lembramos, com Cecílio (2001, p. 124), que a construção de um “conceito mais operacional de necessidades de saúde” já seria, em si mesmo, um bom dispositivo para qualificar e humanizar os serviços de saúde. Essa construção, para o autor, resulta de uma “quase pactuação”, na qual houvesse uma boa participação dos trabalhadores. Essa “quase participação” serviria como um instrumento de conversação, de comunicação e de coordenação das práticas de atenção e de gestão, um momento quando se revelariam necessidades distorcidas e ocultadas entre as necessidades percebidas ou não pelos trabalhadores e pelos usuários.

Muitas vezes as falas dos representantes dos usuários sobre as necessidades de saúde se orientam pelo modelo ideal preconizado pelos serviços e pela universidade, conforme apontava Valla (1999, p.



139), ao debater os projetos de mudança na formação implementados pelos projetos UNI. Segundo o autor, o reconhecimento dos saberes populares é essencial na relação universidade/usuários/serviços de saúde, mas se é importante para professores, pesquisadores e estudantes reconhecerem que “as classes populares têm pensamento próprio e constroem seus conhecimentos”, também se faz necessário que “os membros do componente comunidade tenham consciência do fato de que têm o que dizer aos professores, pesquisadores e estudantes” (VALLA, 1999, p. 139).

Segundo Camargo Jr. (2005, p. 96), o complexo médico-industrial opera um conjunto de estratégias de forma a produzir e expandir demandas. Historicamente, a biomedicina – a visão hegemônica desse complexo médico-industrial –, sobretudo por meio da indústria farmacêutica e de equipamentos, tem atuado de forma eficaz no sentido de ampliar a demanda pela utilização dos medicamentos e das tecnologias cada vez mais sofisticadas. Entretanto, essa *construção de demandas* não se dá apenas pelas indústrias e pelas práticas profissionais hegemônicas, “principais agentes a operar a certificação de necessidades de saúde e das modalidades legítimas de responder às mesmas”: os espaços da formação e do trabalho em saúde valorizam em excesso a biomedicina e a adoção de tecnologias de equipamentos ou protocolos fortemente esquadrihados.

A concepção hegemônica, hospitalocêntrica, opera no espaço da formação para estimular a legitimação de demandas e atendimento das mesmas, com base sobretudo na adoção de tecnologias duras e de medicamentos. É fato que tal concepção trabalha com a perspectiva de negação e anulação dos saberes e das práticas dos usuários, assim como das racionalidades terapêuticas complementares.

Entretanto, também é fato que a atenção básica à saúde, particularmente, a estratégia de Saúde da Família, muitas vezes é tomada como uma posição taxativa de implantação de uma assistência à saúde resolutiva, integral, universal e equânime, mesmo que nem sempre atenda a esses princípios e nem sempre escape da definição biomédica ou profissional-centrada. Além da abordagem centrada em uma estratégia da assistência, é recorrente a abordagem “uniprofissional” na reorientação da formação em saúde, sendo no interior de cada curso pensadas as transformações necessárias. Polí-

ticas públicas operam com esta lógica quando constroem incentivo à mudança com a especificidade de um curso, um projeto de desenvolvimento curricular ou um programa pedagógico. Entretanto, essa não é uma exclusividade da política institucional no campo da saúde e da educação. Muitos dos movimentos com maior acúmulo na discussão e implementação de mudanças curriculares caminharam restritos aos espaços corporativos profissionais, como é o caso da ABEn e ABEM já citadas, ou da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), Associação Brasileira de Ensino Fisioterapia (ABENFISIO) ou da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM).

Caberia, talvez, uma reflexão sobre a concepção de “equipe multiprofissional” operada pela Saúde da Família. Em uma das experiências da qual participam estudantes de uma profissão e preceptor (trabalhador do serviço) de outra profissão junto à equipe do PSF, houve o relato da vivência pelos estudantes em que o médico do PSF desconsiderava as contribuições desse preceptor provenientes tanto de seu núcleo específico dos conhecimentos e de sua atuação como do campo comum a todos os profissionais de saúde. O questionamento dos estudantes junto ao preceptor, frente à situação vivida, disparou a reflexão, por parte do trabalhador e dos estudantes, sobre o processo de trabalho daquela equipe e da inserção específica desse profissional.

Sobre a influência da presença dos estudantes nessa e em outras situações trataremos mais tarde. Importa, neste caso, destacar que os cenários de aprendizagem – sejam quais forem – não sejam apenas “espaços” onde os estudantes vivenciam a assistência à saúde, mas onde a atuação dos docentes, trabalhadores, estudantes e usuários seja confrontada com a produção de saúde implicada em cada prática.

### **Exercendo a alteridade: o impacto da inserção dos estudantes nos serviços, nas localidades e nos espaços de controle social**

Um traço muito forte da maior parte das experiências refere-se à presença dos estudantes nos serviços de saúde como elemento que vem instigando os trabalhadores de saúde. Há o relato de que a inserção dos estudantes e a atuação conjunta com trabalhadores e usuários estimula uma reflexão problematizadora das práticas.

“Com certeza estão formando tecnologia nova, esses estudantes. Muitas vezes o profissional, quando está formado, fica meio acomodado, mas se anima com novidade. Interfere nos próprios profissionais que já estão no serviço. E, outra coisa, as cabeças desses meninos são boas demais, abertas e com disposição de aprender, às vezes um caso é extra-horário, mas eles querem acompanhar” (conselheiro de saúde).

“É o próprio perfil profissional do preceptor que está lá trabalhando que muda. Eles mesmos, em depoimentos em várias reuniões, dizem o seguinte: isso veio melhorando a cada ano, eu já estava me sentindo em ponto morto no meu trabalho, então a chegada dos estudantes me fez repensar toda a minha própria prática. E isso foi para nós extremamente gratificante, porque em momento algum nós quisemos só usar aquele serviço, pelo contrário, é uma troca importante” (dirigente do ensino/docente).

A proposta de construção de um conhecimento crítico, embasado nas situações encontradas no cotidiano dos serviços de saúde e nas relações experimentadas junto às populações, tem sido uma prática adotada pelas instituições formadoras. Os estudantes devem conhecer os aspectos sociais e econômicos em que vivem as populações, assim como as causas de adoecimento e de morte e, a partir desses dados, traçar os rumos de suas atividades durante o período de atuação do grupo. Essa atividade é realizada em comum acordo com as equipes dos serviços, que dela participam desde a coleta de dados e mapeamento da área, até a análise e definição das questões a serem abordadas.

Qualquer que seja o espaço, é possível verificar a influência exercida pela inserção dos estudantes e docentes na reorganização do trabalho nesses locais, visto que provoca desnaturalização do trabalho desenvolvido. Por outro lado, a tradicional inserção em unidades de saúde e em outros espaços para estágio não concorre para a transformação no ensino.

No caso das experiências que focalizaram as inovações no campo da atenção básica à saúde, o poder interrogador que essa inserção deflagrou quando da inserção dos alunos nos demais espaços foi relevante. Esse efeito surge como resultado do contato com cenários diversificados após uma aprendizagem da sensibilidade com os usuários e da crítica quanto à organização dos serviços e suas estratégias de formulação e avaliação do projeto assistencial em saúde oferecido.

A convicção na defesa dos cenários diversificados e não a restrição ao campo de atenção básica à saúde apareceu, nos relatos, como relevante à capacidade de questionar e superar práticas tradicionais de ensino e assistência em saúde.

Também há relatos de uma influência positiva dos saberes mais preponderantes no espaço hospitalar quando se interroga pela integralidade. Tecnologias diferenciadas, utilizadas nos hospitais de ensino e vivenciadas pelos estudantes, alimentam uma relação de reciprocidade entre os campos de prática em que se inserem os estudantes, segundo a fala de trabalhadores das unidades básicas envolvidos em algumas experiências visitadas pelo EnsinaSUS.

A partir dos relatos sobre o modo como docentes, estudantes e trabalhadores vivenciam o cuidado à saúde nos termos da integralidade, destacamos a presença, na formação, da combinação das diferentes referências técnicas e humanizadas, que deve acontecer não só nas atividades desenvolvidas na atenção básica à saúde, como no espaço dos hospitais.

Segundo um relato, as práticas de integralidade disputadas pelo ensino passam a ser buscadas pelos trabalhadores tradicionais:

“A questão da humanização: eu acho uma questão interessante. Porque, no hospital, como estão todos os dias, acabam ficando pessoas muito frias, e nós percebemos isso. Por exemplo: você falar para uma pessoa que aquilo ela não pode pegar; não, só quem mexe aqui é médico. Então, nós tentamos mudar um pouco isso: a questão de você querer falar com o acompanhante e ficar gritando pela pessoa [...]. Não pode ser assim, você vai lá, você conversa, o acompanhante tem que saber o que está se passando com a pessoa que ele acompanha. Ele precisa saber a avaliação da doença da pessoa, se ela está melhorando ou se não está. Até se vai morrer ou não. Eu dou um conforto qualquer ali a ele. Nós temos que melhorar mais essa relação dos trabalhadores com os clientes, mas hoje, eu poderia até dizer que eles copiam um pouco o que nós fazemos dentro do hospital, melhorou muito” (docente).

Para Cecílio (1999, p. 136), em todos os âmbitos dos sistemas de saúde, “inclusive, e principalmente, nos espaços mais ‘duros’ do saber médico e de práticas altamente tecnologicizadas e fragmentadas” deve ser definido e disputado “o ideal da abordagem integral, holística e humanizada, centrada na construção de um saber interdisciplinar e

na criação de relações mais horizontais e democráticas dentro da equipe de saúde”.

Há relatos coerentes com essa posição nas exemplificações sobre o ensinar a integralidade. Por exemplo:

“No hospital, nós temos um trabalho muito bom com relação à saúde da criança; nós fazemos essa captação da realidade e lá geralmente eles buscam esse lado lúdico da criança, e que não é muito visto dentro do hospital. Mas nós trabalhamos muito isso. Percebemos que a criança dentro do hospital, ela entra e às vezes, o primeiro dia ela chega rindo e no segundo, terceiro dia, já está desaparecendo aquele sorriso. Nós buscamos muito trabalhar e o aluno percebe isso, nós temos até monografia com relação ao brinquedo da criança, ver a criança na sua integralidade; nós percebemos que o hospital e o enfermeiro não têm esse tempo, por este ser muito atarefado com as questões burocráticas, ele não vê o lado total da criança, a integralidade da criança. Nós estamos de fora com o estágio e nós vemos a necessidade, o lazer, a brincadeira da criança, e nós atendemos esse outro lado; nós fazemos assim: hoje é o dia de brincadeira, o dia de recreação, então, nós colocamos tudo no corredor que tem lá e trazemos todas as crianças; ali nós nos vestimos de palhaço com os alunos, é um dia de recreação mesmo, de pintura, de peças infantis. Dentro do hospital nós trabalhamos isso, sem tirar as atividades técnicas das quais não podemos fugir. Mas sempre trabalhando muito a questão educativa e trabalhando esse lado lúdico da criança, que é você ver a criança como um todo. Você não vai ver ali o diabético, senão você não vai ver só isso, você vai estar vendo a criança como um todo, uma criança que tem necessidades, de onde ela vem, porque ela está ali, qual é a inserção dela dentro na nossa sociedade, trabalhar a criança como um todo. As pessoas até percebem como é diferente quando nós estamos lá, mas aí eu explico que nós estamos ali apenas por um período; é diferente de quem está no dia-a-dia que o próprio trabalho absorve, enfim, então dá para ver essas questões” (docente).

Se a atenção básica à saúde foi referida, na maioria das vezes, como ponto-chave da vivência por parte dos estudantes, para uma atenção integral à saúde, foi sobre os demais âmbitos da atenção que foram referidas as questões que ainda merecem ser problematizadas durante a formação. Segundo os relatos, esses outros cenários são os que mais apresentam pontos críticos, que impossibilitam a execução de um trabalho voltado para a integralidade. As evidências de aprendizagem não recaem sobre os indivíduos que estão nos serviços para

atendimento, mas sobre os procedimentos identificados como atenção resolutive.

Destacamos, entretanto, que relatos do cotidiano na fase de campo da pesquisa nos permitiram identificar, em algumas experiências, o desenvolvimento de práticas de formação em espaços diversos como praças, por exemplo. Utilizando dinâmicas outras (peças de teatro) ou propondo interações com a população, outros elementos, além da assistência, agregam valor às aprendizagens.

Quer no espaço da atenção básica, quer no espaço hospitalar, a construção de linhas do cuidado e de projetos terapêuticos individuais ou coletivos tem potencial interrogador das práticas assistenciais em saúde (TRAESEL; FRANCO, 2004; FRANCO, 2003; CECÍLIO; MERHY, 2003; CECCIM, 2005) que podem ser utilizados de forma mais sistematizada nas prática de formação (MERHY, 2002; CECCIM; FEUERWEKER, 2004a e 2004b; CECCIM; CAPOZZOLO, 2004), conforme algumas experiências já apontam (MARCH *et al.*, 2005).

A reflexão na ação sobre as linhas de cuidado e os projetos terapêuticos individuais ou coletivos, e sobre sua contribuição para reordenar a atenção à saúde e a formação é importante particularmente no que se refere à integralidade (TRAESEL; FRANCO, 2004; FRANCO, 2003; CECÍLIO; MERHY, 2003; CECCIM, 2005).

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004a, p. 1.403):

“vive-se um momento de profunda revisão de valores nos conhecimentos e tecnologias da atenção, de importante revisão da clínica para uma abordagem mais complexa e coerente com o andar da vida individual e coletiva, de acelerada renovação tecnológica – em processos e instrumentos – e de pressão pelo atendimento às necessidades sociais por saúde com as dimensões brasileiras de diversidade epidemiológica, demográfica, cultural, social e econômica”.

A pesquisa permitiu identificar espaços em que esse potencial já se efetiva, ainda que de forma não-sistematizada. Um dos entrevistados nos conta:

“Na saúde da criança, nós temos um trabalho muito bom. Quando começamos a disciplina, nós fazemos uma captação da realidade de tudo o que existe no município referente à assistência à criança. Nós trabalhamos com os meninos de rua: os alunos saem em entrevistas com flanelinhas, com os

meninos da unidade de apoio para infratores que temos aqui, vamos para um hospital pediátrico, vamos para um pronto-socorro pediátrico e a uma unidade básica de saúde, então, nós buscamos, cada grupo busca saber a respeito de uma assistência diferenciada, mas saber o que existe, no município, sobre cuidados à criança” (docente).

### **Os espaços de construção e avaliação participativa do processo de mudança na formação**

A garantia de espaços de gestão participativa, dentro da própria instituição de ensino, foi adotada por grande parte das experiências analisadas, como maneira de planejar ações para a construção, implementação ou consolidação da experiência. Em geral esses espaços se constituem como espaços de definição de estratégias que orientam a manutenção do processo da experiência, onde são elaborados métodos de avaliação e programas de formação docente, dentre outras questões. Contam com a participação de docentes, estudantes, trabalhadores da rede local de saúde, usuários dos serviços, gestores do setor e representantes dos movimentos sociais locais.

Um exemplo relatado foi quanto à participação estudantil e sobre as instâncias participativas de gestão:

“A gente tem Comissão de Avaliação: poderia ter um representante discente lá. A gente tem Comissão de Capacitação: poderia ter. Tem a Comissão de Apoio Psicopedagógico: poderia ter. O grupo gestor, que é um grupo que se reúne, no mínimo, uma vez por mês: poderia ter, no mínimo, dois a três representantes de cada série. O problema é que isso também não é homogêneo, não é contínuo [...]. Eles têm espaço e representação em todas as instâncias, mesmo no colegiado formal, reconhecido pela universidade. O gestor até hoje não é reconhecido, ele é uma instância oficiosa nossa, mas os alunos têm 30% de assento no colegiado que está regido por regimento. O que acontece é que a gente tem períodos em que os alunos estão em todas as reuniões, e vão às reuniões e discutem, mas nós entramos num período agora de quase um ano que eu estou do lado deles, tentando, tentando, pois desapareceram os representantes no grupo gestor. Eles não estão se efetivando. Quando tem alguma coisa na pauta que chama mais a atenção deles, eles encaminham um ou dois e isso é ruim. Eu falo para eles: ‘Gente, a gente precisa de vocês lá porque os alunos representantes, para mim, na coordenação, têm duas funções essenciais: primeiro, trazer o olhar do aluno para dentro das discussões, e, segundo, fazer o intercâmbio, o retorno, das discussões para o restante da representação’” (gestor).

Podemos afirmar que a prática hegemônica na universidade se traduz hoje na priorização de projetos individuais e de pequenos grupos, geralmente relacionados às áreas da pesquisa e pós-graduação “financiáveis” a partir de recursos externos, sendo o ensino de graduação e as atividades que não são passíveis de financiamento relegadas a um segundo plano; mas também que há em curso, entretanto, uma prática contra-hegemônica.

Nossa pesquisa permitiu constatar isso a partir do grande comprometimento das experiências analisadas com a reflexão crítica da formação de profissionais de saúde no ensino de graduação centrado nas necessidades de saúde da população, a despeito da desvalorização dessa temática na sociedade de mercado.

As instituições de ensino superior brasileiras, sobretudo as públicas, têm convivido com um conjunto de normas externas às mesmas que regulamentam a avaliação do trabalho docente, da pós-graduação, da graduação e da pesquisa, levando-as muitas vezes ao atendimento de demandas que não necessariamente se pautam por uma qualidade do ensino superior socialmente referenciada.

A prática contra-hegemônica nas experiências visitadas se traduziu, sobretudo, na incorporação do princípio participativo nos espaços de gestão e de avaliação. Os processos de gestão e de avaliação identificados nas experiências podem ser caracterizados como processos participativos e democráticos.

A instituição de espaços democráticos e a participação de diferentes atores nos processos de planejamento de ações e decisão corroboram o fortalecimento e coerência das deliberações diante das demandas discutidas. Para Feuerwerker (2004), a existência desses espaços, além disso, contribui para constituir motivo de entusiasmo e satisfação e, conseqüentemente, contribuir para fortalecer as inovações. Para a autora, é fundamental que os meios sejam coerentes com o conteúdo das mudanças: uma mudança democratizadora, que busca ampliar a relevância social, necessariamente tem de contar com espaços democráticos de deliberação. Ainda segundo Feuerwerker, para a legitimidade do processo, as formas organizativas adotadas têm de ser coerentes com o conteúdo da novidade proposta.

Em algumas experiências, espaços de gestão e avaliação participativa são espaços institucionais existentes antes mesmo das propostas de

mudança; em outras, são espaços que foram constituídos por ocasião das transformações. Em todos os casos, a participação acentua reconhecidamente o amadurecimento dos participantes, como se pode constatar:

“Dois momentos fundamentais no internato rural: um é o seminário final da disciplina, em que o aluno apresenta o diagnóstico dele, apresenta suas propostas, fala das dificuldades, fala das recomendações e sugestões, coisas que ele já vem construindo com o serviço. É um momento de síntese, em que ele realiza isso e que é chamado de conselhos. Os membros do conselho gestor, agentes comunitários, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, etc. Eu gosto de fazer isso, a maioria trabalha isso muito bem porque também funciona como uma despedida, então costuma ter um cafezinho, refazem-se os laços, tiram-se fotos e é a oportunidade também do *quebrapau*. Aí você tem uma avaliação. Hoje a gente já começa a discutir porque é que algo aconteceu, como é que a gente pode melhorar. Então já houve um amadurecimento também” (docente).

Os processos de avaliação participativa acontecem tanto no plano mais geral, referente ao curso como um todo, como no plano mais específico de módulos, disciplinas e outros espaços:

“Nós sempre temos uma prática de iniciar o semestre com a avaliação institucional dos planejamentos e de tudo o que já se vivenciou. É uma prática que nós fazemos no início dos semestres, eles vão lá, falando no bom sentido, *metendo o pau* em quem precisa. Elogiando também. Depois disso, que faltou nesse semestre de agora, nós sentamos para planejar cada disciplina, tendo um representante de cada turma, cada período, para planejar o que vamos trabalhar naquele semestre. O que nós já planejamos, no primeiro dia de aula apresentamos para o aluno, é flexível, assim ele pode intervir ou não, é como avaliação” (docente).

Alguns desses momentos foram verificados por nossa pesquisa na fase de campo, mostrando-se efetivamente como espaços importantes de avaliação participativa. A construção participativa dos processos de mudança na formação é um dos componentes mais presentes e expressivos no conjunto das experiências. Sobre a gestão participativa dos processos, incluindo a avaliação, podemos afirmar que, dentre os diferentes atores, os usuários são os menos presentes nos espaços formais, seguidos dos trabalhadores de saúde.

Mandu (2003) destaca que há necessidade de democratização das relações no interior das IES e permeabilidade ao controle social, mas

que é necessário criar espaços de participação de atores externos. E esse ator é destacado em relatos:

“Todos os espaços propiciam. A cada término de turma no estágio, há um seminário de avaliação. Os usuários talvez sejam os que menos participam, eles participam muito pouco formalmente. Informalmente, acho que os usuários fazem essa avaliação da qualidade no decorrer, pois é a partir da opinião dos usuários que a gente avalia. Agora, diretamente, temos o gestor que participa, os profissionais do município aonde nós vamos, eles participam também. Quando nós fazemos cada volta, temos nosso seminário de avaliação” (docente).

Se a tão esperada “permeabilidade ao controle social” não se mostrou tão presente, a alteridade em relação ao usuário acaba por acontecer no espaço cotidiano de inserção dos estudantes nos serviços de saúde.

A experiência acumulada no Brasil nas últimas duas décadas, acerca da integração entre instituições formadoras, serviços de saúde e usuários do SUS, sobretudo a partir da integração docente-assistencial (IDA) e dos Projetos UNI, gerou avanços consideráveis, tanto que foi possível constatar a influência desses movimentos nas experiências analisadas. A participação dos serviços, elevada à condição de gestor setorial, vem sendo constatada e referida: “Os gestores têm total acesso, fazemos questão de que todos os estagiários conheçam a Secretaria de Saúde, inclusive o prefeito. Fazemos questão de que participem das reuniões dos Conselhos de Saúde” (gestor).

Avançam as experiências de inserção dos estudantes nos espaços de controle social do SUS – municipais e locais –, conforme constatamos. Lançamos a hipótese de que a vivência nesses espaços de controle social possa deflagrar um processo de questionamento da não-permeabilidade ao referido controle por parte da universidade.

O quadrilátero da formação, formulado por Ceccim e Feuerwerker (2004a), registra acúmulo nas experiências selecionadas pelo EnsinaSUS, mas instiga caminhos ainda a serem trilhados. Caminhos de ampliação da agenda de transformação na educação dos profissionais de saúde, especialmente no tocante ao controle social.

### **No caminho trilhado, pistas: à guisa de conclusão**

Nosso propósito foi muito menos indicar “receitas” para transformações do que identificar pistas deixadas nos caminhos trilhados

por aqueles que estão em busca de inovação, se pautando pelas demandas sociais de saúde da população. Sendo assim, destacamos as estratégias mais relevantes utilizadas no conjunto das experiências analisadas.

Inovar significa colocar em xeque relações conservadoras e verticalizadas entre os diferentes envolvidos no projeto – usuários, trabalhadores, gestores, docentes e estudantes. Inovar significa também integrar os compartimentos de saberes e de práticas não só da universidade e do sistema de saúde, mas também internamente a estes, entre os “especialismos” de docentes e de trabalhadores.

Neste sentido, a integralidade se concretizará na relação entre universidade e sistema de saúde, na medida em que as relações e interações sejam desenvolvidas entre os implicados nas práticas cotidianas de formação e nos serviços de saúde, sobretudo na democratização da relação oferta e demanda em saúde, e na adoção do cuidado como categoria nucleadora para emancipação e autonomia dos sujeitos (PINHEIRO, 2001 e 2003).

Esperamos que muitos protagonistas de processos de formação de diferentes instituições possam se identificar com os relatos apresentados e analisados. Nossa expectativa é que essa identificação resulte não só em um fôlego a mais na luta empreendida no seu cotidiano rumo à transformação, como também e, principalmente, em reflexão crítica sobre sua própria vivência.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 198/ GM-MS*, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CAMARGO JR., K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social de demanda*. direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 91-101.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.
- CECCIM, R. B.; CAPAZZOLO, A. A educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Orgs.). *Educação médica em transformação*: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-390.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1.400-1.410, set-out, 2004a.

\_\_\_\_\_. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 113-126.

\_\_\_\_\_. Programa UNI: uma necessária ampliação de sua agenda. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS C. M. (Orgs.). *A educação dos profissionais de saúde na América Latina*. Teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo I: Um olhar analítico. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 129-136.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-/UERJ, 2003. p. 197-210.

DA ROS, M. A. A ideologia nos cursos de medicina. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Orgs.). *Educação médica em transformação*: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 224-244.

FEUERWERKER, L. C. M. Gestão dos processos de mudanças na graduação em medicina. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Orgs.). *Educação médica em transformação*: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 17-39.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso da Luz (MG). In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). *O trabalho em saúde*: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161-198.

MANDU, E. N. T. Diretrizes curriculares e potencialização de condições para mudanças na formação dos enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 56, n. 4, p. 348-350, jul/ago, 2004.

MARCH, C.; SALLY, E.; MONTEIRO, K. A. *et al.* *Formação em saúde e multiprofissionalidade*: a experiência de cursos de graduação em saúde na UFF. In: CONGRESSO DA REDE UNIDA, 6. *Anais...* Minas Gerais, julho 2005.

MARINS, J. J. N. Os cenários de aprendizagem e o processo de cuidado em saúde. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Orgs.). *Educação médica em transformação*: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 97-108.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 39-64.

MERHY, E. E. *Saúde*: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In:

- CAMPOS, C. R. *et al.* (Orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T.B. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.
- OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 143-164.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda nos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 65-112.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.
- TRAESEL, C. A.; FRANCO, T. B. A construção da linha do cuidado do paciente portador de hepatite tendo em vista a integralidade. In: FRANCO, T. B. *et al.* (Orgs.). *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 193-223.
- VALLA, V. V. Debatendo a presença das classes populares no projetos UNI. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS C. M. (Orgs.). *A educação dos profissionais de saúde na América Latina. Teoria e prática de um movimento de mudança*. Tomo I: Um olhar analítico. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 137-144.

## Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde

GILSON SAIPPA-OLIVEIRA \*

LILIAN KOIFMAN \*\*

ROSENI PINHEIRO \*\*\*

O currículo seleciona elementos, valoriza certos componentes em relação a outros e também oculta certos aspectos da cultura que rodeia a instituição de ensino. Constitui, pois, o resultado de um processo de filtragem que supõe limitações e, às vezes, mutilações. Os conteúdos selecionados dificilmente têm o mesmo significado para cada um dos atores do processo ensino-aprendizagem (SACRISTÁN, 1995).

Este capítulo debate as opções conceituais e metodológicas existentes nos cursos de formação da área da saúde e a seleção de conteúdos no contexto do ensino-aprendizagem e do currículo. Quando operamos a seleção de conteúdos pertinentes à formação de profissionais de saúde, estamos afirmando, por meio de escolhas conceituais e metodológicas, uma determinada concepção de mundo

---

\* Cientista social; mestre em Saúde Pública; professor no Departamento de Planejamento em Saúde do ISC-UFF; membro do LUPA-Saúde; pesquisador associado do LAPPIS; doutorando em Saúde Pública na ENSP-Fiocruz. Endereço eletrônico: gilsonsaippa@vm.uff.br.

\*\* Pedagoga; doutora em Saúde Pública; professora do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense; coordenadora do LUPA-Saúde; pesquisadora associada do LAPPIS. Endereço eletrônico: lilian@vm.uff.br

\*\*\* Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; professora adjunta no Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS-UERJ; coordenadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br.

que se expressa nos e pelos conteúdos selecionados e mobilizados durante o processo formativo – é o currículo em movimento.

Segundo Michael Young (1971), o currículo é uma construção e uma invenção social, o que nos permite compreender que são valores e interesses sociais que levam à inclusão de determinados conhecimentos nos processos de escolarização. As diferentes concepções nesse campo estão orientadas por distintas visões sobre ensino-aprendizagem na formação em saúde, por isso podemos interrogar que saberes precisam ser valorizados pela universidade como instituição de ensino, quais precisam ser considerados como constituintes dos processos educativos e que saberes precisam ser incorporados ao processo de formação? Como o profissional de saúde em formação reconhece e aprende a trabalhar a integralidade na e da saúde? (SANTOS, 2002).

Como bem demonstrou Hamilton (1992), o uso escolar de um *curriculum* refletiu, desde o início, uma preocupação tanto com a coerência estrutural (disciplinar), quanto com a seqüenciação (ordem/ordenamento) dos estudos, de modo a impor um controle do funcionamento da educação escolarizada mais sistemático e mais impessoal.

Veiga-Neto (2002, p. 213) propõe que o currículo constitui dispositivo de ressignificação do espaço físico em espaço disciplinar, “na medida em que ele é pensado e funciona como uma estrutura classificatório-disciplinar”. Para o autor, o currículo traz consigo o sentido de organizador estrutural e funcionamento estruturador – isto é, dispositivo estruturante – e, por se tratar de “uma estrutura disciplinar, o currículo é um estruturante disciplinar”. Esta condição termina por gerar, no amplo âmbito em que um currículo atua, “o entendimento não apenas de que os saberes têm (naturalmente) uma distribuição disciplinar que é essencial, de que o próprio mundo tem essa, e apenas essa, especialidade”.

Outro ponto que precisamos considerar é que, no contexto do currículo, conteúdo e método não se dissociam e não se apresentam de forma independente. Na teoria de transmissão cultural, Bernstein (1988) demonstrou a importância da reflexão do professor sobre o currículo que professa e os modos de sua transmissão, porque estes são mais importantes à aprendizagem do que o conteúdo que se seleciona ao ensino.

Para se produzir efetivamente práticas inovadoras no processo de formação, precisamos considerar, portanto, método e conteúdo. Assim, na esfera da formação em saúde, podemos pensar os marcos da defesa ou o desenvolvimento de uma proposta de organização do ensino-aprendizagem e do currículo que tenha como referencial a perspectiva da responsabilidade com o setor da saúde, com a integralidade, com um trabalho que se faz em coletâneas de produção (CECCIM, 2005).

Essas perspectivas de responsabilidades são *potencializadoras* da materialização no cotidiano das instituições de ensino, dos preceitos constitucionais, ético-políticos do Sistema Único de Saúde (SUS), cenário central do trabalho em saúde.

### **Seleção de conteúdos: opções conceituais e metodológicas**

Koifman (1996, p. 19) aponta a necessidade de fugirmos de um certo idealismo quando o assunto é a capacidade que as instituições de formação têm de alterar o modelo de produção da saúde hegemônico, lembrando que a busca de alternativas via reforma dos modelos de ensino e de pesquisa “não pode limitar-se à postura idealista de entender a educação como único agente de mudança”. Na perspectiva em referência, Koifman lembra, também, que a universidade tem um espaço de produção de saberes e práticas inovadores em relação ao modelo tecnoassistencial dominante, mas a estrutura ou organização dos serviços tem caráter dominante sobre o processo de formação.

As dificuldades da tão almejada construção por educadores e *policy makers* de um trabalho transdisciplinar nas salas de aula e laboratórios ou nos múltiplos cenários de ensino-aprendizagem são entendidas aqui como categorias que nos ajudam a pensar e atuar no processo de transformação da formação em saúde.

A transdisciplinaridade pode ser entendida como dispositivo emancipatório revestido de um caráter ético-político que pressupõe ruptura com a maneira tradicional de se organizar os conteúdos, que tradicionalmente se pautam na dicotomia, típica da modernidade, entre o geral e o particular, a teoria e a prática, o sujeito e o objeto, o homem e a natureza, o indivíduo e a sociedade. Sendo assim, instaura-se como um conceito-atitude, como afirmação de uma postura frente ao mun-



do, onde conceito e método servem como indutores da possibilidade de construção da cidadania (PASSOS; BARROS, 2004, p. 23).

As dificuldades da construção da transdisciplinaridade se aproximam daquilo que Santos (1995, p. 28), ao analisar o modelo científico moderno e a racionalidade que lhe dá embasamento, define como a fratura de uma perspectiva que se mostrou instituinte de valores e práticas no momento de sua ascensão e que, agora, teria perdido sua força instauradora – portanto, tende à conservação. Convém reconhecer que qualquer análise ou prática no campo da formação deveria buscar “em vez da eternidade, a história; em vez do determinismo, a imprevisibilidade; em vez de mecanicismo, a interpretação, a espontaneidade e a auto-regulação; em vez da ordem, a desordem; em vez da necessidade, a criatividade e o acidente”. Segundo o autor, vivemos num período de “desconfiança epistemológica”, o que também equivale a um espírito crítico, investigador e aprendiz.

Para tomarmos esses objetivos gerais de emancipação, devemos, no entanto, considerar a necessidade de superação dos elementos historicamente legitimados nas e pelas práticas profissionais nas diversas profissões (SILVA JUNIOR, 1998). As influências desses elementos no processo de formação polarizam visões dicotômicas nas quais são enfatizados os aspectos técnico-científicos em detrimento dos filosófico-ideológicos (CANDAU, 1988). Em geral, poucos são os estudantes que conseguem vislumbrar algo que permita unir ou integrar os conteúdos ou o trabalho das diferentes disciplinas, uma vez que estas se apresentam claramente separadas umas das outras, fragmentando e isolando o conhecimento. Nessa situação é priorizado um conhecimento tão somente acadêmico e informativo, no qual a realidade e o cotidiano aparecem desfigurados, com base em saberes aparentemente sem qualquer ideologia e descontextualizados (SANTOMÉ, 1998).

Esse modelo de organização curricular afirma uma relação de causa e efeito, visão ideológica da saúde que vê o ser humano como uma máquina (muito complexa), com partes que se inter-relacionam e se somam, e que precisam constantemente da inspeção por um especialista (SAIPPA-OLIVEIRA; TRINO-ROMANO, 2004).

Em uma análise criteriosa dos saberes e práticas presentes em cada processo de formação em saúde, surgem como questões fundamentais ao ensino-aprendizagem e ao currículo: como são seleciona-

dos os conteúdos de ensino? Que tipo de conhecimento vale mais? Quais conhecimentos são considerados importantes para merecerem ser considerados parte do currículo? (SILVA, 2002, p. 15).

Um trabalhador da rede de serviços de cidade exemplifica essas questões, ao colocar que:

“mudar é um estímulo para fazer inclusive melhor. A presença do aluno, ele torna uma espécie de fiscalização. Se você não tá vendo alguma coisa, ele vem e pergunta. Você vai procurar, vai estudar. Até aquele embaraço que ele causa, ‘você vai ter que buscar’. Isso acontece, acontece muito. Você pega um recém-nascido e um paciente com cem anos de idade: quem é que sabe tudo? Um hipertenso, um diabético, uma artrite reumatóide: é um negócio altamente diversificado, você tem que fazer raciocínio rápido. O cara vai se dando conta: ‘Opa! Não é bem assim como está nos livros, não!’” (trabalhador/preceptor).

Outra análise é compreender por que alguns conteúdos foram selecionados e outros excluídos: que grupos ou processos detêm o poder de inclusão e/ou de interdição de conteúdos? A que interesses esses conteúdos atendem? A que relações de classe social, etnia, raça, gênero, orientação sexual ou a que grupos humanos os conteúdos selecionados dizem respeito? A que concepções de saúde? Que culturas estão presentes e quais foram excluídas? Essas indagações (SACRISTÁN, 1998) não se separam de uma outra pergunta: que tipo de ser humano é desejável para um determinado tipo de sociedade (SILVA, 2002, p. 15), visto que os conteúdos que elegemos estão vitalmente envolvidos naquilo que queremos ver as pessoas em formação se tornarem? O conhecimento é construção de um perfil; é, também, uma questão de identidade.

Um estudante de curso afirma o conhecimento, acima de cada conteúdo:

“É bom a gente saber conteúdos que não se restringem ao aspecto biomédico, pra saber como lidar com a população. Simplesmente chegar pra ele e dizer: não é isso que funciona, o que funciona é você vir aqui, a gente tratar e pronto. Se aquilo ali sempre funcionou pra eles, como é que eles vão parar? Então se a gente aprende a lidar com essas coisas, não as descartando, respeita aquelas crenças, e quando a gente encaminha pro posto, pro médico, a gente também aprende, porque por mais que já tenha ouvido falar sobre tal doença, você vai pesquisar para saber mais, pelo contato você fica mais interessada.

Como o conhecimento é comunicado, usado, construído e transformado na formação profissional? Que condições podemos oferecer para que nossos estudantes façam algo inesperado a partir do apelo de idéias presentes nos conteúdos que selecionamos? Como ajudamos os estudantes a encontrarem um espaço seu (de autodeterminação) no processo de construção do conhecimento? O que tem o conhecimento a ver com a construção da liberdade? O espaço de ensino-aprendizagem e o currículo podem ser espaços onde preconceitos sejam colocados em questão? Britzman (1998, p. 155) afirma que a ativação do pensamento pelo confronto de preconceitos é uma grande questão da educação, uma questão que pode permitir que a aprendizagem se aproxime da justiça social.

Um professor de curso nos explica: “A gente tem conteúdos aí que visam já à colocação do paciente como um ser social, pensante, que tem suas individualidades. A gente já tem conteúdos voltados pra isso, mas ainda com os primeiros passos”. Um desafio que se coloca é desnudar as relações de poder subjacentes, percebendo-as como expressão de conflitos e lutas que determinam se um conteúdo é eleito ou não para ser transmitido pela instituição de ensino (GIROUX, 1997). Identificar e valorizar as contradições e as resistências presentes na diversidade de experiências humanas contribuem para a construção de conhecimento que hoje começa a ser introduzida na formação em saúde.

O conhecimento deve receber tratamento multidimensional, permitindo a compreensão complexa da realidade, a circulação de diferentes valores (interesses, enfoques ou pontos de vista) presentes nas questões humanas, científicas e sociais. Deve haver uma relação mais estreita entre os conteúdos que são trabalhados no currículo e as necessidades dos estudantes, de maneira que possam ser utilizados em diferentes contextos e situações profissionais cotidianas. Para isso, é necessário trabalhar com os estudantes a capacidade de estabelecer relações entre as informações que recebem e as que trazem consigo ou constroem entre si, e relações de aprendizagem que estimulem trocas, confrontos e exposições.

Se se desejar transmitir, por meio da educação, conhecimentos e habilidades necessários, isto se faz sempre mediante uma seleção entre possibilidades e com atitudes intrínsecas, tanto para a infor-

mação como para as relações de aprendizagem que, segundo Williams (1979, p. 121), são virtualmente e na prática inseparáveis. A compreensão dessa atitude intrínseca coloca a questão dos métodos ativos de ensino-aprendizagem, a recuperação dos recursos didático-pedagógicos, como ferramentas para a compreensão e transformação da realidade.

A fala de um estudante de curso exemplifica a utilização desses recursos na sua formação:

“Tem uma professora que fez um trabalho com as rezadeiras, associando o trabalho dela com o delas, deixando claro que o medicamento é importante, além da reza. Assim, quando a população procura as rezadeiras, elas atendem, e também pedem que a pessoa também procure o médico”.

Nesta direção, um ensino orientado pela integralidade deve definir, como atitude fundamental, a ampliação dos pontos de vista e o confronto de enfoques nos diferentes momentos do processo de trabalho em saúde (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004). Uma coordenadora pedagógica no ensino de graduação em curso relata:

“As questões pedagógicas pensadas pro curso são uma forma de garantir a integralidade na relação docente-discente, ou seja, no desenvolvimento dos diferentes conteúdos, nas práticas docentes. Porque, tudo bem, a estrutura do currículo é uma coisa; agora, como ele acontece em sala de aula, é outra. Então a tentativa de incorporar diferentes profissionais com diferentes saberes na formação de um determinado tipo de profissional, pra mim é uma forma de garantir a integralidade. O aluno vivencia as situações que ele vai enfrentar em situação de trabalho, aqui mesmo em sala de aula, tentando incorporar diferentes saberes, diferentes interesses, diferentes desejos, diferentes características, pra garantir singularidade nas intervenções”.

Sem o devido questionamento sobre a dimensão sociocultural dos conteúdos, ou sobre a aplicação de métodos de ensino-aprendizagem ao longo do processo de formação, corremos o risco de criar leituras unilaterais das possibilidades de transformação da educação dos profissionais. Contribuímos de maneira velada e decisiva para a legitimação e manutenção dos currículos normativos que apresentam baixo potencial de mudança das práticas dos profissionais na direção da integralidade. A necessidade de superar falsas dicotomias no desenvolvimento das práticas em saúde, como aquelas que se corporificam nas polarizações ações preventivas/ações curativas, ações

individuais/ações coletivas, cuidado/cura ou clínica/saúde coletiva, por exemplo, exige um cruzamento de saberes e oportunidades de aprendizagem que envolvem a capacidade de se trabalhar em equipe nos vários pontos da rede. Tomam-se os atributos da política de saúde como expressão da construção da cidadania, consolidando, então, práticas de integralidade no currículo.

Um exemplo dessa discussão pode ser visto na preocupação expressa pela coordenação de um curso:

“Alma-Ata é importante para a gente, só para que a gente possa mostrar para eles o que é atenção primária à saúde, que o PSF não é um programa de governo que caiu assim de pára-quadras para ser instalado, existe elo entre uma coisa e outra, um contexto histórico. O que a gente faz desde os séculos XVII e XVIII, o modelo flexneriano e o contexto da mudança de paradigma. Então, mostrar que Alma-Ata foi o resgate de experiências exitosas em países que já utilizavam este tipo de atenção à saúde. Para tirar esse estigma de que atenção primária é aquela coisa de atenção de pobre para pobre. A gente tenta valorizar um pouco a direção desse modelo de atenção”.

Longe de ser elemento inocente, neutro ou técnico, a seleção de conteúdos implica visões éticas, de homem e de sociedade. Assim, compreender um projeto de formação é compreender que saberes e práticas estão presentes no ensino-aprendizagem (SAIPPA-OLIVEIRA; TRINO-ROMANO, 2004).

Michael Apple ratifica que o currículo nunca é apenas um conjunto neutro de conteúdos que simplesmente estão sendo utilizados nos textos e nas salas de aula. Ele sempre faz parte da seleção de alguém, da visão de algum grupo acerca do que seja conhecimento legítimo – é, portanto, “produto das tensões, conflitos e concessões culturais, políticas e econômicas que organizam e desorganizam um povo” (APPLE, 1994).

O currículo acadêmico não é um conjunto isolado e estático de informações; está comprometido com uma determinada visão de mundo, dependente de um determinado processo de investigação do real que se instaura na universidade, racionalmente produzido, elaborado e sistematizado por meio de um determinado processo de pesquisa, desenvolvido no contexto de uma dada concepção de educação e de sociedade (KOIFMAN, 1998).

Veiga-Neto (2002, p. 213) nos lembra o fato de que as disciplinas são pensadas num duplo plano representacional: o dos saberes e dos conteúdos (cada disciplina). O autor salienta que, nesse sentido, os currículos nos disciplinam, “ordenando as ações dos nossos corpos – onde deveremos estar, fazendo o quê, em que momento, com quem”. Além disso, segue o autor, mais sutilmente os currículos nos ensinam a ver o mundo como um mundo disciplinar, um mundo onde tanto corpos como as ações sejam naturalmente disciplinares.

No caso da educação dos profissionais de saúde, a seleção e o modo de operar os conteúdos explicam por que os mesmos, uma vez formados, direcionam sua prática às especializações; dedicam mais atenção aos problemas de saúde individuais do que aos coletivos e deixam em segundo plano os fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecer humano, negando-os como elementos de central importância para a construção das alternativas de cuidado.

A coordenadora pedagógica de um curso explica como é realizada a proposta na qual trabalha:

“Nós utilizamos como eixo norteador o ciclo vital, mas baseado em três dimensões que estariam permeando esse ciclo vital. Primeiro, a organização dos serviços, como é que ela se dá. Os modelos adotados são geradores de demandas, que o profissional de saúde tem que atender [...]. Segundo, que cada trabalhador tem que ter um tipo de atuação profissional onde estejam incluídos todos os níveis de atenção, que a gente chama de dimensão, desde a atenuação do sofrimento, até a cura: reabilitação, prevenção e promoção à saúde. Então, todos esses âmbitos de atuação profissional têm que estar contemplados na formação do profissional. E a terceira dimensão é o desenvolvimento de uma capacidade de realizar uma intervenção muito individual, onde se levam em consideração as dimensões individuais, mas também coletivas”.

Formar um profissional de saúde significa muito mais do que formar um aprendiz no manejo de técnicas, procedimentos e instrumentos. O dia-a-dia de um profissional não se esgota em sua natureza técnica, apresenta dimensões onde se expressam valores de ordem moral ou ética, ideológica ou econômica. E sua maior capacidade de trabalhar em equipe demonstra sua melhor compreensão da sociedade onde se insere.

Um exemplo relatado por um estudante aponta pistas para a formação voltada para o trabalho em equipe:

“Uma coisa que inovamos, no 7º semestre, foi quando tivemos a disciplina de Gestão em Saúde. Vimos algumas pessoas que nunca imaginávamos que iam se interessar por isso e que nos surpreenderam. Quando se tem a discussão, a gente vê que muita gente mudou. O cenário de Saúde da Família é muito diferente do hospital, é mais acolhedor. Nossa aula prática é lá. O primeiro dia no posto foi muito diferente. Na primeira aula observamos a marcação de consultas. A gente viu o trabalho da enfermeira e viu que é diferente do que pensávamos. O trabalho é coletivo. Se o trabalho dela falhar, o do médico falha também e vice-versa. Nós não tínhamos essa visão do trabalho da enfermeira, do dentista” (estudante).

A organização dos conteúdos e a metodologia utilizada contribuem para a configuração do marco conceitual do currículo, assim como contribuem para a legitimação e manutenção das estruturas sociais e econômicas, da ideologia prevalente nos grupos profissionais específicos e da estrutura de poder subjacente às práticas profissionais. Os estudantes percebem, de maneira consciente ou não, a existência de tais marcos, e o adotam ou desprezam, na medida em que reforçam ou entram em conflito com os desafios que colhem do movimento estudantil, das organizações de que participam e do papel que pretendem desempenhar no interior dos serviços de saúde.

Um estudante de medicina relata essa preocupação:

“No 1º semestre temos História da Medicina, temos as diretrizes do SUS, e decisões de algumas conferências, e temos Antropologia Médica, duas disciplinas. No 2º semestre, discutimos níveis de atenção, modelos de assistência em saúde (Medicina Comunitária, entre outras). Muita gente vem com esse pensamento de querer atender logo um paciente e não gosta muito de estudar isso, acha chato Saúde da Família. Agora, quando no 3º semestre conhecemos os planos de ação isso muda um pouco” (estudante).

Os conteúdos orientados para a realidade social traduzem as funções que se deseja que o aluno cumpra em relação à vida cotidiana, aos indivíduos, à cultura e à sociedade, contextualizadas numa perspectiva histórica e crítica. A partir dessa linha de argumentação, podemos entender a organização de currículos com base na integralidade como alternativa para ajudar a transformar os processos de trabalho, valorizando a discussão pedagógica e vinculando-a ao contexto da consolidação dos modelos tecnoassistenciais inovadores em saúde. A organização do currículo emerge como uma proposta

contra-hegemônica àquelas orientadas por uma visão maximizadora de recursos e restritiva do ponto de vista da cidadania, da integralidade e da equidade que os serviços de saúde podem produzir (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004).

O processo de construção do currículo no seu dia-a-dia pode ser entendido como uma prática reflexiva, dialógica e articuladora, que assegura a consolidação de núcleos de vontade coletivos, respeitando as características particulares locais e de cada momento da formação. A construção de uma forma viva de educação e avaliação busca garantir bases seguras de construção de temas e propostas pedagógicas, com base nos problemas cotidianos verificados por docentes, estudantes e profissionais de saúde, em contato com as necessidades da população e do sistema de saúde.

O esclarecimento de um professor de Semiologia é significativo:

“Existe um fator muito importante nesta iniciativa, pois, antigamente, quando o aluno chegava na Semiologia este era o seu primeiro grande momento de contato com o paciente. Hoje, a gente recebe alunos que já sabem se dirigir melhor, conhecem melhor os problemas, os problemas da região e as dificuldades que os pacientes têm em se comunicar e falar sobre as doenças. A região tem uma linguagem muito própria para descrever as doenças e os meninos já entendem aquela linguagem, eles já não tem dificuldades para saber que a queixa do paciente ou o que ele realmente tem. O interior do país tem essas particularidades de ter um palavreado muito próprio. Então se os meninos não tivessem esse contato, eles teriam essa dificuldade maior de interagir” (preceptor do do Internato de Clínica e professor de Semiologia).

Esse movimento está de acordo com aquilo que Mattos (2001) sinaliza ao descrever o conceito integralidade, que deve ser percebido de forma ampla e rica. O autor destaca três grandes grupos de sentidos: o primeiro, que estaria relacionado às práticas desenvolvidas pelos profissionais e suas relações com as necessidades dos indivíduos, grupos e população; o segundo estaria ligado aos elementos da organização de serviços e dos processos de trabalho em saúde; e o terceiro, vinculado à capacidade dos governos em responder aos problemas de saúde da população por meio de políticas setoriais. Tais sentidos se apresentam como contribuições significativas para a necessidade de redefinição dos conteúdos a serem utilizados no

cotidiano da formação em saúde e permitem a aproximação de uma nova concepção de reestruturação de modos de produção da saúde, baseada na criatividade e na inovação necessárias em cada contexto, orientadas pela busca constante da integralidade das práticas (PINHEIRO, 2001; PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004; CECCIM, 2003; SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004b).

### **As experiências inovadoras: critérios de seleção de conteúdos**

Em várias experiências de ensino-aprendizagem acompanhadas pelo EnsinaSUS, os conteúdos eram oferecidos aos estudantes na forma de problemas ou vivências, obtidos a partir da observação ou participação na realidade. Em alguns cursos, os estudantes vivenciam atividades dentro da casa de uma família, buscando desenvolver práticas de saúde humanizadas e inseridas no universo das relações históricas, culturais, socioeconômicas e políticas da sociedade.

A criação de espaços curriculares diversificados: de prática, de discussão, de capacitação e de intervenção incorporam as dimensões culturais, históricas, afetivas e psíquicas do ser humano, visado a construir uma prática clínica voltada à integralidade. (FERLA, 2003).

Conhecemos atividades que acontecem em parceria com as prefeituras locais e com as populações, e entre universidades e secretarias municipais ou estaduais de Saúde. Nas experiências inovadoras, trata-se de um elemento facilitador das ações implantadas. Os estudantes participam das estratégias de cuidados à saúde, desenvolvidas pelas secretarias municipais de Saúde (SMS), onde a universidade é parceira no desenvolvimento de pesquisas de intervenção no SUS.

“Mesmo as aulas teóricas, elas são muito voltadas para as práticas. A gente tá vendo uma coisa [...] aí vou e se trabalha muito com as normatizações da secretaria de Saúde e as aplicações daquilo na prática” (coordenação de curso).

“Então se a gente conhece o município, já percebe o que está limitado para aquela pessoa. Se a gente conhece a comunidade e as pessoas daquele município, a gente vai entender mais. Se a gente conhece as casas através dessas visitas, a gente vê o que pode fazer para ajudar, para não exigir muito daquela pessoa [...]. Que às vezes a gente sonha em fazer alguma coisa, mas percebe não ter aplicabilidade. Depois é que a gente vai pegar pontos específicos da saúde física, da saúde bucal, a partir do conhecimento. Então,

acho que para a gente ter o cuidado em saúde, você precisa primeiro conhecer as necessidades e os limites, para depois você planejar especificamente e a partir daí cuidar propriamente” (estudante).

A escolha de atividade no território (áreas de abrangência das unidades básicas de saúde ou de módulos de Saúde da Família) denota uma clara escolha de conteúdos a partir da realidade de saúde, das questões reais das populações onde futuramente trabalharão os profissionais formados.

Em algumas experiências se realizam oficinas de planejamento para atualização da proposta e redefinição dos problemas de saúde prioritários. Nessas oficinas, a participação ativa da população denota uma clara priorização de conteúdos advindos da demanda social. A universidade vai ao território para aprender e não apenas ensinar.

“A minha percepção é que nós não temos um aprofundamento teórico tão grande na disciplina, primeiro porque grande parte dos professores que estão na disciplina são pessoas do serviço, ou que vieram do serviço, que estão mais no fazer, mesmo aqueles que não estavam no serviço ou na Secretaria de Saúde do Estado elas são da área da gestão” (coordenador de curso).

Outra estratégia utilizada é avaliação do curso (ou projeto), ao final de cada semestre, por estudantes, professores, representantes do serviço e da população, para obter dados qualitativos e quantitativos para a programação do semestre seguinte. Ao final de cada ano, apresentam resultados para a população, em forma de seminários, com atividades de promoção da saúde, buscando contribuir na solução de problemas identificados.

Algumas experiências desenvolvem atividades transversais, inserindo os estudantes na realidade social desde os primeiros anos da graduação. Caracterizam-se por seu formato interdisciplinar, envolvendo disciplinas do início ao fim do curso, com a valorização de metodologias de ensino desenvolvidas a partir de núcleos temáticos, com temas transversais trabalhados a partir das idas ao campo.

Esse processo de aproximação, questionamento e sistematização de conhecimentos nas diversas realidades cotidianas da formação profissional, a partir de atividades de aprendizagem e de pesquisa que resultem em benefícios concretos para a saúde da população, apresentaram como tônica, em todas as experiências relatadas ao

EnsinaSUS, a centralidade da construção de sua visão de mundo, pelos estudantes, em que o professor é o facilitador do processo de ensino-aprendizagem, organizando a relação “prática-teoria-prática”.

As áreas temáticas escolhidas como disciplinas obrigatórias ou complementares de um curso denotam a forma como será construída a competência técnico-científica e as opções éticas e políticas de um curso.

“A gente leva para distintas unidades de saúde, para serviços de pronto-atendimento, e leva para uma fábrica, onde procuram manter a questão dos equipamentos de proteção individual (EPI), e leva pra outra que não tem nada de segurança, o pessoal não tem direitos trabalhistas, e pede pra eles descreverem o que essas situações ambíguas interferem nesse processo de saúde e doença. Então você já nota uma percepção diferente nos determinantes da saúde que são cuidados primários de saúde, e também da questão da integralidade, respeitando as outras profissões, e também o indivíduo como um todo” (docente).

Encontramos cursos nos quais se optou pela organização de disciplinas que se sucedem numa proposta de ordenamento crescente, buscando a integralidade e terminalidade do processo de formação dos profissionais, educando para o processo de trabalho e qualificando-os para inserção direta no mundo do trabalho. Percebemos que esses cursos têm, dentre os elementos norteadores de suas propostas político-pedagógicas, a proposição de formar profissionais capazes de intervir na produção de serviços de saúde, objetivando transformar os perfis epidemiológicos, assistindo e intervindo nas dimensões geral, particular e singular. Foi possível identificar, a partir da análise desses projetos político-pedagógicos e das ementas e programas das disciplinas, uma organização curricular em que os conteúdos dos diferentes campos se distribuem nas disciplinas e nos semestres, permitindo compreender o processo saúde-doença-cuidado em suas diferentes dimensões, de forma integrada ao longo do curso e ao final do mesmo.

“É, assim ó, o conteúdo programático é estabelecido a partir de alguns temas que fazem parte do eixo de formação deles. Então, o que é desenvolvido? A ênfase sempre na questão de saúde e doença vai ser baseada nos ciclos de vida que compõem um dos trabalhos que eles têm que fazer, você deve ter observado que alguns trabalhos que são conclusão do relatório das

visitas deles, e tem um outro trabalho que eles fazem na forma de pôster também, que é uma forma da gente concretizar a questão do trabalho de aula, porque alguns pôsteres selecionados vão pra mostra em alguns eventos, né? E isso muda o [...]. Eles podem adicionar ao currículo deles. Então não é um trabalhinho simplesmente por fazer numa sala de aula. Então esta é uma das questões que eu trabalho. Agora, existem temas a serem desenvolvidos dentro [...]. Temas conceituais. O que eu tava te falando era de método. Entende? O método quando eu estou desenvolvendo. Agora, eu tenho temas centrais, eu tenho noções básicas de Epidemiologia, eu tenho vigilância epidemiológica, eu tenho que passar pra eles os conceitos de saúde e doença. Agora, o método que eu vou fazer, parte de alguns princípios onde a gente vai fazer o encontro, a partir das coisas deles. Aí nós vamos pegar a teoria e vamos ler, ler não, conversar a respeito da teoria e vamos juntar com esse material” (docente).

Em algumas experiências foi possível verificar que existe a explicitação, no projeto político-pedagógico, de que os conteúdos discutidos seriam determinados pelas necessidades e demandas da população e dos serviços de saúde, porém não fica claro como cotidianamente ocorre tal seleção. Essa aproximação busca ganhar força com a valorização da integração de conhecimentos que antes eram abordados por diferentes disciplinas e momentos de maneira desconexa. Isso se desenvolve mediante metodologias ativas, nas quais os conhecimentos são construídos a partir da realidade, num movimento ativo dos estudantes. Porém foi interessante observar que, em algumas atividades desenvolvidas pelos estudantes com a população, havia uma postura educativa tradicional e conservadora. Por exemplo, durante a organização de uma atividade educativa com alunos de uma escola pública, os estudantes explicitavam o desejo de manter os alunos quietos e parados, com uma preocupação excessiva com a ordem e a hierarquia, sugerindo utilizar estratégias intimidadoras para obter a atenção das crianças. Talvez ainda seja necessário um processo longo para que os estudantes se percebam como parte de um processo de troca e diálogo e não representem a postura de “superiores”, dos “intelectuais que sabem” etc.

Nos cursos visitados, algumas experiências são denominadas Práticas Interdisciplinares de Interação Ensino, Serviço e Comunidade. Nelas, os alunos desenvolvem práticas de saúde orientadas para as

necessidades da população atendida no território das unidades básicas de saúde e nas microáreas sob responsabilidade das respectivas equipes de Saúde da Família. Nessas práticas os estudantes mantêm contato com diferentes áreas do conhecimento, para a identificação das necessidades de saúde da população. Também se viabiliza um espaço efetivo de integração com outras profissões, proporcionando experiências multiprofissionais e transdisciplinares, pelo convívio com os profissionais do serviço (agentes comunitários de saúde, enfermeiros, auxiliares, técnicos de enfermagem, médicos, entre outros).

Por meio de entrevistas, percebemos uma incipiente aproximação de interlocuções entre as instituições formadoras e os Conselhos de Saúde. Essa aproximação se faz a partir de visitas dos estudantes aos conselhos e na observação da relação do serviço com a população. Destaca-se que os estudantes que participaram das atividades se sentiram fazendo parte de um processo de construção e formação fato que, na nossa avaliação, contribui de maneira decisiva para ampliar uma perspectiva de lateralidade e de atuação junto aos movimentos organizados da sociedade.

Sobre a relação dos conteúdos da Saúde Coletiva com o contexto da consolidação de modos de produção da saúde inovadores, observou-se que em algumas experiências visitadas os alunos devem utilizar os conceitos e instrumentos da Epidemiologia e Saúde Coletiva para conhecer e avaliar o perfil de morbimortalidade de determinada região de abrangência de uma unidade de saúde, ou ainda para avaliar programas de saúde. Nota-se que essas incursões ainda estão marcadas por uma lógica fortemente disciplinar.

Nas experiências analisadas, vimos exemplos de ensino nos quais os conteúdos estão direcionados para formar profissionais de saúde generalistas, capazes de atuar na direção de consolidação do SUS, mediante vivências em cenários múltiplos de aprendizagem. Nesse contexto, foi possível observar atividades desenvolvidas pelos alunos em diversos momentos da organização da rede de cuidados no Programa de Saúde da Família (PSF), centro de referência e espaços hospitalares, quando possibilitam o uso da referência e contra-referência no atendimento dos usuários. E, mais que isso, centram suas perspectivas do cuidado em pessoas reais e suas necessidades, e não apenas na lógica organizacional e nas rotinas do sistema de saúde

local, atuando de maneira importante para construir uma tensão positiva na direção da transformação cotidiana dos processos de trabalho por parte daqueles que já atuam como profissionais da rede do cuidado e têm a possibilidade de conviver como tutores de serviços durante o processo de formação.

A inserção dos conteúdos de Saúde Coletiva tem sido feita de várias formas, como na realização de fóruns de debates, organização de semanas acadêmicas e de jornadas estudantis, proposição de debates e seminários que contem com a presença de usuários, gestores e profissionais que atuam no SUS, elaboração de oficinas de construção coletiva para realizar uma nova proposta curricular que contemple conteúdos diferentes, com a proposta política expressa em seu projeto.

“A gente tem o espaço da clínica que se dá através do atendimento mesmo do paciente. Temos uma agenda teórica, nós eliminamos as aulas teóricas tradicionais, nós achamos que essas aulas eram muito improdutivas, porque temos um conteúdo muito amplo de toda a legislação do SUS [...] e com o aluno que nunca tinha ido pro campo. No lugar das aulas teóricas, nós instituímos grupos de discussão, onde temos dois cadernos-texto, onde elegemos três temas que faremos três grupos de discussão, no final do semestre. É um grupo de discussão de política de saúde, um grupo de discussão de Epidemiologia e outro de controle social. a gente estabelece quais os textos que eles vão estudar para os grupos de discussão, entregamos as questões norteadoras, e aí fazemos os grupos de discussão, onde eles debatem as perguntas norteadoras e estimulam o debate para dar maior ancoragem” (docente).

Os professores apontam a necessidade de introduzir outros conteúdos que sustentem a construção do trabalho articulado entre diferentes áreas de saber e ação, em que o estudante possa tomar como referência seu papel como agente de transformações da gestão dos serviços e da política de saúde. Isso pode ser observado em várias experiências, um processo de inovação em relação à perspectiva tradicional da abordagem e distribuição dos diversos tipos devolutivos de conteúdos, qual seja: o movimento de “devolutória”, ou de resposta às diversas demandas/expectativas dos estudantes, usuários e profissionais de saúde com que estes tiveram contato ao longo do processo de formação, onde os alunos constroem, nos momentos finais da formação (último ano), planos de intervenção de caráter individual ou coletivo.

Esses momentos não se prestam apenas a solidificar conhecimentos, mas à produção de novos, desenvolvendo a capacidade para tomada de decisão, aquisição de autonomia e liderança de suas ações, pois estão em duplas, sozinhos nas visitas domiciliares com ou sem o agente de saúde do PSF e também têm independência nas outras atividades, com a supervisão à distância.

Este momento encontra nas ponderações de Pinheiro *et al.* (2004) elementos que confirmam que é possível qualificar a integralidade como um dispositivo político de crítica de saberes e poderes instituídos e por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde.

Observa-se, ainda, que as experiências visitadas têm como referência a participação ativa e criativa dos alunos durante todo o processo; valorizam-se o espírito crítico e a consciência da transitoriedade de teorias e técnicas, a iniciativa criadora e senso de responsabilidade na busca de soluções para os problemas. Busca-se consolidar um posicionamento ativo frente aos processos decisórios que envolvam interesse da população, principalmente no processo de análise e implantação de um sistema de saúde que garanta a efetivação dos princípios constitucionais afetos à saúde.

“Por exemplo, eu agora, há poucos dias, eu participei de uma experiência que foi o VERSUS. Foi uma experiência com vinte alunos e ficou muito claro assim: eles colocam nas discussões que a formação é predominantemente clínica ainda; dos vinte, você identificava um ou dois que têm uma discussão mais avançada acerca dessas questões sociais. A formação acontece desse jeito; quando você toma uma certa diversidade de disciplinas. Só que só isso não é suficiente, além de você ter que ter essas disciplinas diversas, elas também precisam estar articuladas, que é outra coisa que discutimos aqui. Muitas vezes, você tem uma disciplina de caráter mais epidemiológico e outra mais de caráter clínico. Se as duas não se articularem, acho que também fica complicado. Acho que não é só do aluno a responsabilidade de fazer essa articulação; cada disciplina fazer o seu, e o aluno ter essa capacidade de articular todos os conhecimentos. A questão da formação junto com o tempo, ela faz isso quando tem essa diversidade” (estudante).

Sendo assim, os temas e conteúdos emergem diretamente das exigências de organização do sistema de saúde e das experiências vividas. Destaca-se a inserção de temas relacionados com gênero e saúde, com forte intenção de inovação na formação, temos presentes

a discussão da Economia em Saúde e toda uma abordagem em relação às questões ligadas às políticas públicas de saúde; perfil epidemiológico; humanização; ética; cidadania e cuidado como indicativos do campo teórico que prevaleceu quanto aos critérios adotados na seleção dos conteúdos.

Observa-se o tangenciamento dos conteúdos sobre gênero e ciclos vitais que se aproximam de outros saberes, principalmente os saberes trazidos pela população no momento da produção do cuidado. A incorporação de disciplinas como Filosofia, Sociologia da Educação e Saúde Coletiva, ou a redefinição da forma como foram tradicionalmente pensados os sistemas orgânicos ou especialidades médicas presentes na maioria dos cursos fortemente marcados pela lógica da biomedicina, ao se apoiarem no eixo conceitual do “ciclo vital”, criando “disciplinas integradoras”, emergem entre os conhecimentos ofertados numa seleção de conteúdos capaz de repercutir no conjunto das práticas, com maior valorização da carga horária prática.

### Considerações finais

Como afirma Giroux (1997), os educadores – e o currículo, por extensão – que rejeitam conhecer a cultura popular como uma base de conhecimento significativa geralmente desvalorizam os estudantes, ao rejeitar trabalhar com os conhecimentos que esses possuem. Eliminam, assim, a possibilidade de desenvolver uma pedagogia que ligue o conhecimento escolar com as diversas esferas que contribuem com a vida cotidiana.

A cultura escolar enfatiza o intelectual em detrimento da dimensão, histórica e psíquica dos estudantes. E, dentro do intelectual, enfatiza a recepção e memorização, em detrimento de outras possibilidades intelectuais, como o desenvolvimento da capacidade de análise, crítica e elaboração pessoal. Os estudos sobre atividades dominantes nas salas de aula e o sentido comum de qualquer observador não deixam lugar a dúvidas. Os padrões de exigências das tarefas acadêmicas se restringem a certas possibilidades muito limitadas; inclusive, dentro da estreita gama de atividades praticadas nas salas de aula, as exigências para avaliar o rendimento escolar restringem ainda mais as possibilidades de expressão dos estudantes (SANTOMÉ, 1995).



Após este movimento de mergulho conceitual e analítico, podemos observar que, muito mais que superar modelos explicativos reducionistas, o que torna as experiências contadas amistosas à integralidade na formação são a disposição e o envolvimento dos atores na direção do questionamento e da assumida preocupação com a vinculação dos conteúdos a uma base de sustentação ético-política e cognitiva. Em nossa avaliação, essa base é fundamental nas análises e práticas formativas, onde a reorientação das nossas reflexões na direção do entendimento dos diversos poderes geradores dos objetos, métodos e das práticas utilizados na construção de uma abordagem científica/pedagógica emerge como resultado da luta travada no interior das mesmas, visando à *legitimação*.

Acreditamos que experiências educativas orientadas pela integralidade trazem em si mesmas – embora isso nem sempre seja evidente na suas propostas originais – a possibilidade de um projeto inovador. Nas relações em que as pessoas são vistas como seres autônomos, as mudanças podem acontecer, tanto no nível *macro* (política institucional do SUS), *micro* (regulamentações, diretrizes dos processos de formação) e *molecular* (cotidiano do processo de formação e do cuidado), reconhecendo-se uma influência mútua entre todas.

O cotidiano é compreendido aqui na concepção de Milton Santos, para quem espaços (corredores, salas de aula, cenários de ensino-aprendizagem) e pessoas (professores, estudantes usuários e profissionais) são entendidos como “reunião recíproca de fixos e fluxos, o espaço como conjunto contraditório formado por uma configuração territorial e por relações de produção, relações sociais, e finalmente o que vai presidir a reflexão de hoje, o espaço formado por um sistema de objetos e sistema de ações” (SANTOS, 1997, p. 110). Não obstante, o cotidiano se configura como locus privilegiado de construção da integralidade em saúde, seja na produção de saberes, seja na produção de práticas voltadas para a afirmação da vida (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

É importante destacar esses espaços quando olhamos para os cenários diversificados de ensino-aprendizagem, na medida em que esses espaços-cotidianos os constituem e neles ocorre a interseção entre saberes e práticas entre ensino e serviço. Neles os atores sociais (dos serviços e da escola – professores, estudantes e usuários e pro-

fissionais) convivem e estabelecem uma forma de relação e de compreensão do outro e seu inverso (HENRIQUES, 2005).

Esse reconhecimento pressupõe a busca cotidiana da formação de uma nova cultura pedagógica da instituição de ensino integrada ao projeto e, também, que todos os envolvidos assumam o compromisso ético e político de trabalhar no sentido de pensar um novo ensino, cujo objetivo central seja a compreensão crítica da realidade de saúde, visando à formação do profissional ativo e democrático.

### Referências

- ALMEIDA, A.; PEDROSA, G. S. Exclusão escolar e formação do magistério: notas de pesquisa sobre uma relação não necessária. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 22. Caxambu, outubro 1999, p. 1-14 (Cd-Rom).
- APPLE, M. W. Repensando ideologia e currículo. In: MOREIRA, A. F. B.; SILVA, T. T. (Orgs.). *Currículo, cultura e sociedade*. São Paulo: Cortez, 1994. p. 39-59.
- ARDOÏNO, J. *L'approche multireférentielle (brulie) des situations éducatives et formatives*. 25 ans de Sciences de L'Éducation. Paris: INRP, 1992. p. 103-130.
- BERNSTEIN, B. *A estruturação do discurso pedagógico: classe, códigos e controle*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- BOURDIEU, P. *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática, 1983 (Coleção *Grandes Cientistas Sociais*, n. 39).
- BRITZMAN, D. Sexualidade e cidadania democrática. In: SILVA, L. H. (Org.). *A escola cidadã no contexto da globalização*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 154-171.
- CAMARGO JR., K. R. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003. 195p.
- CANAU, V. *Rumo a uma nova didática*. Petrópolis: Vozes, 1988.
- CARBONELL, J. *A aventura de inovar: a mudança na escola*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- CECCIM, R. B. Residência Integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.
- GIROUX, H. *Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- HAMILTON, D. Sobre as origens dos termos classe e curriculum. *Teoria e Educação*. Porto Alegre, n. 6. p. 33-52, 1992.
- HENRIQUES, R. L. M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 147-159.
- KOIFMAN, L. *A crítica ao modelo biomédico na reformulação curricular do Curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

- KOIFMAN, L. A teoria de currículo e a discussão do currículo médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2/3, p. 37-47, 1998.
- LELIS, I. A. *Do ensino de conteúdos aos saberes do professor: mudança de idioma pedagógico?* Educação & sociedade, São Paulo, ano XXII, n. 74, abril/2001.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 39-64.
- MILLS, C. W. *A imaginação sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- MOREIRA, A. F. B.; SILVA, T. T. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In: \_\_\_\_\_. *Currículo, cultura e sociedade*. São Paulo: Cortez, 2001.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B. *A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade*. Rio de Janeiro, 2004. Mimeo.
- PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. Docência no ensino superior: problematização In: \_\_\_\_\_. *Docência no ensino superior*. v. 1. São Paulo: Cortez, 2002.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda nos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003
- PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JUNIOR, A. G. Integralidade na atenção à saúde da população In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 143-164.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.
- SACRISTÁN, J. G. Currículo e diversidade cultural. In: SILVA, T. T.; MOREIRA, A. F. *Territórios contestados: os currículos e os novos mapas políticos e culturais*. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 82-113.
- SACRISTÁN, J. G. O currículo: os conteúdos do ensino ou uma análise da prática. In: SACRISTÁN, J. G.; GÓMES, A. L. P. *Compreender e transformar o ensino*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- SACRISTÁN, J. G. *O currículo: uma reflexão sobre a prática*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 143-164.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G. S.; TRINO-ROMANO, R. A. *A dimensão cultural dos conteúdos e a formação em saúde: questões teórico-políticas para o desenvolvimento da pesquisa EnsinaSUS*. Niterói: EdUFF, 2004.
- SANTOMÉ, J. T. A. *Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado*. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1996.
- SANTOS, L. L. C. P. Pluralidade de saberes em processos educativos. In: CANDAU, V. M. (Org.). *Didática, currículo e saberes escolares*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 46-59.
- SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo. Hucitec, 1997.
- SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos teoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- VEIGA-NETO, A. Espaço e currículo. In: LOPES, A. C.; MACEDO, E. (Orgs.). *Disciplinas e integração curricular: história e políticas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 201-220.
- WILLIAMS, R. *Marxismo e literatura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- YOUNG, M. (Org.). *Knowledge and control: new directions for the sociology of education*. London: Collier Macmillan, 1971.

# Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação

MARIA DO CARMO DOS SANTOS MACÊDO \*  
REGINA AURORA TRINO ROMANO \*\*  
REGINA LÚCIA MONTEIRO HENRIQUES \*\*\*  
ROSENI PINHEIRO \*\*\*\*

Dentre os grandes desafios postos para a consecução do direito à saúde – bem inerente à cidadania e que sofre influências do campo da economia, das políticas públicas e da organização da sociedade em seu sentido mais amplo (AROUCA, 1986) – estão presentes a formação dos profissionais da saúde e a transformação do ensino e sua interseção com o mundo do trabalho.

Enquanto bandeira de luta da Reforma Sanitária, os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõem um movimento intenso de reordenação dos serviços de saúde, de reorganização da gestão setorial e de fortalecimento do exercício do controle social. Pressupõem, também, a necessidade de profundas transformações das instituições de ensino, de modo a permitir que os trabalhadores estejam plenamente imbuídos dos sentidos e competências políticas, científicas, éticas e humanistas que permitam avançar na produção da saúde. Nessa direção, o relatório da 9ª Conferên-

---

\* Professora assistente na Faculdade de Enfermagem da UERJ e pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: mariado@terra.com.br.

\*\* Professora assistente na Faculdade de Enfermagem da UERJ e pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: jlvieto@uol.com.br.

\*\*\* Professora assistente na Faculdade de Enfermagem da UERJ e pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: rmhenriques@uol.com.br.

\*\*\*\* Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; professora adjunta no Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS-UERJ; coordenadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br.

cia Nacional de Saúde (1993) já recomendava a transformação no desenho dos cursos da área da saúde, em prol da formação de profissionais com uma visão integral, comprometimento social e formação geral capazes de fazer frente à precoce especialização dos profissionais, além da efetiva integração entre instituições de ensino e sistema de saúde.

No interior da Reforma Sanitária, um dos grandes desafios ainda é o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho em saúde marcados por baixa responsabilidade dos gestores e dos trabalhadores na organização de coletivos produtores de saúde, críticos em sua produção e abertos à alteridade com os usuários (CECCIM, 2004). Segundo Merhy (1997, p. 71-72), esses processos de trabalho “têm-se mostrado comprometidos com muitos tipos de interesses, exceto com a saúde dos cidadãos”.

Para fazer frente a esses desafios, faz-se necessário incorporar, aos processos de aprender e ensinar, reflexões críticas e propositivas sobre os processos de trabalho em saúde, bem como sobre as relações, hoje ainda muito verticais, entre os profissionais de saúde e os usuários e a hierarquização entre os saberes profissionais.

Considerar que o direito à saúde deve ser garantido pelo Estado implica considerar que a intervenção do Estado sobre os problemas que afetam a saúde das pessoas tem limites e que, portanto não cabe na produção da saúde, a égide de uma compreensão embasada apenas no conhecimento anatomopatológico que os avanços da ciência produziram e que põem aos indivíduos ações reconhecidas como eficazes pelos profissionais, mesmo sem a aceitação dos indivíduos que a elas serão submetidos.

Os paradigmas adotados pelos cursos da área de saúde em seus projetos político-pedagógicos definem as decisões e escolhas que irão determinar certas configurações curriculares e a formação profissional. Cabe, então, aprofundar as reflexões e o debate entre todos os atores envolvidos com o setor da saúde sobre as transformações entendidas como relevantes.

Ceccim e Feuerwerker (2004b, p. 1.401) colocam que “se não cabe ao setor da saúde o disciplinamento da educação por meio do ensino em instituições educacionais, cabe-lhe contribuir para que a educação se vincule ao mundo do trabalho e às práticas sociais em

saúde”. Lembram que assim orienta nossa Constituição o setor da educação, inclusive para que este cumpra sua finalidade constitucional de desenvolvimento pleno dos educandos, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o mundo do trabalho.

É nesse contexto que a noção de integralidade se apresenta como eixo de compreensão e proposição de uma forma de cuidar e efetuar a gestão setorial e dos serviços, assim como de ensinar em saúde (HENRIQUES; PINHEIRO, 2003; HENRIQUES, 2003 e 2005; OLIVEIRA; KOIFMAN, 2003; PINHEIRO; MATTOS, 2003 e 2004).

A perspectiva da integralidade, como orientadora do ensino em saúde, surge como força de política pública, em 2004, com o lançamento, pelo Ministério da Saúde, do AprenderSUS: o SUS e os Cursos de Graduação da Área de Saúde, uma iniciativa de apoio aos processos de mudança na graduação pela aprendizagem do SUS, do trabalho em equipe e da integralidade. O debate que se coloca sobre a integralidade, nessa política, reafirma a perspectiva de uma abordagem que possa articular, de modo estratégico, saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares, usuário-centradas, identificadas com a Reforma Sanitária e com o conceito ampliado de saúde (BRASIL, 2004).

O conjunto de sentidos da integralidade serve à organização das práticas voltadas para o cotidiano dos serviços, para os processos de trabalho em saúde, para o ordenamento do sistema, para a formulação e avaliação de políticas e, também, para os processos formativos (CECCIM, 2004).

De acordo com Pinheiro (2001), as relações mantidas entre gestores, profissionais e usuários nas instituições que compõem o sistema de saúde não se revestem apenas de significados técnicos; elas se inscrevem numa prática pluridimensional, entre as quais se destaca a dimensão política. A eleição da integralidade como eixo de orientação das práticas formativas revela a dimensão política da formação, no tocante ao perfil profissional desejado como efeito do ensino superior, isto é, não apenas formar bons ou excelentes técnicos, mas trabalhadores para o SUS tocados pelo direito à saúde.

Como essa orientação afetaria o modo como os profissionais de saúde vêm sendo formados? Como afetaria as relações entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino? Acrescentaríamos, à fala de Pinheiro (2001), que na pluridimensionalidade que a prática cotidiana

nos serviços de saúde revela estão ainda os sentidos que lhes vão sendo atribuídos pelos estudantes e docentes que ali desenvolvem suas atividades e que interagem, constroem relações, atribuem e adquirem significados ao cuidado em saúde. Essas são questões bastante centrais para o processo de transformação da formação e pelo qual tanto temos lutado.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004b, p. 1.403), o perfil de formação dos profissionais de saúde, sua capacidade de trabalho em equipe e de oferecer atenção integral, como também as diretrizes constitucionais do SUS, devem ser tomadas como determinantes na formulação de uma transformação da política do SUS para a formação, uma vez que essas são exigências claras “das lutas nacionais por saúde, consolidadas nas Conferências Nacionais de Saúde realizadas no bojo da Reforma Sanitária brasileira, sendo uma exigência do direito à saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 1.403).

Na discussão sobre a formação dos profissionais de saúde, há um movimento em busca de transformações, tanto na organização dos cursos como das práticas pedagógicas em diferentes estágios de formulação, acumulação e implementação, nas diversas carreiras, regiões e contextos onde ocorrem os processos de formação. Esse movimento tem gerado um conjunto diversificado de experiências, em curso ou sob análise.

É na busca da apreensão do potencial desse movimento que se colocou a pesquisa empreendida pela linha de atuação do diretório de pesquisas do CNPq - LAPPIS, sobre a prática da integralidade em saúde e relativa ao ensino da integralidade em saúde na educação superior, denominada EnsinaSUS. Esta ganhou notoriedade ao integrar participação à política do AprenderSUS, a produção do conhecimento, aliada ao movimento de mudanças que se fez como política do SUS para o encontro com a educação superior, tal como pactuado pelas instâncias de controle social em saúde na 12<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde.

Um dos eixos de análise construídos na proposta metodológica da pesquisa diz respeito aos cenários de aprendizagem. Enquanto eixo de análise, os cenários de aprendizagem contribuem para a reflexão sobre o modo como se efetiva a interseção entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho. A definição e os pressupostos de seleção dos

cenários de aprendizagem impactam de modo singular a formação dos profissionais de saúde e seu aprendizado sobre a prática do cuidado, prática de gestão e prática política de exercício da profissão.

Na perspectiva da pesquisa, os cenários de aprendizagem foram investigados tomando por base três dimensões de análise (LAPPIS, 2004). Uma dimensão macroanalítica, na qual foram buscadas as perspectivas éticas, políticas e pedagógicas da definição e inserção nos cenários de aprendizagem. Uma dimensão microanalítica, cujo foco foi posto sobre a definição das práticas pedagógicas e das práticas de cuidado, considerando-as perspectivas de trabalho em equipe e de atividades coletivas de aprendizagem, os vínculos entre formação e processo de trabalho e sua consideração dos problemas do cotidiano dos serviços, em atividades orientadas para os problemas dos usuários e pautadas ou não na continuidade e horizontalidade da atenção. Finalmente, uma dimensão molecular de análise, na qual foram observados o contato e a interseção entre os processos de trabalho e de formação, a construção de momentos pedagógicos que envolvessem a vivência e a reflexão crítica dos atores sobre os problemas de saúde individuais e das coletividades, nos seus variados aspectos, e ainda a valorização de “espaços de alegria” nos cenários de ensino-aprendizagem e cenários do cuidado.

### **Cenários de aprendizagem: inaugurando uma nova gramática**

A opção por investigar os cenários de aprendizagem se justifica por sua importância como locus da formação em saúde, espaço privilegiado para a incorporação, no processo de ensino-aprendizagem, da integralidade em saúde, principalmente no tocante às práticas cuidadoras.

Ao longo da história da formação em saúde no país, sobretudo nos cursos de Enfermagem e de Medicina, os chamados “estágios”, desenvolvidos em “campos de prática”, têm caráter obrigatório nos currículos. No entanto, o ato de levar os alunos aos serviços de saúde não faz com que esses serviços constituam cenários de aprendizagem, diferentemente da noção de cenários de treinamento em habilidades e familiarização com rotinas.

É importante perceber o quanto, no decorrer dos anos, a definição de “campos de prática” tem ou não obedecido a uma análise mais

crítica, que ofereça a possibilidade de redefinição das práticas pedagógicas e do cuidado, referidas à nova organização do sistema de saúde.

Para as profissões da área de saúde, principalmente na formação médica e de enfermagem, o *locus* predominante dos estágios tem sido, tradicionalmente, o hospital universitário (HU), sede da atenção especializada e dos métodos semiológicos e terapêuticos centrados em procedimentos e alta tecnicidade. As experiências de práticas de ensino, quando vivenciadas predominantemente nos HU, podem induzir a uma especialização precoce e acarretar uma visão distorcida da rede de serviços, gerando uma apreensão desfocada da ampla realidade de saúde da população, muitas vezes despertando interesses muito específicos para o tipo de pesquisa que se realiza nos hospitais ou uma assistência centrada nos quadros nosológicos do paradigma biomédico e não da integralidade.

Para uma formação em saúde que tenha nas práticas cuidadoras um elemento estruturante de sua profissionalização, a escolha de cenários onde docentes e estudantes tenham a oportunidade de articular o ensino com a atenção desenvolvida nos serviços de saúde assume papel fundamental. É a partir dessa posição que a pesquisa adotou como nova gramática a noção de cenários de aprendizagem, ou seja, propôs os cenários de aprendizagem como os espaços de interseção entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino, transversalizados pelas demandas sociais por saúde, sob uma égide ético-político-pedagógica da integralidade e do direito à saúde.

Cotejando essa noção com o pensamento de Paulo Freire, cenários de aprendizagem são espaços para conhecer na ação concreta no mundo (FREIRE, 1996), lugares de construção de conhecimento, de vivências e desenvolvimento de atitudes que produzam criticamente formas de atuar em saúde e de se relacionar com os usuários; espaços de reflexão crítica sobre a realidade, de produção de compromisso social, em suas diversas dimensões, com o fortalecimento do SUS.

A noção de cenários de aprendizagem pressupõe a incorporação de novas e diversificadas inserções na rede de cuidados, ampliação da atuação em terreno e redimensionamento das práticas em saúde, constitutivas de novos olhares e de vivências que possam contemplar práticas transversais de atenção à saúde (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2005).

Ao contrário das práticas fechadas no hospital universitário, mundo “recortado” da realidade em ato de viver cotidiano, a noção de cenários de aprendizagem implica espaços abertos, concretos, de incorporação/produção do cuidado em saúde, produzidos por trabalhadores concretos inseridos na sociedade, e todas as oportunidades de aprender sobre pessoas, culturas, serviços, redes, estratégias e políticas. Aprender atuando na rede de serviços de saúde permite que o estudante se aproprie da realidade e exercitar seu potencial criativo de articulação entre saberes e práticas (REZENDE, 1986), aliando o pensar-fazer-sentir.

Ao longo da pesquisa, buscamos encontrar e constatar a existência de novas tendências que contemplassem a noção de cenários de aprendizagem como campos de experimentação e espaços de ampliação de experiências de ensino em direção à multiprofissionalidade e interdisciplinaridade no trabalho em equipe, à apropriação do SUS e à integralidade em práticas cuidadoras (PINHEIRO, 2004; CECCIM, 2004; CECILIO; MERHY, 2003; HENRIQUES, 2005).

### **Pressupostos para identificação e seleção de cenários de aprendizagem**

Atender aos pressupostos estabelecidos nos projetos político-pedagógicos dos cursos da área de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado, requer criteriosa seleção dos cenários, orientada pela configuração que assumem os cursos. É inerente à seleção que a configuração dos cursos seja fundamentada nas diretrizes ético-políticas do sistema de saúde vigente no país, no modo como se organizam os serviços e nos processos de trabalho que confluem no espaço vivo do trabalho em saúde. A seleção de cenários de aprendizagem diz respeito ao modo como o curso pretende desenvolver o conhecimento e as práticas, sem perder de vista os princípios profissionais estabelecidos nas diretrizes curriculares dos cursos, a configuração da mesma em disciplinas, módulos ou áreas e também as estratégias possíveis de articulação entre o mundo do trabalho e do ensino.

Ceccim e Feuerwerker (2004b, p. 2) apresentam essa questão como “problematização do processo de trabalho e de sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações”. Nesse sentido,

os chamados “campos de estágio”, pensados como cenários de aprendizagem, precisam gerar a possibilidade de confronto entre diferentes modos de cuidar e organizar a atenção, não se tratando de buscar cenários ou modelos ideais, mas as melhores oportunidades de problematização da atenção à saúde, em que o estudante tenha a oportunidade de se articular com outros profissionais e exercitar a negociação e interlocução com os outros atores do processo de assistir em saúde (indivíduos e coletividades), implicar-se com espaços do cotidiano como exercício micropolítico do encontro com o outro e detecção das tarefas políticas de gestores, profissionais e usuários, quando há porosidade no diálogo que cria possibilidades e inventa novas formas de fazer e cuidar (SILVA JUNIOR. *et. al.*, 2003 e 2005; HENRIQUES, 2004 e 2005; PINHEIRO, 2004).

A formação em saúde acontece necessariamente com a passagem por cenários concretos de serviço, imergindo nesse cotidiano, o que precisa ser considerado no momento de planejar as ações pedagógicas e proceder à seleção dos cenários de serviço. É nesse espaço de interseção que acontecem as disputas, os conflitos e também a construção de novas possibilidades de cuidar e aprender a cuidar. É importante que as instituições estabeleçam relações que ultrapassem os limites impostos pela lógica utilitária ainda predominante e que, longe de superar os conflitos inerentes a essa relação, os acirram e não contribuem para que o estudante construa um olhar deslocado de uma prática centrada no procedimento e na categoria profissional para outra na qual o usuário possa ocupar o centro de preocupação das ações e do ordenamento dos processos de trabalho e de ensino (HENRIQUES; PINHEIRO, 2003; HENRIQUES, 2004).

### **Novas perspectivas para os cenários de aprendizagem**

Para conferir visibilidade aos dispositivos de materialização do ensino do cuidado nos cenários de aprendizagem, buscamos dar voz ao coletivo das experiências acompanhadas pelo EnsinaSUS, focar o cotidiano e sua potência, seguindo as pistas de práticas de integralidade, detectadas por meio de relatos e observações.

No conjunto das experiências acompanhadas pela pesquisa de campo, foi possível perceber movimentos inovadores de diferentes inserções dos cenários de aprendizagem e de ampliação desses ce-

nários nos cursos de graduação em saúde. Constitutivos de novos olhares e de relações singulares entre processos de trabalho e de ensino, esses movimentos favoreceram a construção de práticas amistosas à integralidade.

Materializa-se a imersão nos serviços de saúde, com percepções diferenciadas de como fazê-lo – na maioria das vezes, convergentes. Essa imersão tem permitido aos docentes e aos estudantes contemplarem as diferentes dimensões da realidade social. O cenário real cria um sentido de pertencimento que pode gerar transformações; entretanto, sempre é preciso indagar qual a potencialidade dos cenários de prática adotados para problematizar as relações intersubjetivas trabalhador-estudante-usuário, nos serviços de saúde.

Em uma das experiências visitadas, a transformação do desenho tecnoassistencial gerou novas possibilidades de atuação dos profissionais naquele serviço, o que influenciou significativamente a percepção dos estudantes sobre seu papel como trabalhadores.

Nessa instituição abriu-se a possibilidade, inclusive, de os estudantes conviverem com outros prestadores de cuidado, portadores e operadores de outros saberes, oriundos da própria cultura, como as doulas, numa casa de parto:

“Os profissionais, eles se identificam com esse novo modelo, principalmente o enfermeiro, porque você tem uma liberdade de expressão profissional, uma liberdade de atuação, uma liberdade de busca de novos horizontes que as outras instituições mais tradicionais de saúde não estão muito interessadas nisso” (gestora de serviço – casa de parto).

Os usuários percebem um diferencial no cuidado recebido na instituição:

“Achei que o pessoal atendeu direito, foi paciente, as enfermeiras foram muito pacientes também, todos muito legais, diferente lá de onde eu vim, da minha cidade, onde me trataram com preconceito, até por eu ser preta e pobre” (usuária – casa de parto).

Nesse contexto estão em construção – a partir das interações cotidianas com o processo do viver humano – novas atitudes e valores, por parte dos estudantes, constitutivas de novas práticas de cuidado. Esses novos valores e atitudes/novas práticas de cuidado estão representados no discurso de um dos docentes entrevistados, evidência de outro tipo de cenário de aprendizagem:

“No hospital nós temos um trabalho muito bom com relação à saúde da criança [...] buscamos esse lado lúdico da criança que não é muito visto dentro do hospital [...] trabalhamos a questão educativa e esse lado lúdico da criança, fazemos assim: hoje é o dia da brincadeira [...], nós colocamos tudo no corredor e trazemos as crianças, nos vestimos de palhaço. É um dia de recreação mesmo, de pintura, de peças infantis [...] você vê a criança como um todo [...] uma criança que tem necessidades, de onde ela vem, porque ela está ali, qual é a inserção dela na nossa sociedade [...] as pessoas percebem como é diferente quando nós estamos lá” (docente).

Alguns movimentos de transformação detectados se pautam na construção de novas relações entre o estudante e o usuário, permitindo, assim, a constituir um novo olhar, posto que contemplam o usuário e sua história de vida. Talvez, então, seja um passo na direção da integralidade, uma vez que ela “talvez só se realize quando procurarmos estabelecer uma relação sujeito-sujeito” (MATOS, 2001, p. 62).

Os estudantes nos mostraram sua ampliação do olhar:

“O nosso sonho, quando entrei para a faculdade, era o do internato rural [...] quando a gente está na faculdade, os pacientes são marcados pra gente. Então eles chegam lá, a gente examina, discute com o professor e acabou. Estando aqui, morando aqui, a gente vê, conhece as pessoas, e é a partir daí que pode ver o que fazer ou não. Porque quando discutimos na faculdade, quando o paciente ia lá, a gente via só assim: ele tem cárie, vai ter que extrair. Aqui a gente vê, por exemplo, ele tem cárie porque a mãe não tem condições de tratar, o pai está desempregado. Então você vê onde tem de atuar” (estudante – participante do internato rural).

Constatamos que, à medida que os cursos acompanhados foram promovendo transformações em seus projetos educativos, pautados nos interesses da sociedade e na sua relevância social, objetivando mudar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho em saúde, produziram deslocamentos importantes na seleção dos cenários da aprendizagem. Dentre eles, observou-se que houve um movimento de saída dos hospitais universitários, segundo a percepção de que o campo de atuação profissional vem-se ampliando, demandando experiência de atuação e compreensão do trabalho na rede diversificada do sistema de saúde como um todo. Uma busca de superação, pois a formação vinha de uma tradição restrita à prática no HU, conforme mencionado em várias experiências acompanhadas e retratado na fala de um docente:

“A questão da ampliação dos campos de estágio avançou muito dentro das instâncias organizadas de serviço de atendimento à população, na educação e saúde. O que motivou esse movimento foi a reflexão de sair do intramuros, sair do hospital universitário, porque o HU não refletia a lógica do serviço que estava mudando, que estava ampliando, que estava se reestruturando” (docente – curso de enfermagem).

Outro deslocamento relevante, possibilitador da instituição de novas práticas pedagógicas em cenários de aprendizagem ampliados e diversificados, tem resultado da articulação do ensino com a extensão universitária. Essa articulação é potencialmente geradora de outras configurações de estágios, a partir de políticas integradoras no interior das universidades e em seu movimento em direção à sociedade.

Projetos de extensão têm-se constituído efetivamente em cenários de aprendizagem de áreas curriculares, dada sua potencialidade de interlocução com as populações e de configuração de espaços para práticas interdisciplinares. A extensão universitária também propicia um outro tipo de aprendizagem, voltado para a cidadania, ampliando a atuação da universidade e dos cursos da saúde para os municípios e seus sistemas locais de saúde, e representando uma estratégia a ser utilizada para essa experimentação, pois permite que a universidade olhe para as transformações que ocorrem no cotidiano. Além disso, a transversalidade entre cursos, presente na maior parte dos projetos de extensão universitária, facilita a apreensão dos novos atributos do conceito de saúde. Para Castro (2004, p. 14), novas experiências já estão presentes nas universidades, “cabe orientá-las e transformá-las no próprio processo de construção de uma outra prática onde as relações sejam mais abertas, de cooperação com vários setores da população e de grupos mais ampliados dentro da própria universidade”.

Nesse território é reconhecida a importância de organizações curriculares flexíveis, que estimulam o estudante a participar de projetos intra e extramuros da universidade. Essa é também uma tendência detectada em boa parte dos cursos, que vêm adotando estratégias variadas – como programas de extensão, de monitorias e de iniciação científica e aproveitamento de estágios extracurriculares e participação em eventos relevantes para a saúde, dentre outros. Alguns cursos fazem o aproveitamento de até 210 horas dessas atividades para a composição do histórico escolar; outros o fazem com a previsão de



“horário livre”, estabelecido curricularmente. As duas estratégias compõem o currículo do aluno sob a denominação de “Atividades Complementares de Ensino”:

“A gente fala que é extracurricular, mas acaba sendo curricular, porque o aluno tanto da Medicina quanto da Enfermagem tem que desenvolver um percentual de atividades complementares de ensino. Essa participação pode ser desenvolvida em projetos de extensão, de ensino e de pesquisa, fazer um estágio livre em um serviço e apresentar a comprovação. Isso é validado dentro do histórico escolar do estudante” (docente).

A existência desses novos cenários internos e externos oferece a perspectiva da atuação, multiprofissional e interdisciplinar, e o trânsito do estudante por múltiplas expressões do conhecimento e diferentes possibilidades da atuação profissional. Os diversos cenários incorporados aos cursos permitem desenvolver ações intersetoriais, oferecendo aos estudantes a oportunidade de exercitar a negociação com outras instâncias e conhecer outros espaços que não apenas as instituições de saúde, como ONG, escolas, conselhos de saúde, praças públicas, organizações comunitárias, outras secretarias municipais que não da Saúde, entre outros.

Algumas experiências têm inovado com práticas intercursos, favorecendo o diálogo multiprofissional e interdisciplinar e promovendo atividades coletivas de aprendizagem. Isto traz a possibilidade de construir outra compreensão do processo saúde-doença, integrando saberes e práticas dos estudantes e docentes de cursos distintos.

A interdisciplinaridade tem-se materializado também no interior de um mesmo curso, com a composição da equipe de professores oriundos de diferentes áreas de saber, sempre sem perder de vista a integração com estudantes de outras áreas: “Buscou-se privilegiar que os professores não fossem só médicos, para que o aluno percebesse outras áreas [...], trocassem com eles” (dirigente de ensino). A interdisciplinaridade é uma das categorias polifônicas que vai desde a “integração entre as disciplinas” (JAPIASSU, 1995, p. 61) até “novas formas de convívio disciplinar” (VEIGA NETO, 1995, p. 340).

Na perspectiva do campo da saúde, Minayo (1991, p. 70) defende que a interdisciplinaridade constitui uma necessidade. Para a autora, “nós profissionais da área, que temos como objeto concreto de trabalho a saúde e a doença no seu âmbito social, deparamo-nos com

uma questão epistemológica crucial”. Destaca, ainda, que “nenhuma disciplina por si só dá conta do objeto a que perseguimos, porque ele envolve ao mesmo tempo as relações sociais e o social propriamente dito”. A autora explica que encontramos “as expressões emocionais, assim como o biológico, que traduz através da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais de indivíduos e grupos” (MINAYO, 1991, p. 70).

A interdisciplinaridade no ensino em saúde implica estreito diálogo em torno de problemas oriundos da realidade de saúde, em que os saberes disciplinares auxiliam na compreensão complexa da realidade, estabelecendo entre si conexões e mediações. Essa concepção se contrapõe à empírico-racionalista, segundo a qual o conhecimento se realiza mediante um método de análise e soma, cujo postulado é constituído pela representação atomística da realidade (ROMANO, 1999).

A tendência desse outro olhar na formação, que se dá no interior dos cenários externos de aprendizagem, está presente nos diferentes cursos pesquisados:

“São vários atores com olhares de áreas de conhecimento diferentes, vendo uma mesma situação, tentando fazer uma leitura e interpretação, buscando dar respostas [...] num mesmo espaço e tempo. Na verdade, essa atenção à saúde é o caminho da busca da integralidade” (docente – projeto intercursos).

Isso representa uma superação das práticas tradicionalmente adotadas na formação em saúde que isolam estudantes e docentes dos diversos cursos da área, acabando por estabelecer fronteiras muito demarcadas entre os processos de formação, dificultando processos de trabalho mais solidários. Essa busca de superação da visão fragmentada de homem e de saúde, articuladora de campos de conhecimento diversos, vem acompanhada de significativa inserção e interlocução com a rede básica de serviços de saúde e/ou com as populações locais, materializando-se em várias experiências, novas relações dos estudantes com os serviços.

É possível perceber que a ampliação de conteúdos dedicados à atenção básica à saúde e a busca de solução dos problemas locais de saúde prevalentes significaram a introdução de novos cenários de aprendizagem e a ampliação da compreensão da constituição da rede de cuidados. Alguns cursos já acumulam esses movimentos, o que, de certa forma, tem mobilizado outros cursos na mesma universidade e

permitido construir práticas pedagógicas e de cuidado conjuntas entre cursos de diferentes profissões. O discurso abaixo demonstra essa potencialidade:

“Escolhi estagiar nesse bairro justamente pelo contato com as outras áreas [...] em uma atuação bastante ampla, onde a Enfermagem já atuava há mais tempo, e com a inclusão mais recente da Medicina. Tem sido para mim uma experiência riquíssima [...] é que se pode falar do todo guardando as especificidades [...]. Essa abertura para o outro na especificidade dele está guardando essa coisa da integralidade... integrar no trabalho” (estudante).

Merhy (2000, p. 71-72) já alertava que a saúde “é um território de práticas em permanente estruturação, onde é possível experimentar uma infinidade de fazeres, não existindo apenas um formato único possível”. O autor afirma que, por representar um território tenso e aberto de saúde, “sempre podem emergir novos processos instituintes que podem ser a chave para a permanente reforma do próprio campo de práticas” (MERHY, 2000, p. 72) e isso constituiria em si novos desafios constantes para qualquer paradigma a ser adotado.

Também constatamos maior enraizamento dos cursos nas unidades básicas de saúde, com propostas que têm possibilitado maior compromisso do ensino com o trabalho, um deslocamento da assistência às doenças para projetos de desenvolvimento da atenção à saúde dos grupos sociais locais, introduzindo a família e as populações como foco de organização de estratégias de cuidado e proteção à saúde:

“Como eles trabalham por ciclo vital e em todos os níveis de organização profissional, então eu tenho que trabalhar com a criança desde a prevenção, e a promoção da saúde, até a reabilitação quando o problema existe. Então, nós tínhamos que ter uma diversidade de cenários em cada um dos ciclos vitais que pudesse dar conta disso e ainda fizesse a referência e contra-referência dos diferentes serviços. A gente foi primeiro em busca daqueles campos que já existem, que já têm uma formalização institucional, que servem de campo de estágio pra outros cursos, pra ver se eles davam conta das necessidades do curso de Fisioterapia. Então a gente teve uma proximidade muito grande com a Enfermagem, porque ela também trabalha com esta lógica, de diferentes âmbitos de atuação profissional, tem uma diversidade muito grande de cenários de aprendizagem, muito grande. E aí a gente viu a importância da adesão desses cenários em relação ao curso de Fisioterapia” (dirigente do ensino).

Diante dos avanços constatados, as relações teoria-prática também são testadas ao limite. A apreensão do conhecimento se fundamenta em sua capacidade de conversão em intervenções no campo profissional. Conhecimento e cotidiano se articulam para confirmar que a realidade confere com as teorias ensinadas, como exemplificado na fala de um estudante:

“A gente tem oportunidade de ter a teoria, você vai, vê a teoria e depois você vai para a prática. Quando chega na prática, você consegue fazer aquele *link*, associação entre teoria e prática. Então, isso enriquece muito a gente [...] aquela coisa de buscar mais. Buscar mais porque você confirma realmente. Você fala assim: ‘pôxa, a teoria diz isso, chega lá na prática, mas é isso mesmo’” (estudante).

Ao contrário do conceito de dialética da práxis, o cotidiano tem posto presente uma concepção de teoria e prática onde estas funcionam como recursos livres, de forma sinérgica, embora em alguns programas visitados ainda subsista a noção de que primeiro o aprendiz domina a teoria, para depois entender a prática e a realidade. Para Cunha (1998, p. 28), essa noção “tem definido a prática como comprovação da teoria e não como sua fonte desafiadora”. Entretanto, a noção de cenários abertos à aprendizagem tem desafiado as concepções teóricas dos professores sobre o próprio ensino.

Cabe então refletir sobre qual concepção está presente nos cursos, norteando a inserção nos cenários de aprendizagem. Observamos que os cenários são selecionados para “convocar” teorias a aprender e não são mais o lugar da sua aplicação, mas de sua reinvenção, a ser documentada em portfólios da aprendizagem.

Outras mudanças percebidas dizem respeito à relação estabelecida com os trabalhadores dos serviços de saúde onde os estágios se desenvolvem, que deixam de desempenhar um papel de supervisores que cumprem o que foi estabelecido pelo curso para ter papel participativo no planejamento e na avaliação das atividades e dos estudantes.

Embora os cursos em geral reconheçam ser preciso transformar essas relações com os serviços, de modo que os trabalhadores assumam papel mais ativo nas práticas pedagógicas, esse é um caminho apenas iniciado. São poucos os cursos onde o preceptor participa diferentemente desde o planejamento até a avaliação. Em algumas

experiências, mais raras ainda, o preceptor está presente também em sala de aula, permitindo, desse modo, a articulação cotidiana do trabalho e do ensino:

“Tem o professor supervisor de estágio, o professor de sala de aula. Só que em alguns locais, o que acontece: tem essa divisão, automaticamente o professor que é supervisor, ele se acha melhor do que os outros. Então, o nosso preceptor, ele vai partir do princípio de que isso não deve ser instalado. Dessa forma, ele vai fazer a supervisão, mas ele também vai estar em sala de aula [...] Daí a gente consegue realmente garantir a comunicação entre as disciplinas e entre as diferentes instâncias de aprendizagem. E para isso a gente tem agora um grande espaço, que é o da clínica em fisioterapia” (docente).

Fato marcante é a constância com que a supervisão dos estudantes é feita apenas pelo preceptor, sendo a presença do docente mais espaçada. Esse fato acaba por trazer novos conflitos a essa relação, seja pelo desejo do preceptor de receber uma remuneração diferenciada, já que assume novas responsabilidades no seu processo de trabalho, seja pela desarticulação entre aquilo que emerge da realidade na qual o estudante está inserido e o que o docente tem trabalhado em sala de aula. Afinal, torna-se necessário construir estratégias que permitam ao docente, que não está presente em determinados cenários, refletir pedagogicamente sobre a prática junto com o estudante em formação, sem perder de vista a contribuição ética para a produção de um cuidado mais qualificado e mais bem gerenciado para os usuários. A noção de uma preceptoría forte – isto é, requisitada e reconhecida – é indiscutível nos cenários de práticas cuidadoras.

A imersão do estudante no cotidiano da atenção à saúde traz-nos recursos riquíssimos para o aprendizado do cuidado e da organização dos processos de trabalho e de gestão. As experiências vivenciadas e observadas nos serviços, durante as aulas práticas e estágios, como momentos pedagógicos, podem ser aproveitadas para refletir sobre as práticas do cuidado produzidas e suas repercussões, “inclusive sobre a maneira como concebemos o cuidado e se essa concepção se afasta ou aproxima das manifestações presenciadas naquele espaço” (HENRIQUES, 2005, p. 149). O contato sensível com os serviços é produtor de sentidos para a maneira como a assistência se organiza e se desenvolve.

A inserção dos estudantes acaba por recolocar questões que já haviam sido acomodadas pela equipe em seus processos de trabalho e mexem com as estruturas de poder já estabelecidas, como podemos perceber na fala de muitos estudantes:

“Porque nós apertamos muito ele e acho que ele apertava a turma da equipe dele, acho que foi sutilmente convidado a sair do lugar [...] porque ele começou a querer ocupar o espaço dele, que a gente via, como estagiária, que estava sendo desmerecido e ficava cutucando ele” (estudante).

A própria organização do serviço é questionada e confrontada, gerando novas formas de intervenção. Nesse sentido, poderíamos pensar de que modo a presença do estudante em determinados cenários contribui para a introdução de mudanças substantivas naquela realidade, inclusive no respeito pela autonomia dos usuários. São poucas as experiências nas quais os serviços desempenham papel destacado na compreensão da articulação entre a assistência que desenvolvem e a formação de profissionais que possam cuidar com integralidade. Citamos a fala de um gestor de serviço onde essa percepção é clara:

“O foco é o usuário na instituição e o outro, é que desde seu início o hospital está enfiado na questão da formação até a raiz do cabelo. Porque se você for ver as atribuições da fundação, acho que 70% estão relacionados à formação” (gestora de serviço).

A inserção crítica do aluno nos cenários de aprendizagem pode representar formas de exercer ou potencializar expressões do controle social, como participação nos conselhos de saúde e interlocução direta com os usuários, dentre outras.

Alguns cenários de aprendizagem poderiam ser espaços nos quais os estudantes desenvolveriam a capacidade de reconhecer e construir sua prática na perspectiva do exercício do controle social, compreendendo suas dimensões para além da mera fiscalização. Alguns cursos, principalmente aqueles que introduziram cenários de atenção básica à saúde e de saúde da família, incluíram a participação dos estudantes nas reuniões do Conselho de Saúde ou a apresentação de propostas de atuação para o conselho. Outros cursos oferecem ao estudante a possibilidade de interação em espaços onde o controle social faz parte do cotidiano dos serviços e é percebido pelos profissionais daquele cenário como fator relevante na garantia da qualidade da

assistência e do cuidado em saúde e que transforma aquele episódio da vida das pessoas em algo positivo e enriquecedor, quando os mesmos se sentem acolhidos em sua singularidade:

“Eu cheguei a uma paciente com 17 anos que estava internada e em trabalho de parto, então ela entrou com a mãe e aí, do lado de fora, tava o pai do neném, o pai e o irmão dela e uns perdidos. Eu peguei todos juntos para que pudéssemos estar assistindo ao mesmo tempo. Todos têm uma ansiedade, uns querem estar perto ou desculpam-se que a bolsa está no carro [...] agora não está tudo esfarelado, você percebe como é diferente, a gente não está acostumado a isso, a mãe dela ficou assustada porque mesmo depois que chamei para a casa de parto, achou que o marido não podia” (trabalhador - casa de parto).

Esse ainda parece ser um movimento em construção no que diz respeito ao trabalho a ser desenvolvido pelo estudante, que o ajude a compreender a participação da população nos processos decisórios sobre as questões de saúde da sua região. Assim, o estudante ainda tem dificuldade de perceber seu papel como profissional e de responsabilidade compartilhada numa construção efetivamente coletiva.

Um aspecto que produz efeitos visíveis na formação se refere ao modo como os cursos definem o itinerário de formação. Por um lado, garante-se a inserção do estudante em cenários do serviço desde os primeiros momentos do curso, permitindo articular ensino, serviço e usuários/população, no qual a construção do conhecimento se dá a partir da ação concreta no mundo. Por outro, é importante revisitar os cenários em momentos diversos do curso, construindo com o estudante um percurso em sua formação no qual possa interagir com os serviços, provido de novos olhares e com outro grau de apropriação do conhecimento (práticas e saberes) que foi sendo elaborado.

Nas experiências visitadas, a referência à inserção dos estudantes nas populações, estabelecendo uma relação mais próxima e compreensiva acerca de seus modos de viver, ajudou a qualificar a escuta e o acolhimento que os mesmos são capazes de produzir em sua ação cotidiana e favoreceu a constituição de laços de afeto e interseção:

“Com aquela disciplina que vai pra comunidade, aí eles trazem muito isso [os saberes populares], porque eles acompanham os agentes, aí eles se deparam com usuários que falam dessas outras alternativas, se deparam com usuários que praticam essas alternativas. E aí, eles trazem pra discussão. Mas

é uma discussão a partir de uma realidade que eles vivenciam e não como uma política de curso de estar identificando essa realidade pra trazer pra sala de aula” (gestora do ensino).

Também na articulação da extensão com o ensino de graduação e na organização dos estágios na forma de internato, para além dos muros do hospital universitário, principalmente nas estratégias de internato rural, nota-se uma persistente e orgânica intenção de ouvir, de formar um profissional de saúde que seja capaz de saber ouvir o usuário para dar respostas às demandas das populações e indivíduos. Esse movimento converge para o que Mattos (2001) destaca como um dos grupos de sentido da integralidade. Deslocam-se os modos de olhar a população e os saberes dos usuários:

“Acho que o usuário tem papel fundamental, porque nós, como profissionais, estudamos aquilo, sabe-se o que fazer. Só que quando a gente planeja algo e está aplicando ali, se não tem participação do usuário, não tem como a gente aplicar, porque às vezes uma pessoa está com os dentes todos estragados, mas pra ela aquilo não tem muita importância. Aquela pessoa está totalmente doente, mas pra ela está tudo bem, não está doendo. Às vezes, a pessoa pode avaliar que doença é quando dói, doença para outros é quando está feio. A participação do usuário é de extrema importância para ele mesmo [...] perceber se para ele aquilo ali é importante ou não, pra ele seguir as nossas informações, porque saúde bucal, especificamente, não é você chegar lá e restaurar o dente e ponto. A pessoa terá que cuidar da alimentação, da escovação” (estudante).

## Conclusão

Percebeu-se a necessidade de ter um olhar mais elaborado para a questão da interseção entre trabalho em saúde e educação da saúde, espaço onde os conflitos (como dispositivos de poder na construção de modelos e na relação docente-profissional) presentes nessa interação são devidos, em parte, aos objetivos e intenções que movem os dois processos. O movimento histórico tem sido de aproximação entre as duas instâncias, ensino e serviço, em que pesem todos os conflitos que emergem dessa aproximação. No entanto, já se percebe uma forte dimensão à aproximação ensino-gestão setorial e ensino-participação social. A novidade não está mais na díade simples ensino-serviço, mas ensino-trabalho, na qual se fazem presentes a atenção, a gestão e a participação.

O trabalho em saúde, como parte integrante do setor de serviços, é um trabalho reflexivo no qual as decisões a serem tomadas implicam articulação de vários saberes oriundos de diferentes instâncias (conhecimento científico, conhecimento técnico e saberes tácitos), mediados pela dimensão ético-política (OFFE, 1991). De acordo com Deluiz (2001, p. 8), tal como ele hoje ocorre, “caracteriza-se pelas incertezas decorrentes da indeterminação das demandas, pelas discontinuidades e pela necessidade de prontidão no atendimento [...] também pela complexidade, heterogeneidade e pela fragmentação”. A ele não cabe se adequar à lógica rígida da racionalidade da produção material, embora a organização do trabalho em saúde ainda esteja impregnada de um forte componente gerencial taylorista/fordista, desafio permanente para a consecução do ideário da Reforma Sanitária, que aponta para a multi-setorialidade, a interdisciplinaridade ou a transversalização de múltiplos saberes e práticas, a humanização do cuidado na perspectiva usuário-centrada e na integralidade como eixo orientador da saúde.

É um enorme desafio pensar e colocar em ação processos pedagógicos impregnados pela complexidade dos processos de trabalho em saúde, capazes de traduzir em acontecimentos presentes o enfrentamento real do estudante com a materialidade concreta do trabalho. Esses desafios passam pela escolha dos cenários de aprendizagem, por estratégias inovadoras de relação e inserção nesses cenários, considerando a realidade do mundo profissional, das políticas públicas de saúde e das ações corporativas das profissões (CECCIM, 2004).

#### Referências

- AROUCA, A. S. *Democracia é saúde*. IN: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília, 1986. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1987, p. 35-42.
- BARROS, R. B.; PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. Rio de Janeiro, s/d, p. 16-19. Mimeo.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 9. *Anais...* Brasília, 1993.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *AprenderSUS: o SUS e as mudanças na graduação*. Brasília: MS, 2004.
- CASTRO, L. M. C. *A universidade, a extensão universitária e a produção de conhecimentos emancipadora*. ainda existem utopias realistas. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro v.14, n.1, p. 41-65, 2004a.
- \_\_\_\_\_. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, set-out, 2004b.
- CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004. p. 259-278.
- CECILIO, L. C.; MERHY, E. A integralidade do cuidado como eixo hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 197-210.
- CUNHA, M. I. Aportes teóricos e reflexões da prática: A emergente reconfiguração dos currículos universitários. In: MASSETO, M. (Org.). *Docência na universidade*. São Paulo: Papirus, 1998.
- DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. *Rev. Formação*, v. 1, n. 2, 2001.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- HENRIQUES, R. L. M.; PINHEIRO, R. Integralidade na produção de serviços de saúde e as políticas de educação”. *Informativo ABEn*, s/p, 2003.
- HENRIQUES, R. L. M. Intersetorialidade: compartilhamento do poder para criação e produção de bens e serviços. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 55. Rio de Janeiro, 2003. *Anais...* CR-ROM, 2003.
- \_\_\_\_\_. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 147-159.
- JAPIASSU, H. A questão da interdisciplinaridade. In: HERON, S. A. (Org.). *Paixão de aprender II*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- LAPPIS. *Proposta teórico-metodológica do EnsinaSUS*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2004.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2001. p. 39-64.
- MERHY, E. E. *Reflexões sobre as tecnologias não-materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo*. Tese (Concurso para Livre-docência) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.
- MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Revista Medicina*, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 70-77, abr/jun., 1991.
- OFFE, C. *Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

- OLIVEIRA G. S.; KOIFMAN L.; MARINS, J. J. N. A busca da integralidade nas práticas de saúde e a diversificação dos cenários de aprendizagem: o direcionamento do curso de medicina da UFF. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 307-319.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda nos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 65-112.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.
- RAMOS, N. M. Qualificação, competência e certificação: visão educacional. *Rev. Formação*, Brasília, v. 1, n. 2, 2001.
- REZENDE, A. L. *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez, 1986.
- ROMANO, R. A. T.; HENRIQUES, R. L. M. Construção do projeto pedagógico: a experiência da Faculdade de Enfermagem da UERJ. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, v. 57, n. 6, nov.-dez. 2004.
- \_\_\_\_\_. *Manifestações da integralidade na formação de enfermeiros: os cenários de aprendizagem como espaço concreto da interlocução entre o ensino e o trabalho*. IN: SENADEn, 9. *Anais...* Natal, 2005.
- ROMANO, R. A. T. Da reforma curricular à construção de uma nova práxis pedagógica: a experiência da construção coletiva de um currículo integrado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 8; n. 2, p. 78-83, jul-dez, 2000.
- SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. IN: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE MEDICINA SOCIAL, 7. Buenos Aires, *Anais...*, 1997.
- SILVA JUNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 113-128.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 21-36.
- VEIGA NETO, A. Currículo e interdisciplinaridade. In: MOREIRA, A. F. (Org.). *Currículo: questões atuais*. Campinas: Papirus, 1995. p. 340.

## Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem

ANA LUCIA DE MOURA PONTES \*  
ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR \*\*  
ROSENI PINHEIRO \*\*\*

O ensino das profissões de saúde, a partir do início do século XX, foi fortemente influenciado pela proposta de reforma das escolas médicas americanas e canadenses entabuladas por Abraham Flexner. Naquele momento, diante de diferentes implementações da formação médica e com o apoio da Associação Médica Americana, Flexner propôs erigir a escola médica fundamentada na racionalidade técnico-científica acumulada pela Biologia (REGO, 2003). Essa racionalidade elegeu o indivíduo como objeto de sua investigação e se apoiou em arranjos tecnológicos e equipamentos que pudessem perscrutar a fisiologia humana em seus aspectos organo-funcionais (REGO, 2003; SILVA JUNIOR., 1998; CAMARGO JR., 2003; CECCIM, 2001).

O hospital, ressignificado como lugar de concentração de especialistas e tecnologias, foi vislumbrado como campo fundamental do

\* Médica; mestre em Saúde Pública; residente em Medicina Preventiva e Social no Departamento de Planejamento em Saúde do ISC-UFF; membro do LUPA-Saúde. Endereço eletrônico: analu64@yahoo.com.br.

\*\* Médico sanitário; doutor em Saúde Pública; professor no ISC-UFF; coordenador do GEGES-PROPP/UFF(CNPq); pesquisador associado do LAPPIS. Endereço eletrônico: agsilvaj@uninet.com.br.

\*\*\* Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; professora adjunta no Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS-UERJ; coordenadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: rosenisaude@uol.com.br.

aprendizado da prática médica (FOUCAULT, 1986). Essas diretrizes privilegiaram os conhecimentos biomédicos (LUZ, 1988) sobre os seres humanos, idealizando uma “normalidade” verificável matematicamente. Buscava-se a objetivação de lesões e doenças que pudessem sofrer intervenções com base na tecnologia acumulada.

O avanço desse conhecimento deslocou em importância os conhecimentos de base humanista, obscurecendo aspectos sociais e psicológicos do adoecer humano. O desenvolvimento técnico-científico contou também com o interesse das indústrias farmacêuticas e de equipamentos biomédicos, que passaram a financiar seus rumos.

Esse modelo de formação influenciou também a reforma do ensino das profissões de saúde no Brasil a partir da década de 1940. Na maioria dos cursos de graduação em saúde, observam-se essas características gerais: durante os primeiros anos são ministradas as disciplinas básicas, como Anatomia, Fisiologia, Histologia, Patologia, Genética, Parasitologia, entre outras; o modelo pedagógico privilegia a memorização e a repetição dos conteúdos, sem correlação com a futura prática; durante o ciclo profissional, as disciplinas seguem a lógica das especialidades, sendo seu campo de prática o hospital universitário (ou de ensino). Observa-se frequentemente que existe um grande número de disciplinas e pouca articulação entre as mesmas. A carga horária é dividida segundo disputas de poder e não por um perfil profissional desejado. Em geral, ao longo do curso existe uma separação entre teoria e prática, sendo esta reservada para os últimos anos.

Ademais, até a criação dos hospitais universitários, o ensino na área da saúde ocorria nas instituições assistenciais oferecidas aos pobres, segundo uma lógica que se beneficiava da vulnerabilidade desses usuários para utilizá-los como objeto de estudo e ensino. A desigualdade de poderes entre profissionais de saúde, principalmente em favor do médico, e do conjunto dos profissionais em relação aos pacientes, ainda é uma marca dos serviços que oferecem espaços de ensino, e nos serviços públicos em geral.

A lógica do conhecimento e do ensino admitia e promovia as dicotomias prevenção/cura, individual/coletivo, clínica/saúde coletiva e farto uso de recursos tecnológicos. Na década de 1920, Dawson, na Inglaterra, em estudo semelhante ao de Flexner, aponta essas dicotomias

e o uso irracional das tecnologias como fatores dificultadores da oferta de serviços pelo Estado à população (SILVA JUNIOR., 1998).

Em 1952, a Conferência sobre o Ensino da Medicina Preventiva, no Canadá, apontou também esses problemas, destacando a existência da “separação entre ações preventivas e curativas e a ausência de uma visão integral das práticas de saúde” (REZENDE, 1986, p. 122).

A medicina preventiva foi incorporada à matriz flexneriana de forma complementar, sem, contudo, modificá-la substancialmente. Em 1978, a Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma-Ata, propôs um novo paradigma para a atenção à saúde, com enfoque em métodos e tecnologias práticas para atuação junto aos indivíduos, às famílias e à população, com a participação popular local.

Enquanto isso, no Brasil, a partir da segunda metade do anos 1970, inicia-se um processo de discussão para reestruturar o sistema de saúde e constituir uma rede única de acesso ao conjunto da população e resolutiva diante da assistência de saúde para todos, como um dever do Estado, o que culminou com a promulgação, na Constituição de 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de discussão, amadurecido por uma década, foi denominado de Movimento Sanitário (LEVCOVITZ, 1997).

O Movimento Sanitário sempre apontou que a questão da formação e do exercício profissionais seriam fundamentais para a plena implementação de um sistema de saúde universal, composto em rede única, orientado pela integralidade da atenção e sob controle social. Esses acontecimentos tiveram antecedentes na emergência das propostas de integração docente-assistencial, integração ensino-serviço-comunidade, integração docentes-estudantes-profissionais-serviços-gestores, até chegar à noção de quadrilátero de formação de Ceccim e Feuerwerker (2004).

Marsiglia (1995, p. 31) apresenta a definição de integração docente-assistencial (IDA), de 1979:

“união de esforços em um processo de crescente articulação entre instituições de educação e serviços de saúde, adequados às reais necessidades da população, à produção de conhecimento e à formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino”.

Assim, a IDA procurou incentivar a articulação entre instituições de ensino (de diversos cursos da área da saúde) e serviços de saúde, a fim de mudar a formação e as práticas em saúde, adequando-as às necessidades da população. A criação de distritos docente-assistenciais, a ênfase nos serviços básicos de saúde, a integração do hospital de ensino ao sistema de saúde e a formalização do compromisso entre os diversos atores eram considerados as prioridades da proposta (MARSIGLIA, 1995).

A inserção dos estudantes na rede de serviços de saúde com ênfase na rede de atenção primária à saúde, nos primeiros anos de curso, era um dos pontos de destaque. Como consequência da aproximação da universidade com os serviços, tínhamos um ajuste e reorganização dos serviços, estímulo a propostas de educação permanente e o redirecionamento das pesquisas para as necessidades dos serviços e da população (FEUERWERKER, 2002).

Durante as décadas 1970 e 1980, as propostas e experiências provenientes do preventivismo, medicina comunitária, medicina geral e/ou de família, da integração docente-assistencial e outras, foram analisadas e criticadas. Como resultado ou balanço, chegou-se à conclusão de que esses movimentos tiveram pouco impacto na essência da formação dos profissionais de saúde (ALMEIDA, 1999).

Em parte, podemos atribuir as razões desse insucesso ao fato de as propostas de mudança ocorrerem de forma fragmentada, restritas a determinados campos de conhecimento ou disciplinas como a Saúde Coletiva ou a área Materno-Infantil. Permaneceram inalteradas as formas tradicionais de ensino em disciplinas ligadas à Morfologia, Fisiologia e às especialidades clínicas e cirúrgicas de um modo geral.

Outro aspecto relevante foi o fato de as experiências de ensino prático e a integração com a rede de serviços se concentrarem nos extremos da chamada rede hierarquizada (segundo a racionalidade administrativa hegemônica): um primeiro nível (primário), onde deveriam ser experimentados contatos com a população em seu viver cotidiano e em seu processo de produção de saúde e doença e, também, ser vivenciados o trabalho das equipes dos serviços locais de saúde e as chamadas “tecnologias simples” da atenção; um nível de topo (terciário), que manteria a forma clássica das aprendizagens por especialidades e doenças e o uso de “tecnologias por equipa-

mentos”. No processo de passagem por esses “níveis de aprendizagem”, muitas das possibilidades de ressignificar o trabalho dos profissionais de saúde, voltando-o para as necessidades da população, se perderam.

Essa noção de “nível” pertence à racionalidade administrativa taylorista e corrobora o cerne da flexnerização e da medicalização biopolítica (do básico para o profissional; do simples para o complexo; o hospital universitário é o topo; o hospital é do médico; o médico é o topo). Assim, a noção de equipe ou de rede ocupa lugar de complemento/suplemento e não de garantia de integralidade. A integralidade não está em causa, o paradigma é biomédico.

Destacamos também as dificuldades de diálogo entre a universidade e os serviços para o estabelecimento de projetos comuns. Persiste em algumas universidades uma visão “iluminista” que pretende levar o conhecimento acumulado, ignorando o protagonismo dos serviços na produção de conhecimento. Muitas vezes os serviços têm acumulado saberes inovadores no campo da atenção à saúde que não são percebidos pela comunidade científica (FERLA, 2002).

Muitas vezes, a “ida ao campo” consiste em visitas aos serviços de saúde para que possam ser observados os profissionais em ação, a população em suas demandas e outras cenas que compõem uma espécie de “zoológico” de situações “exóticas” e de “realidades distantes” sem, contudo, firmarem nenhum compromisso de trabalho com aquela realidade. Assim, também percebemos o “uso” das populações e serviços como “laboratórios” e “objetos de estudos”, sem nenhuma implicação com seus problemas e projetos de solução. Agrava este fato o calendário escolar, que, muitas vezes, é desarticulado com os tempos dos serviços e gera descontinuidade de relação.

Por outro lado, também existem preconceitos e dificuldades de relação nos serviços de saúde. Na maioria das vezes, os serviços também são fundados no modelo hegemônico de assistência e de formação de profissionais. Suas práticas de saúde reproduzem e incentivam as práticas aprendidas nas universidades e, ao mesmo tempo, criticam suas inadequações, desconsiderando-se como parte dessa formação.

Há uma visão de que docentes e estudantes vêem com um olhar avaliador e crítico os serviços, o que gera mal-estar nas discussões de trabalho conjuntas. A alternância política na gestão dos sistemas de



saúde também produz descontinuidade nas relações universidade-rede de serviços.

Vários movimentos durante a década de 1990 continuaram tentando dar respostas às inadequações na formação de profissionais de saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da saúde, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação entre 2001 e 2004, materializaram alguns desses esforços. Com o enfoque em habilidades e competências, essas diretrizes romperam com a tradicional estrutura de conteúdos disciplinares mínimos e apontaram para uma mudança na formação em saúde, na medida em que estabeleceram como perfil do formando/egresso/profissional.

Em Medicina e Enfermagem, como exemplo, nota-se a proposta de inversão do padrão flexneriano e biomédico (profissional generalista, capaz de intervir no processo saúde-doença, atuar nos diferentes níveis de atenção, orientar-se pela integralidade e implicar-se com a responsabilidade social): médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. E enfermeiro com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificado para o exercício de enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos, capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais de seus determinantes e capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

A ênfase é dada a um profissional generalista e não-especialista, que saiba integrar ações de promoção e prevenção à saúde com ações de recuperação e reabilitação e não apenas tratar e prevenir doenças. É preconizado um enfoque integral dos indivíduos e dos coletivos e não um padrão biomédico; há uma concepção ampla de saúde como processo saúde-doença e não ausência de doença. O profissional de saúde e o usuário são entendidos como cidadãos,

sendo que essa relação deve seguir princípios éticos e de responsabilidade social e cidadania.

Essas diretrizes procuraram responder às questões de desumanização, conhecimento fragmentado, uso acrítico de tecnologias, custos crescentes e reduzida eficácia das intervenções, à necessidade de mudança no perfil epidemiológico no Brasil e correspondência ao perfil demográfico. Espera-se, com isso, direcionar a educação dos profissionais de saúde às necessidades da população e aos princípios do sistema de saúde vigente no país (SUS).

Percebemos assim, diante das críticas feitas ao modelo tradicional de atenção e formação em saúde e das propostas de novos modelos, que a integralidade se configura como um potente eixo para a mudança da educação das profissões de saúde. Nesse sentido, entendemos os conceitos de cuidado e de rede de cuidados como fundamentais para a construção da educação dos profissionais.

Cuidado e redes de cuidado se traduzirão por práticas cuidadoras nos serviços de saúde e serviços ordenados em rede por linhas do cuidado ou cadeias de cuidado progressivo/malhas ininterruptas do cuidado. Partimos da noção de práticas cuidadoras, considerando as contribuições de Merhy (1997, 1998, 2000 e 2002); Ayres (2000 e 2004); Pinheiro, Ferla e Silva Junior (2004); Ceccim (2004) e Cecílio (2003), que propõem o cuidado como “práticas cuidadoras”. Essa visão extrapola uma concepção humanizada ou tecnicamente ampliada para ser um modo de estabelecer relações profissional-usuário nas quais o usuário seja a medida do trabalho em saúde. O cuidado passa a ser visto como uma dimensão do trabalho em saúde e alteridade que medeia o uso de tecnologias e a construção de intersubjetividades para tecer a integralidade.

Essa visão de cuidado como “tecedor” da integralidade, já proposta por Silva Junior, Alves e Alves (2005) na construção de redes de cuidados, instrumentaliza a dimensão “rede de cuidados” da matriz analítica do ensino da integralidade, para romper com a dicotomia hospital/atenção básica à saúde.

Ao analisarmos as experiências de ensino selecionadas pelo EnsinaSUS numa macroperspectiva, buscamos evidenciar dois marcadores que nos parecem importantes para compreender o ensino e a rede de cuidado: a participação da universidade na construção

da rede de cuidados e a inserção das linhas de cuidado como eixo do processo de formação.

Numa microperspectiva, destacaram-se: a) a integralidade como organizadora do trabalho de equipe e da rede de cuidado; b) os dispositivos de formação na direção da construção da rede de cuidado; c) a previsão de atividades nos vários âmbitos de sistematização da atenção e a possibilidade de participação e vivência em ações intersetoriais; e d) a possibilidade de participação na construção e gestão de projetos terapêuticos.

Com maior destaque, uma perspectiva molecular de análise buscou evidências da valorização, no processo de formação, das múltiplas dimensões do adoecer (econômica, social, histórica, vivencial etc.) e dos processos de trabalho como eixos que permitam estabelecer acolhimento, responsabilização com o usuário e com a rede, e desenvolvimento da autodeterminação dos usuários, além da possibilidade de acompanhar o usuário no seu “caminhar pela rede”.

### **Experiências de ensino na prática real do cuidado**

A partir das experiências visitadas no EnsinaSUS, podemos destacar alguns aspectos comuns das iniciativas que avançaram na direção de uma formação que tenha a integralidade como direcionadora, na busca da mudança do perfil do profissional de saúde. Assim, discutiremos experiências de ensino que ocorrem na prática real de cuidado e queremos abordá-las para além de uma simples inserção de estudantes nos serviços, como presença na rede de cuidados.

As experiências se mostraram positivas não só para a formação dos estudantes, mas para a qualidade do cuidado prestado. Os estudantes, além de participarem da distribuição do trabalho nos serviços, por meio de seus questionamentos, foram um estímulo para o processo de reflexão dos profissionais dos serviços sobre a prática de cuidado exercida. As dúvidas e estranhamentos dos estudantes funcionam como instigação às práticas cuidadoras por parte dos profissionais:

“Um caso de uma paciente hipertensa, por exemplo, que estava com problema de visão, não dispunha de tempo e tava com muita dor de cabeça. A preceptora falou: vamos fazer um exame de fundo de olho e encaminhou para um oftalmologista. Essa pessoa, essa paciente, chegou lá, o oftalmologista fez exame de refração e passou um óculos e disse que ‘fundo’ ele só

fazia em consultório particular. Não mandou nada escrito e a paciente chegou nos dizendo, nos contando esta história. A gente trabalha isso, então, com o estudante, mas ele força: ‘você não vai fazer a contra-referência?’ Ele pergunta isso para mim e influencia o serviço” (dirigente de ensino).

No momento em que um estudante acompanha um usuário no serviço, ele age como um aliado do usuário dentro do serviço, na busca da escuta, acolhimento e resolutividade. Percebemos que o estudante apresenta uma disponibilidade maior para se identificar com o usuário e suas necessidades, talvez por não se identificar ainda como profissional.

“O profissional que já tá lá trabalhando há muito tempo, ele não está preocupado com quem está sentado, ele está preocupado com as várias pessoas que estão do lado de fora esperando atendimento. Então muitas vezes os pacientes sentam, eles não perguntam o nome, já logo você tem que fazer isso, fazer isso e pronto e já manda embora, então ele quer se livrar do problema, pra captar os outros problemas que estão do lado de fora” (estudante).

“O caso que me aconteceu hoje de manhã, da mulher chorando, que ela queria falar, a gente deixou ela falar, conversou com ela; a gente perguntou o que estava acontecendo e ela estava nos ouvindo e estava nos respondendo, então não é uma coisa que só eles falam e não deixam a gente falar, nem uma coisa que só a gente fala. Acho que eles mesmos se sentem reconfortados pela questão dos acadêmicos, porque nós temos mais paciência, mais vontade, tempo e disponibilidade para estar conversando, acho que eles se sentem seguros com nossa presença, tanto aqui no hospital quanto nas casas, a gente também tem uma experiência da visita domiciliar que pra mim foi bem reconfortante. Nós estamos há um ano e meio visitando uma mesma família e nós passamos por todas as pessoas da família, crianças e idosos, e nós criamos um vínculo com eles que de repente eles não tinham com os profissionais. E era uma coisa [...] que se notava que a gente tinha uma resposta boa a nossa presença na realidade” (estudante).

Parte importante do aprendizado do estudante que está inserido numa prática de cuidado ocorre não no campo das habilidades técnicas, mas nas relações interpessoais ou nas chamadas tecnologias leves (MERHY, 2000). O estudante vai desenvolver sua capacidade de comunicação e escuta, no sentido de compreender aspectos sociais, psicológicos, culturais e do cotidiano do usuário, para além das patologias:

“Então a gente estando na comunidade, a gente tem a oportunidade de trabalhar a saúde bucal, a saúde corporal, o bem-estar da pessoa, com o

peçoal mesmo. De ver a pessoa dentro de uma família não tendo a necessidade de determinadas necessidades financeiras, emocionais. Então, você está inserido e pode juntar essas necessidades” (estudante).

“Não só você ficar escutando. Daí, que ele está falando e você está lá só anotando, preenchendo não sei o quê? Ele quer que você ouça ele, preste atenção nele, olhe nos olhos dele, converse e aí, depois, você começa a tratar, você fala ‘Ah, agora vamos começar a tratar e aí começa a tratar.’ Aí você fala e ele escuta” (estudante).

Existe a possibilidade de o estudante construir um olhar mais amplo sobre os usuários e as necessidades em saúde. A aproximação com os usuários, para além de sua compreensão, vai para a construção da sua autodeterminação, revelando o contato com a alteridade na construção dos projetos terapêuticos individuais:

“Acho que sim, tenho direito de interferir no cuidado que vai ser realizado, porque quando ela me perguntou se eu queria fazer o parto na banheira, ela falou que era opção minha, se eu quisesse eu continuaria no quarto, então ela deixa as pessoas optarem” (usuária).

“Acho que o usuário tem um papel fundamental, porque nós, como profissionais, a gente estuda sobre aquilo, sabe o que vai fazer. Só que quando a gente planeja algo e está aplicando aquilo ali, se não tem participação do usuário, não tem como a gente aplicar, porque às vezes uma pessoa está com os dentes todos estragados, mas pra ela aquilo não tem muita importância; e eu abri a boca e disse ‘Nossa!’. Aquela pessoa está totalmente doente, mas pra ela está tudo bem, não está doendo. Às vezes a pessoa pode avaliar que doença é quando dói, doença para outros é quando está feio. A participação do usuário é de extrema importância para ele mesmo receber informação e perceber se para ele aquilo ali é importante ou não, pra ele seguir as nossas informações, porque saúde bucal especificamente, não é você chegar lá e restaurar o dente e ponto. A pessoa terá que cuidar da alimentação, da escovação [...]. Então se ela não faz parte, como por exemplo, ontem, que chegou um paciente para extrair os dentes, mas nós não podíamos porque sua pressão estava alta, só que ele já fazia parte do tratamento com controle por medicamento, mas ele não estava tomando, que ele não achava importante, achava que era só de vez em quando” (estudante).

“Mas às vezes você também, às vezes você coloca uma outra opção, que ele não sabia que existia, às vezes pra ele só existe a extração, e se ele chega e conversa com o dentista, e o dentista coloca uma outra opção pra ele, ele pensa, não, eu vou optar por isso, que eu não sabia que tinha essa opção” (estudante).

Essa ampliação do olhar sobre as necessidades e problemas dos usuários por vezes aponta para limites e potencialidades não reconhecidos tradicionalmente na prática profissional:

“Só o fato da pessoa ouvir e estabelecer essa relação de vínculo com o cuidador eu acho que já é uma forma de ajuda. Vamos chegar lá e resolver os problemas. A nossa realidade é diferente da deles. Temos que entender também essa diferença da realidade social que é a doença ou a situação que estão passando. Aí, não vejo o projeto andar, algumas vezes, porque chega lá eu não consigo fazer o que eu gostaria de fazer. A mudança que eu gostaria com esse projeto é fazer uma mudança para que a vida das pessoas melhorasse. Muitas vezes, nós podemos fazer essa mudança, com certeza, mas eu acho que algumas vezes nós não vamos ter as condições para mudar totalmente a vida da pessoa. Por isso, a gente vai além com outras coisas que envolvem o fator de educação, o fator cultural, o fator econômico” (estudante).

Parece existirem algumas condições que favorecem ou que criam um ambiente favorável para esse aprendizado. Um aspecto seria a possibilidade do acompanhamento contínuo, regular e prolongado (horizontal) de um usuário no seu processo de cuidado e no caminhar na rede. Entretanto, isso seria significativo pelo menos no sentido do estabelecimento do acolhimento e da responsabilização, por parte do estudante, no processo de cuidado.

“Cada dupla de internos acompanha 40 famílias e, na semana passada, se vocês estivessem aqui, vocês veriam que eles fizeram apresentação para comunidade, foi muito lindo, eu me emociono muito ainda com esta situação, pois tinha muita gente da comunidade no auditório, eles apresentaram análise de situação daquelas 40 famílias que eles acompanham, dos aspectos econômicos e os aspectos de morbidade e disseram para elas como eles iam acompanhá-los e brincaram dizendo: ‘Oh, quando a gente acabar em dezembro a gente vai conhecer a cor dos olhos de cada um de vocês, de tanto que a gente vai interagir’ (dirigente de ensino).

“Às vezes eu atendo criança do programa, às vezes à tarde a própria mãe está circulando no posto, mas eu já vejo, já chamo a mãe, converso com ela, pergunto o que ela está fazendo aqui. Então eu tento ligar, conversar com o pessoal no corredor e, às vezes, não vê isso por parte do pessoal que já está ali há mais tempo. Como a gente está se formando, está com outro pique, então acho que para eles, até pela verbalização deles, acho que eles gostam da presença da gente, porque a gente, pelo menos eu, dá bastante atenção” (estudante).

Identificamos nas análises de todas as experiências, que somente com o tempo o estudante consolida sua relação com o usuário, desenvolvendo um compromisso com o mesmo. É nessa relação que o estudante vai construindo um olhar ampliado do usuário e de suas necessidades de saúde. A vivência permite que o estudante perceba o usuário dentro de uma família e de uma população, influenciado por uma cultura, condição financeira e rede de relações afetivas, entre outros aspectos, e estabeleça uma relação pessoal e humana com o mesmo.

Percebemos que, quando se delegam ao estudante responsabilidade e autonomia, de acordo com suas competências, geram-se mobilização e motivação para que sejam resolvidos os problemas dos usuários, serviços e população. Assim, vale destacar que a competência técnica do estudante pode ser um aliado para o estabelecimento do vínculo com o usuário, pois quando as orientações e condutas feitas pelos estudantes apresentam resolutividade para as necessidades de saúde, o usuário e os profissionais dos serviços passam a confiar neles.

“Eu acho que não vou ter medo de assumir. Porque agora eu estou aprendendo, sem ser supervisionada. Agora que é hora de perguntar, aprender, eu estou vendo as coisas na realidade. Muita coisa é muito diferente da teoria. Muita coisa que você quer fazer, ah, tem esses recursos, mas eu não tenho. Eu quero fazer um grupo, eu quero dar lanche pro diabético, não tenho recurso. Eu tenho que tirar do meu bolso. Então, está me engrandecendo demais. Eu estou aprendendo a ter contato com as pessoas mesmo, contato direto. Eles vêem a gente como referência. Já chega e procura pela gente. Eu acho que é experiência que a gente está tendo, há contato com tudo, assumindo muita coisa, eu estou adorando. Falei pra preceptora que eu não troco aqui, não. Que eu já estou preocupada com a nossa saída. Eu gosto de orientar, por exemplo, vêem mulheres que tomam anticoncepcional e começam a tomar tudo errado, eu gosto de sentar, explicar. Eu gosto, confiam, eu gosto de ver a confiança que eles sentem na gente. Passar confiança” (estudante).

“Ah, tem as meninas, as estudantes, elas ensinam a fazer, como a gente lidar com os idosos. Fazer exercício nas pernas, nos braços, ginástica, essas coisas. E eu aprendi muita coisa boa que nem esse negócio do remédio. Eu dava remédio para ela de manhã, colocava na boca dela, colocava água e falava, achava que tava pronta. Falava: ‘mãe, já engoliu?’ Ela só fazia: hum,

hum e aí eu ficava tranquila porque aí falei: ‘já dei o remédio’. E a minha mãe sempre passando mal, sempre com a pressão alta, sempre diabetes alta. Aí eu falei: ‘mas meu Deus’. Até que o médico falou: ‘Você não está cuidando da sua mãe, sua mãe está sempre doente, sempre passando mal, então você não está cuidando bem’. Eu fiquei muito triste, chorei. Aí quando cheguei em casa, falei: ‘Ah, não, tem que ver’. Aí já me toquei, alguma coisa de errado tá acontecendo. Aí que eu fui ver que na beira da cama assim, estava cheio de comprimido. Até o remédio da cabeça que ela tem, depois do derrame ela ficou com problema de cabeça, então ela tem que tomar aquele remédio todos os dias. Não pode ficar um dia sem tomar e os remédios estavam todos lá. Assim, sabe quando coloca na boca, que a gente chupa um pouquinho que ele fica meio desgastadinho. Não fazia efeito porque o médico mesmo falava [...]. Aí na reunião, um fala uma coisa, outro fala outra, aí eu peguei e expus o meu problema. Falei que estava com problema muito grave que eu não sabia como fazer. Eu ficava quarenta minutos do lado dela, agradando ela, fazendo carinho, conversando com ela, colocava o remédio na boca dela, ela cuspiu. Aí eu falei: desse jeito vai, quando eu podia catar, eu catava, colocava de volta. Outros não dava para catar, então [...]. Aí eles falaram para mim que era para eu fazer um mingauzinho, uma sopinha e colocar. Aí, mas agora é uma beleza” (usuário).

As atividades dos estudantes devem visar à identificação da realidade, de problemas, circunstâncias e contextos, destacando que a priorização das atividades de aprendizagem tenha relevância social, pertinência ao perfil demográfico e epidemiológico e esteja orientada por práticas cuidadoras. As soluções para os problemas encontrados e o estabelecimento de laços afetivos com a população, com os usuários (alteridade) e com os serviços são fundamentais para detectar ou inverter essas soluções:

“Para você chegar para o prefeito ou o secretário de Saúde e falar: ‘Eu conheço o planejamento da cidade porque, de acordo com meus estudos, preciso...’. Então acho que a gente participando do cotidiano da comunidade, você vai ver o que pode fazer pela saúde da população” (estudante).

“Eles têm sido muito ativos, muitos deles vão à prefeitura, exigem mudanças no comportamento do secretário, eles aprendem e mostram muita coisa, e trazem muita experiência ao grupo de professores” (dirigente de ensino).

“Nós tínhamos muitas mulheres hipertensas, uma alta prevalência de hipertensão no distrito, que a gente detectou no levantamento epidemiológico. A unidade básica de saúde iria começar a atender e organizar grupos de

hipertensos. Então, fomos nas casas falar disso, avisar, convidar. Descobrimos que as mulheres bordavam, costuravam, faziam coisas em casa, que não tem quase comércio nem dinheiro no distrito rural. Aí pensei: e por que não um grupo de bordadeiras? Agora tem um grupo de artes domésticas e a enfermeira ensina bijuteria, médica ensina tapeçaria e o administrador distrital criou a feira de artes do distrito. As mulheres estão tratando causas da sua hipertensão ou inventando a terapêutica da sua hipertensão, e nós apoiando” (estudante).

Acreditamos que deva existir necessariamente uma responsabilização dos estudantes e dos docentes no cuidado dos usuários. Nessa responsabilização do cuidado, deve-se atentar para a articulação entre o trabalho da equipe universitária e a equipe dos serviços:

“Então! Eu acho que, para os estudantes do projeto, ele veio somar essa visão mais interdisciplinar e mais no contexto da realidade do serviço de saúde e do domicílio do idoso. Eu acho que o diferencial é essa continuidade na relação com o contexto do idoso e também procurando sempre o que é esse contexto real e o que é o papel do serviço de saúde nesse contexto real. Porque, às vezes, os alunos fazem uma visita: ‘professora, ele me falou que faz não sei quantas semanas que uma equipe não vem verificar a pressão, não está se sentindo bem, acha que a pressão está elevada’. Outro dia até um aluno perguntou assim: ‘não dá para a gente trazer, a gente pode até trazer, mas não adianta você verificar a pressão uma vez só e depois não ter uma continuidade, então será que não era melhor também além da gente verificar, garantir que vocês façam essa sinalização para a equipe?’. Que tem alguns idosos que estão sentindo essa falta no controle do seu cuidado?” (docente).

Outro ganho nesse acompanhamento prolongado e contínuo seria para que o estudante obtenha uma vivência do sistema nas suas redes, fluxos e itinerários. Assim, se buscaria romper com a própria desarticulação no ensino dos diferentes âmbitos de atenção à saúde, que de maneira geral o estudante vivencia de forma isolada e não na sua dinâmica e funcionamento.

“E que a gente possa trabalhar a questão do desenvolvimento de atividades em todos os níveis, que o aluno possa desenvolver uma parte na comunidade, que ele possa desenvolver no hospital, que ele possa desenvolver dentro do ambulatório, né? Considerando o envolvimento destes três locais, ou seja, que haja controle da saúde da população nesses três locais, entende? Em sistemas de referência e contra-referência para aquela comunidade, onde

possa ser estabelecida uma rotina de trabalho, onde ele tenha uma intervenção bastante variada e falo mais aqui da questão da intervenção na comunidade, onde ele possa, considerando os ciclos de vida, que ele possa trabalhar tanto em nível de instituição quanto em nível familiar ou domiciliar, as questões de saúde e doença, que ele possa fazer visitas periódicas a doentes crônicos ou seqüelados ou que ele possa estar desenvolvendo trabalhos em *n* creches, em escola infantil, outras escolas” (docente).

Com efeito, essas vivências seriam condicionadas pela estruturação e funcionamento da própria rede de serviços, sobretudo pela existência de sistemas de referência e contra-referência em cada município. Contudo, constatamos que as próprias dificuldades desse funcionamento poderiam servir de objeto de discussão e aprendizado para os estudantes:

“O sistema de saúde ainda não tem a integralidade que precisaria pra que a gente cuide melhor. O cuidado, ele ainda está sendo muito parcial, ele está sendo muito individual, ainda, muito do profissional, o profissional atende, o usuário vai embora e a gente não sabe muito mais da vida dele. O que nós atendemos muito são aqueles casos mais graves, mais chamativos, onde realmente acontece, onde aparece uma grande necessidade biológica. Mas eu acho que muitos casos que não aparecem, a gente não está olhando. Os profissionais não estão mexendo com aquilo que não está chamando muita atenção, não está sendo gritante. Mas eu acho que aquilo que não é gritante nesse momento pode ser amanhã. Pode ser gritante amanhã. Então, não existe um olhar de prevenção. Tu olha o usuário a partir da queixa dele, interpreta a queixa dele, atua sobre essa queixa, mas tu não tem um. Uma visão mais ampla, quer dizer, bom o que eu fiz hoje vai realmente estar atingindo esse usuário pra daqui a quanto tempo? Não tem um acompanhamento, não tem um monitoramento, é isso que a gente está tentando trazer nas reuniões, eu estou tendo que trazer exatamente isso. Bom, com esses fatores de risco, aquela mãe que entra dentro do consultório e que já dá uns petelecos no filho, ela deve chamar nossa atenção, ou não? Aquela mãe que tem todas as vacinas atrasadas do filho, ela deve ser só chamada atenção por causa da vacina ou a gente tem que ter um olhar mais amplo de como está essa família? É isso que eu estou trazendo pra dentro das equipes, e que é tão lento, e que a gente tem que ter bastante persistência, eu não desisto nunca, mas, eu me vejo, às vezes, muito sozinha fazendo isso. Nem assistente social, muitas vezes, não me ajuda, sabe?” (dirigente de ensino).

Na busca de uma percepção de que as práticas cuidadoras ocorrem em rede, parece interessante que o estudante vivencie os servi-

ços nos diversos âmbitos da cadeia de cuidados do sistema de saúde, assim como incentive a presença em outros espaços, como ONG, associações e domicílio.

“Então o aluno percebe essa questão da intersetorialidade de um modo geral. Ele atua como voluntário. A gente faz reunião na paróquia, de repente nós estamos dentro do centro comunitário. Então, quando surge a questão desse idoso, uma questão de pobreza intensa, o que a gente tem que fazer? Aí, ah, mas e daí onde nós vamos procurar? Bom, vocês vão descobrir quais são as opções para a gente conseguir uma cesta básica para esse idoso, qual é a opção na comunidade e aí no final da tarde perguntei, descobri que tal e tal igreja tem isso. Então eu acho que isso também é uma coisa que o projeto ajuda muito na questão da integralidade” (docente).

O estudante deve ter uma dimensão das atribuições, possibilidades e limitações de cada âmbito da rede, mas principalmente entender como ocorre a relação de um serviço com o outro – ou seja, o estudante precisa compreender como ocorre o encaminhamento, entrada, fluxo e saída em cada serviço. Novamente, parece ser um diferencial se o contato com a rede ocorre de acordo com a necessidade de um usuário que se acompanha mas, independentemente disso, é importante viver esse contato que busca oferecer resposta às demandas dos pacientes. Já existem estudos nos quais a demanda é uma prática social, socialmente construída, capaz de construir nexos constituintes entre o direito à saúde, o trabalho em equipe e participação e os espaços públicos em saúde. (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

Outro plano de vivências, que em geral ocorre de maneira desarticulada, seria a participação em ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação em saúde. A fragmentação dessas diferentes ações ocorre tradicionalmente, gerando na formação a falsa impressão de que os profissionais devam ser especialistas de determinados tipos e que o cuidado é fragmentado. A possibilidade de o estudante participar de maneira articulada e simultânea em ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação, talvez de acordo com a necessidade de um dado usuário que se acompanha, permite construir uma prática de saúde que integra as diferentes ações.

“Pegando do ponto de vista de serviço de saúde, eu acho que o estudante, ele tem, visitando os domicílios, oportunidade de vivenciar desde a questão

da promoção, prevenção, a prática terapêutica e também a parte de reabilitação” (docente).

Parece claro que o eixo do aprendizado do cuidado deva ser o universo do usuário, no que concerne a suas demandas e necessidades de saúde (SILVA *et al.* 2003; PINHEIRO; LUZ, 2003; PINHEIRO; MATTOS, 2005). É a partir da compreensão dos mesmos que o aprendizado das práticas de saúde deve ser estruturado. Assim, apontamos a necessidade de um resgate da centralidade do usuário e suas necessidades na conformação das práticas de saúde e de serviço, para um novo modo de fazer saúde e também para uma mudança na relação entre saberes acadêmicos e não-acadêmicos.

As condições e problemas de saúde ocorrem de maneira completa na realidade. Uma vez no serviço, o estudante deve vivenciá-los integralmente, envolvendo-se com as atividades dos profissionais, da população, do Conselho de Saúde e das ações comunitárias, entre outras.

Assim, diferentes tecnologias de produção de práticas cuidadoras vão sendo criadas, forjadas, e seu aprendizado requer um agir contextualizado capaz de reconhecer as competências e responsabilidades de serviços e profissionais centrados nos usuários. Com isso ganha relevância o desenvolvimento de habilidades na comunicação e nas relações interpessoais dos estudantes, utilizadas e aprendidas não somente na atenção básica à saúde, mas nos demais espaços da rede de cuidados em saúde.

“Eu acho que o cuidado à saúde, a partir do novo conceito estabelecido, ele incorpora dimensões que vão das dimensões biológicas e técnicas do cuidado, a uma situação de saúde clinicamente detectada, biologicamente determinada, com habilidades, manuseio de equipamento, do aparato tecnológico, das intervenções baseadas em procedimentos. Bom, vamos dizer assim, das tecnologias duras. Que envolvem outras dimensões, como compreender esse sujeito inserido numa realidade, que tem necessidade em outros campos, que tem outras determinações para aquela situação que o indivíduo está. Então, envolve conhecê-lo, dotá-lo de capacidade de autonomia, de intervenções na realidade de autodeterminação sobre o que seria a melhor intervenção no caso dele” (dirigente de ensino).

Outros momentos de destaque nas experiências foram os diálogos e a convivência entre profissionais e estudantes das diversas áreas. Esse contato possibilita uma “desmistificação” da “disputa

corporativista” em relação às diferentes profissões e a construção de uma nova perspectiva de cuidado:

“Então vai a medicina, vai avaliar o aspecto clínico. Ah, está com uma artrose tem que dar tal remédio. Aí vai o fisioterapeuta e vai dar uma conduta, vai a enfermagem, vai ajudar a controlar a medicação. Ver a pessoa como um todo. Aí também vai ter um apoio psicológico que todos nós acabamos, assim, aquela parte de dar atenção. Você vai lá, a pessoa está mais mesmo é com um problema psicológico, precisando de um apoio. Eu acho que é assim, é ver a pessoa como um todo” (estudante).

“[...] reunião realmente assim, que eu vi tantos profissionais darem um enfoque diferente, ao mesmo tempo na mesma linha para uma única questão. Então, eu acho que essa questão o projeto tem de bom. A gente nunca faz uma questão só, isolada, senta, os alunos de enfermagem para discutir os problemas de enfermagem do idoso. A gente não tem esse tipo de coisa. Se tem um grupo de cuidadores, quem está presente? Os alunos de Fisioterapia, de Medicina, de Enfermagem, de Odonto, na medida do possível agora. E todos colaboram na sua visão específica com a questão discutida. Então eu acho que essa é a grande visão da integralidade” (docente).

Observamos que a inserção de estudantes nas redes cujas profissões não estão estabelecidas nos serviços pode ampliar a possibilidade do cuidado nos serviços e reorganizar os mesmos – ou seja, a presença da universidade pode mobilizar a criação de novos espaços de intervenção nos serviços.

Mais especificamente em algumas experiências analisadas, observamos que todo o processo de ensino-aprendizado procura reposicionar o saber disciplinar, convidando-o a dialogar com outras perspectivas. Esse aspecto é particularmente potencializado pela inserção do discente em diversos cenários de prática, nos quais questões tradicionalmente alijadas da atuação profissional hegemônica se impõem.

Identificamos que, atualmente, os serviços de atenção básica à saúde favorecem uma humanização no cuidado, com amplo manejo de tecnologias leves; contudo, sua ênfase limita seu exercício nesses espaços. Parece-nos evidente que esse limite não deve ser obstáculo para o seu exercício nos demais espaços de assistência, tais como hospitais ou policlínicas. Observamos que a integralidade, dentro do ambiente hospitalar, ao ser praticada, confere um caráter constituinte ao estudante, capaz de exercer um protagonismo, pela possibilidade

do exercício de um olhar amplo sobre o acolhimento, a responsabilização pela terapêutica, o desenvolvimento da autodeterminação dos usuários e a multiprofissionalidade com interdisciplinaridade no trabalho em saúde, de forma geral.

Percebemos, na pesquisa, que a vivência de serviços hospitalares que apontem para a integralidade (participação do usuário no projeto terapêutico, atitudes cuidadoras em equipe multiprofissional, invenção de tecnologias apropriadas às culturas etc.) parece deixar marcas positivas para os estudantes, ao construir uma nova perspectiva de seu agir. É importante para o estudante perceber que existe a possibilidade concreta de um cuidado diferenciado, com participação do usuário, cuja sensibilidade e responsabilidade profissional constituem fator potencializador da oferta de ações de qualidade, com práticas efetivamente cuidadoras, na construção de um perfil profissional diferenciado, como destacavam os estudantes que participaram de um curto estágio num serviço cujos avanços apontam para construção da integralidade.

“Na internação pediátrica foram colocadas redinhas nas camas, assim a mãe ou o pai podem embalar o filho pra dormir. Em todas as camas têm redes, aqui no norte, então a criança que interna pode dormir, como dormiria em casa. Você vê que tem uma cama pro acompanhante também e pras sacadas foram compradas cadeiras de descanso, pois é pras mães ficarem” (estudante).

“A experiência mudou a minha forma de pensar, que depende muito do interno de cada pessoa e da abertura para mudanças e ver o diferente. A experiência da mulher proporciona um contato com o usuário no momento da dificuldade. Gera o aprendizado. Isso ajuda a rever o que você quer. A instituição de ensino consegue reforçar pontos e hegemoniza de forma sutil, ela pode transformar. O profissional precisa ser formado com o contato com a sociedade” (estudante).

De outro lado, os efeitos e repercussões dessas experiências nas práticas formativas cotidianas oferecem-nos pistas em relação às dificuldades para efetivação da integralidade como orientação da formação. Uma das principais dificuldades tem sido a desarticulação entre universidade e serviços, que traz um paradoxo na concepção de cursos com esse eixo: a dificuldade de se encontrar serviços que atuem segundo essa perspectiva integradora e com alta responsabilidade de cada

profissional com cada usuário. Ou seja, as escolas buscam formar um tipo de profissional que atue segundo uma lógica diferente da que se encontra nos serviços – estes tradicionalmente fragmentados, massificados e nada humanos, embora se constituam como campos de aprendizagem da escola. Existe a solicitação, recorrente ao estudante, de ter postura, prática e discurso diferentes dos trabalhadores na realidade dos serviços, cujas ações nem sempre são passíveis de discussão. Assim, os estudantes freqüentemente apontam a necessidade de vivenciar serviços de atenção nos quais a escuta, o acolhimento, a responsabilização e a autodeterminação dos usuários sejam estruturais, ou sejam concretos, efetivamente defendidos e exercidos.

Apontamos que essas vivências de não-integralidade podem funcionar como objeto de produção de conhecimento e de novas práticas no sentido da integralidade, por meio do questionamento e do posicionamento crítico em relação às situações vividas e observadas. É muito importante que os docentes tenham a competência de discutir politicamente as abordagens e as perspectivas da atuação em saúde.

“Nós já passamos, por exemplo, quatro anos que a gente está na comunidade. O que a gente vê da demanda de problema emocional que acarreta problema orgânico, psicossomático, é enorme. A maioria das pessoas que vão para dentro da unidade de saúde, a gente vê, é lógico [...] é a contextualização, é o tipo de moradia, é a carência afetiva, é a carência financeira, é privação de acesso às oportunidades. Tudo isso causa o problema da saúde e doença, que a gente aprende. Só que eles ainda no posto de saúde, na unidade, eles não têm essa consciência. Realmente ainda está fragmentado” (docente).

Mas a presença dos estudantes, mobilizados pelo pensamento da integralidade por efeito do ensino na universidade, também tem gerado inúmeras ações de sua autoria, dentro dos serviços, para exercer a integralidade no trabalho – isto é, exercer práticas cuidadoras. Por isso inventam grupos, inventam modos de atender, inventam materiais educativos, vão para os Conselhos de Saúde e se reúnem aos pares e aos grupos entre estudantes de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia etc., mesmo que os professores em campo não achem relevante e não saibam como fazê-lo, ou que os preceptores do campo considerem desnecessário. Há uma convicção permanente do limite e afastamento da integralidade, aliada ao

desafio ético de persegui-la, buscá-la deliberadamente, organizando coletivos para esse fim.

### Considerações finais

Buscamos discutir a potencialidade de tomarmos as práticas cuidadoras como contato com a alteridade e a construção da integralidade, como produção da formação dos profissionais de saúde. Este é o primeiro ponto que queremos destacar, no debate da transformação da educação de profissionais da saúde. Em geral nos limitamos a discutir a inserção dos estudantes nos serviços, mas não a produção de práticas cuidadoras. Percebemos uma ausência de discussão sobre o modo de atenção que estruturará a observação, a vivência, a prática e o aprendizado dos estudantes. É necessário haver clareza, por parte de todos os atores, sobre as práticas de saúde que almejamos.

As ações dos estudantes e docentes podem ser estruturadas sobre os princípios da integralidade, e eles mesmos estenderão esse princípio em sua atenção, com responsabilização. Percebemos que existem algumas características / circunstâncias / contextos que favorecem / potencializam a concretização da integralidade como orientação da aprendizagem dos estudantes nos serviços.

Por exemplo, devem ser considerados, no processo de aprendizado, os significados e os sentidos sobre as práticas cuidadoras que os estudantes trazem da sua experiência de vida e, a partir da problematização desses significados e sentidos, deve-se apontar o que o estudante não conhece. Contatamos experiências de escolas onde essa problematização acontece no debate formal da apresentação de disciplinas e até nas provas de conhecimento em Semiologia. As vivências de práticas cuidadoras dos estudantes serão mais transformadoras quanto mais inseridas em marcos ou objetivos mais amplos, nos quais essas atividades possam adquirir significado da maneira mais adequada. Também é necessário estabelecer, no maior grau possível, relações constantes e explícitas entre os novos conteúdos que são objeto de aprendizagem e os conhecimentos prévios dos estudantes (ONRUBIA, 2003).

Essa discussão está vinculada a um compromisso dos dirigentes do ensino, docentes, estudantes e gestores de saúde em relação ao SUS e à implementação de uma nova prática cuidadora – compro-



misso também com cada usuário, trabalhador e população. Compromisso significa uma mobilização afetiva, com disponibilidade de tempo e esforços não somente para identificar os problemas, mas, principalmente, buscar soluções. São exigidos um projeto político-pedagógico, uma prática pedagógica e cenários de aprendizagem com atores coerentes com as perspectivas de integralidade em saúde.

Reconhecer que nesse tipo de processo de ensino-aprendizagem existem diferentes interesses, desejos, tempos e lógicas é considerar a necessidade da criação de canais de comunicação, mediação e negociação. Os conflitos e atritos dessa relação não nos pareceram prejudiciais para o aprendizado dos estudantes ou para a sustentabilidade das experiências. Havendo escuta e diálogo entre os atores, esses conflitos podem trazer elementos ricos para o aprendizado dos estudantes.

Destacamos o papel de mediação de alguns atores nessa relação, pessoas que possuem inserção e atuação híbridas, entre academia e serviços / gestão do SUS, capazes de reconhecer os diferentes atores, contextos, necessidades, interesses e lógicas. Esses mediadores se mostraram essenciais para a implementação das experiências. A atuação de preceptores pedagogicamente motivados se mostrou igualmente poderosa na expressão de aprendizagens profissionais.

Saippa-Oliveira e Koifman (2004) alertavam que, ao discutirmos a inovação na formação em saúde, devemos manter o compromisso com a implementação dos princípios do SUS e responsabilidade sanitária das instituições de ensino. Cabe aos gestores e aos trabalhadores do SUS cumprirem papéis relativos à noção de educação por meio do SUS, viabilizando pactos, parcerias, preceptorias, oportunidades, cenários e apoios matriciais.

É comum que o currículo seja compreendido pelos docentes e estudantes como uma sucessão de disciplinas; entretanto, agora entendemos que o currículo não pode ser proposto, pensado ou desenhado fora de seu contexto social e histórico. Ademais, ele é um “terreno de produção e criação simbólica” (KOIFMAN, 1998, p. 41) – é produto de tensões, de conflitos, de relações de poder, de interesses e de projetos sociais, políticos, culturais e pedagógicos.

Se pretendemos efetivamente mudar o perfil dos profissionais, a integração entre trabalho e ensino é fundamental, seja para a cons-

trução de um currículo integrado, seja para romper com todas as estruturas tradicionais.

A escolha e a organização dos conteúdos devem visar à educação criativa, crítica e solidária. Conteúdos são escolhas políticas, menos na listagem, mas muito no ensino e experimentação de aprendizagens. No caso das mudanças que estamos discutindo, a opção radical é por um ensino orientado pela integralidade nas práticas cuidadoras e na defesa do SUS, como um sistema de saúde universal, equânime e de alta qualidade. Nessa perspectiva, discutimos as experiências visitadas pelo EnsinaSUS.

### Referências

- ALMEIDA, M. J. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: UEL, 1999.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004.
- \_\_\_\_\_. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface: comunicação, saúde e educação*. Rio de Janeiro, v. 6, p. 117-120, fev. 2000.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 04/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1E, 3 de novembro de 2001, p. 131.
- CAMARGO JR, K. R. *Biomedicina, saber e ciência*. São Paulo: Hucitec, 2003
- CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 259-278.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- CECILIO, L. C.; MERHY, E. A integralidade do cuidado como eixo hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 197-210.
- FERLA, A. A. Clínica nômade e pedagogia mestiça: cartografias de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas. Tese (doutoramento em educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- FEUERWERKER, L. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995.
- KOIFMAN, L. A teoria de currículo e a discussão do currículo médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2/3, p. 37-47, set.-dez., 1998.
- LEVCOVITZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico do SUS*. Tese (Dou-

torado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

LUZ, M. T. *Natural racional, social*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MARSIGLIA, R. F. *Relação ensino / serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. *et al.* (Orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo e saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-113.

\_\_\_\_\_. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Interface: comunicação, saúde, educação*. Rio de Janeiro, v. 6, p. 109-125, 2000.

ONRUBIA, J. Ensinar: criar zonas de desenvolvimento proximal e nelas intervir. In: COLL, C. *et al.* (Orgs.). *O construtivismo na sala de aula*. São Paulo: Ática, 2003.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda nos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; SILVA JUNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: ABEM, 2004. p. 269-284.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005.

\_\_\_\_\_. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

REGO, S. *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

REZENDE, A. L. M. *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez, 1986.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar / transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 143-164.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos teoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 77-89.

## PARTE 4

### Experiências de formulação teórico-metodológica da pesquisa

# Transformação na graduação de Enfermagem da UERJ

MARIA DO CARMO DOS SANTOS MACÊDO \*  
REGINA AURORA TRINO ROMANO \*\*  
REGINA LÚCIA MONTEIRO HENRIQUES \*\*\*

## Localizando a experiência

A experiência descrita neste artigo tem a marca de seu tempo, das pessoas que lutaram pelas idéias nele expressas e do contexto em que se insere, visto que nenhum projeto educacional é neutro, é sempre político e se acha molhado de ideologia (FREIRE, 1996). O projeto de formação em tela reflete o pensamento do coletivo da instituição sobre o que se quer, por que se quer e em favor de quem se quer a educação em uma escola de Enfermagem que se pretende democrática, não produtora de desigualdades no seu interior, formadora de cidadãos trabalhadores, críticos e criativos para a sociedade, e não para o mercado (VEIGA, 1996). Para compreender o movimento de mudança ocorrido na instituição, é importante conhecer sua historiografia.

A Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FEUERJ) foi a 17ª escola de Enfermagem a ser criada no

---

\* Professora assistente da Faculdade de Enfermagem da UERJ (FEUERJ) e pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: mariado@terra.com.br.

\*\* Professora assistente da FEUERJ e pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: jlivieto@uol.com.br.

\*\*\* Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); professora assistente da FEUERJ e pesquisadora do LAPPIS. Endereço eletrônico: rmhenriques@uol.com.br.

Brasil e a quarta no Rio de Janeiro, por ato do presidente Getúlio Vargas, sendo denominada Escola de Enfermeiras Rachel Haddock Lobo. Criada no seio da Secretaria Geral de Saúde e Assistência do Distrito Federal, teve como idealizadora do projeto e primeira diretora, a professora Zaíra Cintra Vidal. O curso de graduação teve início em 1948 e em 1949 se deu sua equiparação à Escola Padrão Anna Nery, através do Decreto-Lei nº 26.251. Havia sido promulgado, à época, o primeiro currículo mínimo nacional para a formação de enfermeiros (Lei nº 775/49), que incluía no sistema de formação uma nova categoria: auxiliares de enfermagem.

A década de 60 representou um marco na trajetória da instituição, com sua integração à Universidade do Estado da Guanabara, concretizada em 1968, passando a chamar-se Faculdade de Enfermagem da UEG. Nesse ano, quando foi promulgado o AI-5, uma reforma modificou radicalmente a face da universidade brasileira, rompendo com a formação dos enfermeiros, que se dava quase que exclusivamente em escolas de Enfermagem. O Conselho Federal de Educação iniciou a revisão dos currículos dos cursos superiores. Na área da saúde, a reforma conformou os cursos segundo o *Relatório Flexner*. No ciclo básico, o conhecimento era oferecido por departamentos cada vez mais especializados, com pouca correlação com a futura prática profissional, onde o aluno poderia lidar com as ciências biológicas através de livros distantes de sua realidade e experimentar em laboratórios. Os hospitais de clínicas foram criados para que a própria escola fosse o mundo do aluno e do professor.

A reforma deu origem, na Enfermagem, ao Parecer nº 163/72, que atrelou suas disciplinas ao modelo biomédico e criou as chamadas habilitações em três áreas básicas (Saúde Pública, Médico-Cirúrgica e Materno-Infantil), posteriores à graduação, que perdeu seu caráter de terminalidade – inclusive o aluno podia concluí-la tendo apenas noções de Enfermagem em Saúde Pública.

Enquanto parte da totalidade do sistema formador, a FEUERJ promoveu ajustes curriculares, com base no Parecer nº 163/72. Um relatório da direção, em 1976, apontou problemas no processo de ensino-aprendizagem, o que gerou a revisão na estrutura do currículo e a Deliberação UERJ nº 29/77. Esta aprovava o currículo pleno do curso, com carga horária na graduação de 3.285 horas, incluindo o

estágio supervisionado, desenvolvido nos dois últimos períodos do curso, visando a superar sua fragmentação e descontinuidade, além do ciclo de habilitações específicas, com 750 horas.

O processo ocorrido na década de 90, que promoveu a mudança da formação na instituição, será descrito no contexto que favoreceu a ruptura. Hoje a FEUERJ, além da reconhecida qualidade que imprime à graduação, se caracteriza por expressiva vocação extensionista, pela contribuição na qualificação e requalificação dos trabalhadores da rede de assistência à saúde, especialmente do SUS e no investimento na produção e divulgação do conhecimento em Enfermagem.

### **O contexto nacional da mudança na formação do enfermeiro**

A década de 80 foi marcada por movimentos de democratização do Estado e por transformações nas esferas política e jurídica, inclusive na saúde. No campo das políticas, o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) rompeu com o paradigma biomédico vigente e propôs as bases para a criação do Sistema Único de Saúde. Quanto à formação dos profissionais da área, a 9ª CNS indicou a revisão dos currículos para ajustá-los às realidades sociais, étnico-culturais e ao quadro epidemiológico, propondo uma formação geral com visão integral e comprometimento social (BRASIL, 1993).

Apesar da realidade de saúde e da nova legislação para o setor, as instituições de ensino de Enfermagem não acompanhavam as demandas sociais. Continuavam tratando as questões do corpo dentro de uma perspectiva biológica e segmentada, e sem a inserção do cuidado num contexto social e cultural. Urgiam mudanças nas concepções no currículo formal e no currículo em ação. Em resposta, os segmentos da Enfermagem ligados ao movimento de Reforma Sanitária desencadearam um processo de análise político-ideológica da estrutura social e da política educacional vigente, do modelo de prestação de serviços, da categoria “enfermeiro” e sua formação, que iria orientar um movimento em prol de mudança do currículo mínimo nacional.

A partir de 1986, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) liderou um processo de discussão em todo o país, articulada com a Comissão de Especialistas de Enfermagem da SESu/MEC, com as entidades de classe e escolas de Enfermagem. Docentes da FEUERJ

ligados à ABEn e ao Sindicato dos Enfermeiros participaram ativamente desse movimento.

A ABEn promoveu, em 1987 e 1988, seminários regionais e nacionais, sobre os temas “Ensino superior de Enfermagem” e “Perfil e competência do enfermeiro e suas implicações no currículo de Enfermagem”, visando a caracterizar a situação do ensino na graduação e a propor novas alternativas. Os resultados foram sistematizados posteriormente, numa oficina que deu origem a postulados fundamentais para um novo currículo. Outro seminário nacional, “Currículo mínimo para a formação do enfermeiro”, em 1989, constituiu fórum deliberativo do anteprojeto para mudança curricular.

Na década de 90 a mudança do paradigma curricular ganhou corpo. De uma oficina de trabalho, em 1991, resultou o documento que definiu parâmetros e diretrizes para a formação do enfermeiro. Em 1992, a proposta encaminhada pela ABEn recebeu aprovação da SENESu/MEC. E finalmente um novo parecer (CFE nº 314/94) fixou os “Mínimos do conteúdo e a duração do curso de graduação em Enfermagem”, atendendo à proposta da categoria e preconizando a formação de enfermeiros com competências técnico-científica e política. Indicava mudanças no marco conceitual, contemplando a conjuntura do país e o contexto de saúde, enfatizava uma estreita relação entre os processos de formação e de trabalho em Enfermagem e recomendava que o currículo deveria favorecer as práticas voltadas para as demandas de saúde da população, em consonância com os princípios da Lei Orgânica da Saúde (CORREIA *et al.*, 2004).

Em decorrência do fértil debate realizado, ainda em 1994, os Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEns) consubstanciaram-se como fóruns orientadores de diretrizes para o ensino. O primeiro, ocorrido no Rio de Janeiro, tinha como objetivos reconhecer os determinantes históricos intervenientes na política educacional em Enfermagem; relacionar os processos produtivos com as diretrizes educacionais; identificar os dilemas presentes nos processos de formação dos diversos níveis em Enfermagem e traçar estratégias e diretrizes para o ensino (SENADEn, 1994).

No campo da Educação, 35 anos depois da promulgação da primeira Lei de Diretrizes e Bases, foi publicada a Lei nº 9.394/96 (nova LDB), fruto de mais de uma década de negociações, demandando que

todo o processo educacional vigente no país se adequasse a ela. Resalve-se que o processo de debate ocorrido na área de Enfermagem já se deu no interior de alguns dos princípios da nova LDB.

Os SENADEns tornaram-se fundamentais no apoio à promoção de mudanças no ensino, gerando nos estados a organização de fóruns permanentes de escolas de Enfermagem. O 2º SENADEn, em 1997, diagnosticou o estágio de implantação do novo currículo e apontou estratégias. O 3º SENADEn, “As diretrizes para a educação em Enfermagem no contexto da nova LDB”, realizado em 1998, debateu: competências, habilidades e conteúdos; duração e estruturação modular dos cursos; organização dos estágios; aproveitamento de atividades extracurriculares e o perfil de enfermeiro desejado (CORREIA *et al.*, 2004).

Mas o projeto pedagógico da Enfermagem corria riscos, com uma nova proposta de diretrizes curriculares encaminhada pelo SESu/MEC às instituições de ensino superior (IES). Durante o 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem, o fórum de escolas debateu a proposta, rejeitando-a, e reafirmou os princípios e diretrizes defendidas pela categoria na *Carta de Florianópolis*.

Em decorrência das exigências da nova LDB, foram homologados o Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, que definiu as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, e a Resolução nº 3/2001, que instituiu diretrizes específicas para o ensino de graduação em Enfermagem, preservando o contido na *Carta de Florianópolis*. Entretanto, não estabeleceu a duração dos cursos, o que persiste até hoje (CORREIA *et al.*, 2004).

A nova política de educação instituiu a obrigatoriedade de projetos pedagógicos nas IES, além de mecanismos de avaliação dos cursos. Por consequência, o 4º e o 5º SENADEns privilegiaram os temas “Enfermagem: estratégias e perspectivas político-pedagógicas” e “Exame nacional de cursos e avaliação institucional”, construindo orientações para a elaboração dos projetos pedagógicos e debatendo mecanismos solidários de preparação das IES para a avaliação pelo MEC.

Em 2002, o 6º SENADEn, ao abordar o tema “Educação e mudanças: discutindo os contextos, textos, lições e propostas”, avaliou a implementação das diretrizes curriculares e a construção dos projetos pedagógicos. Diagnosticou como dificuldades a crise de financiamento

das universidades públicas e sua estruturação rígida, e a expansão indiscriminada de novos cursos de Enfermagem privados. O encontro indicou a necessidade de um parâmetro nacional mínimo de 4.000 horas na carga horária para a graduação de Enfermagem.

### **Contexto institucional do processo de mudança curricular na FEUERJ**

O processo de redemocratização do país, a proposta da Reforma Sanitária, a implantação do SUS e o movimento desencadeado pela ABEn ecoavam na FEUERJ. Desde a década de 80 um grupo de professores, articulado às lutas nacionais, se inquietava com o ensino desenvolvido e desejava maior articulação entre o ensino e a assistência. Iniciou-se um movimento por um projeto com o Hospital Universitário Pedro Ernesto, que resultou num acordo interinstitucional de criação do Internato de Enfermagem, em 1980. Todavia, só em 1982 houve condições políticas para sua implementação, inicialmente no 7º período do curso, com bolsa remunerada para os alunos inseridos nessa modalidade de ensino. Em 1986, devido aos resultados obtidos, o internato foi ampliado para o 6º período. Não obstante o currículo ainda ser centrado no modelo biomédico e na assistência hospitalar, o aluno já vivenciava outras situações em unidades básicas de saúde, a partir de projetos integrados entre a FEUERJ e a Secretaria Municipal de Saúde (CORREIA, 2003).

Articulada com o movimento da ABEn, a FEUERJ promoveu oficinas curriculares, procurando adequar o currículo. Em 1988, o seminário interno “O ensino de graduação: perfil e competência” discutiu os conceitos que deveriam nortear a formação e como criar novas estratégias de operacionalização das habilitações. Em 1989 e 1991 foi retomado o debate interno, a partir do documento *Nova proposta de currículo mínimo para a formação do enfermeiro*, encaminhado pela ABEn, visando à análise crítica dos conteúdos programáticos do currículo.

Um importante marco da mudança na formação na FEUERJ ocorreu em 1992, com a eleição de uma direção que participava ativamente do movimento nacional da ABEn, mudando e democratizando o modelo de gestão política da FEUERJ. Criou-se, inicialmente, o Fórum Permanente para a Formação do Enfermeiro e

formou-se uma comissão para organizar a “1ª Oficina de trabalho para elaboração do plano quadrienal para a gestão 1992-1996”, que apontou diretrizes para o ensino, a pesquisa e a extensão.

Nas primeiras oficinas pedagógicas, o tema “Formação do enfermeiro e currículo” foi problematizado, o que permitiu escolher uma teoria da educação, uma concepção pedagógica e estrutura curricular, além de processos metodológicos – a nosso ver, compatíveis com o paradigma de saúde defendido pelo movimento da Reforma Sanitária. Foi diagnosticada a necessidade de articulações interdisciplinares, interdepartamentais e, ainda, entre ensino, trabalho e comunidade.

A nova direção instituiu grandes inovações, como a idealização da oficina de criação e projetos como “Análise institucional”, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, “Análise do processo de avaliação pedagógica”, “Processo de mudança curricular” e o “Projeto Vivendo Vivências”. Desencadeou-se um processo de sensibilização do grupo, através da técnica de psicodrama institucional. Essas ações permitiram desvelar os “nós” das relações na instituição e apontaram questões importantes para reflexão, tais como: o feminino da Enfermagem como objeto de vigilância e dominação; o magistério e a Enfermagem, que conferem uma dimensão do trabalho como extensão do lar; o objeto da práxis do enfermeiro, o cuidado, centrado na pluralidade de disciplinas que emprestam à Enfermagem seu campo de conhecimento (DÂMASO, 1994).

Foi deflagrado em 1993 um processo de reflexão da prática docente, com os cursos de capacitação pedagógica, em parceria com a Escola Técnica Enfermeira Izabel dos Santos, enfocando a Pedagogia da Problematização, tendo sido proferida, por um especialista, a palestra “Teoria crítica da Educação”. No mesmo ano, foram oferecidos cursos de dinâmica de grupo, estratégia para sensibilizar e instrumentalizar o corpo docente para uma relação pedagógica não-vertical e autoritária com os alunos. A segunda oficina, “Nós e os nós da avaliação”, realizada em 1994, identificou a avaliação como um dos problemas a serem tratados.

Os resultados alcançados com as estratégias acima descritas e a proximidade da oficialização do “Novo currículo mínimo nacional para a graduação em Enfermagem” (Parecer CFE Nº 314/94) mobilizaram o corpo docente, em reunião, a decidir por uma mudança

curricular na FEURJ orientada por uma concepção pedagógica crítica. Para operacionalizar a decisão, foi criada por portaria uma comissão para elaboração e acompanhamento do plano estratégico da reforma curricular do curso.

O processo de construção do novo currículo ocorreu, desde o primeiro momento, de forma coletiva, através de oficinas de trabalho promovidas pela Comissão de Mudança Curricular. Durante o ano de 1995 foram realizadas as oficinas “Formação do enfermeiro e currículo”, que objetivava refletir sobre a mudança do paradigma, e “Perfil profissional”, com o intuito de mapear os conhecimentos ensinados até então em cada disciplina, importantes para reorientar a seleção dos conteúdos. Também ocorreram oficinas de currículo, com os seguintes objetivos: definir as áreas de um currículo integrado, selecionar os conteúdos, estabelecer o nível de articulação possível com as disciplinas ministradas por outras unidades de ensino, estruturar a rede de conhecimentos, localizar os conceitos-chave e habilidades, e identificar e sistematizar os princípios técnico-científicos, políticos e filosóficos. A sensibilização do corpo docente continuava com a oficina do Teatro do Oprimido e o Currículo Vivo, com Augusto Boal (ROMANO, 1999).

Como estratégia de legitimação junto às instâncias universitárias, foi encaminhado ao Departamento de Ensino de Graduação o projeto preliminar denominado “Currículo integrado fundamentado na teoria crítica da Educação”, que recebeu o apoio dessa instância. Em novembro de 1995, em reunião de corpo docente, a versão final do projeto foi aprovada e em seguida encaminhada à Sub-Reitoria de Graduação.

O ano de 1996 marcou o início de uma nova gestão e da implementação do currículo integrado. Em maio, o Conselho Superior de Ensino e Pesquisa aprovou o projeto e, em dezembro, foi promulgada a Deliberação UERJ nº 36/96, que passou a regular o currículo pleno do curso de graduação. Na ocasião estavam em condições de operacionalização apenas uma subárea assistencial e parte de duas subáreas fundamentais, sendo as demais construídas paralelamente à implementação do novo currículo. No mesmo ano, com o objetivo de sensibilizar os sujeitos envolvidos no processo quanto ao conceito de educação e às metodologias adotadas, realizou-se nova oficina com Augusto Boal. Como era necessário apropriar novos conceitos de

avaliação de aprendizagem, a comissão de currículo organizou o 1º Curso de Capacitação em Avaliação (CORREIA *et al.*, 2004).

A mudança de paradigma gerou a necessidade de acompanhar e avaliar a implantação do currículo, tendo como estratégias dois seminários de avaliação semestrais, com a participação dos professores e alunos envolvidos em cada período, além de reuniões regulares da comissão de currículo e professores. A necessidade de aprofundamento teórico demandou a organização de novas oficinas de capacitação pedagógica para o corpo docente. Essa atividade passou a ser desenvolvida, posteriormente, em parceria com o PROECOS/SR-3.<sup>1</sup>

A construção das áreas continuou ao longo de 1997 e 1998, ao mesmo tempo em que o currículo era implementado. O novo desafio, em 1999, foi reconstruir e operacionalizar o internato. Sua nova configuração, com uma concepção de integralidade e de complexidade crescente das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação voltados a cada grupo humano, possibilitou aos alunos uma visão abrangente das ações do enfermeiro nos contextos da comunidade, da rede básica e hospitalar.

Com o objetivo de ajuizar o planejamento e operacionalização do internato de maneira propositiva, duas oficinas de avaliação diagnóstica foram realizadas em 2000. A primeira apontou a importância da construção de habilidades e atitudes esperadas ao longo dos sete primeiros períodos, em consonância com o perfil profissional traçado; a segunda discutiu as competências e habilidades, a carga horária e os cenários de aprendizagem, permitindo a elaboração do *Caderno do Internato*. Uma terceira oficina, realizada em 2001, procedeu à revisão e readequação do regimento do internato.

O aprofundamento da discussão sobre a missão, perfil e currículo integrado, além de refletir sobre as competências preconizadas, levou a Comissão de Currículo, ainda em 2000, a organizar novas oficinas: “Diagnóstico da construção do projeto político-pedagógico” e “Construindo as competências para o ensino de Enfermagem”, seguidas da conferência “Diretrizes curriculares e o ensino por competências para a Enfermagem”, realizada pela presidente da ABEn nacional.

O movimento adotado – de construção, implementação, avaliação e reconstrução, próprio do conceito de “currículo enquanto práxis e processo” (SACRISTAN, 1998) – envolveu criação, reestruturação e

realocação de subáreas, redistribuição de carga horária, além das mudanças mencionadas no internato. Essa reconfiguração do plano curricular foi aprovada pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa, através da Deliberação nº 005/02.

A partir de 2002, no sentido de instrumentalizar a instituição para o processo de avaliação do INEP/MEC, houve todo um investimento em oficinas com o corpo docente e participação de consultores externos, sobre os temas “Avaliação institucional: o olhar externo e interno”, “Qual parte me cabe neste conjunto” e “Tecendo os fios da trama”. Nelas se identificou a centralidade, para o currículo, de temas transversais que precisavam ser mais bem definidos e articulados, tais como: semiologia e semiótica; contexto político e histórico na saúde; ética e bioética, dentre outros.

Ao longo de 2003 debateram-se os instrumentos que seriam utilizados pelo INEP para a avaliação local das condições de curso e foram realizadas novas oficinas para análise dos resultados obtidos no Exame Nacional de Cursos, nos quais a FEUERJ obteve conceito A.

### **O projeto político-pedagógico da FEUERJ: princípios e diretrizes**

#### ***Concepções de saúde e educação que nortearam a mudança***

Foi necessário percorrer todo um caminho, sabendo-se que “se faz o caminho ao andar”<sup>2</sup>, para que vislumbrássemos com clareza a nova missão institucional e o perfil de alunos que os novos tempos requeriam, sempre guiados por concepções de educação e saúde que julgávamos mais adequadas à sociedade que buscamos.

A visão de sociedade presente no projeto pedagógico em tela é plural, e busca mudanças históricas, políticas e econômicas capazes de superar as fortes desigualdades sociais. Essa visão influenciou a definição da missão institucional que traduz o compromisso com a formação de enfermeiros cidadãos, conhecedores dos problemas do seu estado, o que ultrapassa os níveis puramente técnicos, pois exige a adoção de posições em prol do mundo e da vida (FEUERJ, 2002).

O marco referencial do campo da saúde, expresso no currículo, tem por base o paradigma da produção social da saúde, que se fundamenta na idéia de que tudo o que existe é produto da ação humana na sociedade e que o fenômeno saúde-doença tem multideterminação

(MENDES, 1996). Nosso marco referencial busca superar o conceito mecanicista/funcionalista de saúde como a mera ausência de doenças e o modelo biomédico e hospitalocêntrico que vê o paciente apenas como o portador de uma patologia e o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam e que precisam de inspeção constante por um especialista.

Adotou-se então o conceito contido na Constituição brasileira, segundo a qual “Saúde é a resultante das condições de trabalho, renda, meio ambiente, liberdade, lazer, acesso e posse da terra, educação, habitação, alimentação e acesso aos serviços de saúde”. A natureza desse conceito é eminentemente interdisciplinar, visto que tem por base as múltiplas determinações e mediações históricas que o constituem, o que demanda articular dinamicamente as dimensões do social, do psicológico e do biológico, para que a saúde possa ser apreendida em toda sua dimensão.

Entendeu-se que ele traz à tona a necessidade de uma abordagem interdisciplinar do conhecimento, capaz, ao mesmo tempo, de preservar a autonomia e a profundidade de cada área envolvida e de articular os fragmentos do conhecimento, ultrapassando e ampliando a compreensão pluridimensional dos objetos (MINAYO, 1991).

A interdisciplinaridade no currículo de Enfermagem na FEUERJ implicou integração disciplinar em torno de problemas oriundos da realidade de saúde, na qual os conteúdos das disciplinas que auxiliam na compreensão daquela realidade interagem dinamicamente, estabelecendo entre si conexões e mediações. Nessa proposta, o princípio de hierarquia entre as ciências é substituído pelo princípio de cooperação, possibilitando a “transitividade interna” entre fragmentos de ciência, conceitos e linguagens. Essa concepção se contrapõe à empírico-racionalista, na qual o conhecimento se realiza mediante um método de análise e soma, cujo postulado é constituído pela representação atomística da realidade (ROMANO, 1999).

A Teoria da Educação Crítica norteou a construção do novo currículo, na medida em que o significado de crítica enquanto constructo filosófico está relacionado à concepção dialética da realidade. Nela “o currículo é concebido a partir de suas relações com a estrutura social, a cultura, a ideologia e o poder; tendo como preocupação entender a favor de quem o currículo trabalha e como



fazê-lo trabalhar a favor dos grupos e classes oprimidos” (MOREIRA; SILVA, 1994, p. 16).

Foi nessa perspectiva que se adotou um currículo integrado, considerando-se que o currículo é um dos determinantes da prática profissional e funciona como expressão mediada do contexto político-educacional, possibilitando uma visão dialética de unidade indissolúvel entre teoria e prática, assegurada pela relação simultânea e recíproca de autonomia e dependência de uma relação com a outra (CANDAUI, 1988). Esse ponto de vista encontrou respaldo na teoria curricular de Bernstein (1995), que afirma que as formas de transmissão do conhecimento educacional podem contribuir para manter ou alterar as formas de experiência, identidade e relação social. Silva também menciona que o currículo não é simplesmente espaço de transmissão de conhecimento, mas que produz identidades (SILVA, 1997).

A opção foi por uma metodologia problematizadora – caminho para a concretização de uma educação crítica, dialética e dialógica, baseada em Paulo Freire. Não foi uma mera opção técnica, mas uma decisão que envolveu questões éticas e visões de homem e de mundo, tendo o aluno como sujeito da aprendizagem, reconhecendo suas características e sua história de vida.

Nessa metodologia é adotada a observação da realidade e de sua problemática como momento inicial do processo. A partir daí, a realidade vai sendo analisada de forma que seus determinantes sejam identificados, e a teorização tem como objetivo compreender esses determinantes. Essa dinâmica permite “desnaturalizar” a realidade de saúde e inseri-la num contexto sóciopolítico, cultural e econômico. O movimento de confrontação da realidade com a teorização permite também que os alunos estabeleçam mediações entre o ideal e o real, e desenvolvam a capacidade de reflexão, a criatividade e o pensar/agir sobre as ações de saúde que a realidade demanda.

Na visão de que currículo, metodologia e sistema de avaliação são elementos indissociáveis de uma proposta de educação, recomendou-se a avaliação crítica de processo, natureza diagnóstica e qualitativa – a mais adequada ao projeto em questão. Nessa concepção, discutida por autores como Hoffmann (1995) e Luckesi (1995), a avaliação é um meio e não um fim em si mesma, estando relacionada à teoria e à prática que a circunstanciam. Sua adoção requer estar atento à

superação do autoritarismo, no qual a avaliação teve historicamente um papel disciplinador de condutas sociais, visando à autonomia do educando. Ela se distancia também das perspectivas de avaliação compensatória e espontaneísta. Entretanto, cabe aqui uma ressalva: devido à estrutura da universidade, que uniformiza a avaliação de todas as suas unidades acadêmicas, além das dificuldades inerentes ao ato de avaliar, a concepção de avaliação é ainda uma imagem-objeto a ser alcançada.

A escolha do corpo teórico na interface saúde-educação teve o intuito de favorecer a formação de:

“enfermeiros comprometidos com a vida na expressão máxima de seu potencial, guiados por princípios éticos que respeitem o ser humano no seu direito à liberdade e dignidade, desenvolvendo a tolerância no trato com as diferenças. Capaz de exercer a democracia na busca da conquista de direitos e exercício de deveres, participando como cidadãos cômicos do seu papel para a sobrevivência do planeta, na atuação técnica, educativa, política e produção do conhecimento” (PROJETO..., 2002, s/p).

### ***A estrutura e organização do currículo da FEUERJ***

O curso de graduação da FEUERJ tem a duração de nove períodos letivos e uma carga horária total de 5.850 horas. Seu currículo, construído coletivamente, é estruturado segundo um código de integração. O regime do curso é de seriado flexível, visto que o regime de créditos é incompatível com um currículo integrado. Estão previstos, no plano curricular, momentos livres para que o aluno possa buscar disciplinas de caráter eletivo, em qualquer área de saber, ou participar de projetos de extensão, pesquisa ou monitorias.

A estrutura do currículo compreende três grandes áreas, concebidas como uma espiral. A área assistencial é assim denominada por incluir conhecimentos teórico-práticos que conformam a assistência de Enfermagem no nível individual e coletivo, considerando o perfil epidemiológico e o quadro sanitário do país. É constituída por cinco subáreas. A primeira, denominada de “Saúde, trabalho e meio ambiente”, serve como matriz para a estruturação das demais. As outras subáreas são: “Promovendo e recuperando a saúde mental”, “Saúde do adolescente, adulto e idoso e o mundo do trabalho”, “Saúde e mulher” e “Atenção integral à saúde da criança”.

A área fundamental dá sustentação às ações de Enfermagem e suas bases histórico-filosóficas e políticas. Abrange conhecimentos teórico-práticos de educação, de pesquisa, de políticas e de organização do processo de trabalho do enfermeiro. É formada por quatro subáreas: “Educação e pesquisa em enfermagem”, “O exercício da Enfermagem e suas bases histórico-político-filosóficas”, “Políticas de saúde” e “Administração do processo de trabalho e da assistência de Enfermagem”.

A área “Bases biológicas e sociais da Enfermagem” é composta pelas disciplinas que emprestam à Enfermagem seu corpo de conhecimento, oferecidas por outras faculdades e institutos da universidade. Em função de suas características, não está ainda completamente integrada às demais, não estando organizada tradicionalmente. Sua redistribuição espacial permite que deixe de funcionar como conteúdos fragmentados. Desse modo, seus conteúdos não estão mais localizados apenas no início do processo de formação, distribuindo-se de maneira correlacionada do 1º ao 7º período do curso, o que permite um primeiro nível de integração.

A organização do currículo rompe com as visões dicotômicas tradicionais: ciclo básico (disciplinas de caráter científico) isolado do ciclo profissionalizante (disciplinas vinculadas à prática profissional) e conteúdos de saúde pública isolados daqueles mais vinculados ao hospital. Conseqüentemente, busca-se alterar a relação teoria-prática e a separação saúde coletiva/individual.

Cabe destacar que no currículo cada subárea é organizada como uma espiral, englobando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Assim, a cada nova subárea o aluno retorna à comunidade, à rede básica e ambulatorial e ao hospital. Rompe-se com a lógica de confinar os conteúdos de saúde pública ao início do curso (ações menos complexas) e os vinculados ao hospital nos últimos períodos (ações mais complexas).

As subáreas são passíveis de conexões e mediações nos diversos períodos do curso onde estão alocadas, pois na estrutura curricular está estabelecida a ocorrência das três grandes áreas em um mesmo período do curso. Essa organização demanda que as áreas se articulem, visando sempre a uma perspectiva de totalidade do processo saúde-doença. Para tanto, é necessário que os professores que atuam

no mesmo período do curso se reúnam periodicamente para estabelecer estratégias de integração.

À luz da teoria de Bernstein, nesse tipo de currículo cada conteúdo deixa de ter significado por si só, para assumir uma importância relativa, com uma função bem determinada e explícita dentro do todo do qual faz parte (BERNSTEIN *apud* DOMINGOS, 1986).

### ***Os cenários de aprendizagem***

Na construção e reconstrução do curso de Enfermagem da FEUERJ, um dos pontos que mereceu reflexão mais aprofundada foi a adequação dos cenários de aprendizagem à proposta pedagógica. Os cenários têm importância como locus da formação em saúde, espaço privilegiado para a incorporação da integralidade no processo de cuidar e aprender a cuidar. É importante perceber o quanto sua definição (na qual as práticas e estágios são desenvolvidos) precisa obedecer a uma análise mais crítica sob uma perspectiva ético-político-pedagógica que ofereça a possibilidade de redefinição das práticas pedagógicas e do cuidado, referidas à nova organização do sistema de saúde, possibilitando práticas transversais de atenção. Além disso, é nesse espaço que professores e estudantes têm a oportunidade de articular a formação com as atividades assistenciais desenvolvidas nos serviços.

Na FEUERJ o hospital universitário deixou de ser o único local de desenvolvimento das práticas. A ampliação dos cenários permitiu contemplar e experienciar a atenção específica a grupos humanos, introduzindo a família e comunidade, ONG e outros espaços sociais como foco da atenção. Outro aspecto a destacar é a forma de inserção do estudante nos cenários, responsabilizando-se pelo cuidado desenvolvido junto ao usuário. Encontramos, assim, outra forma de estar nos cenários, com enraizamento nas práticas locais do cuidado. A organização do estágio na forma de internato e a articulação da extensão com o ensino de graduação, como política integradora, ampliam a atuação para diferentes realidades, criando modelos diversos daqueles mais tradicionalmente utilizados. A inserção do estudante desde os primeiros momentos da formação, com a oportunidade de estar em contato com a comunidade desde o primeiro período do curso, permite outra relação entre teoria e prática, na qual a construção do conhecimento se dá a partir da ação concreta no

mundo (ROMANO; HENRIQUES, 2005). Dessa forma, os alunos percorrem os níveis de complexidade da assistência à saúde, a partir do segundo período, percorrendo a rede de cuidados e os diferentes níveis de atenção à saúde.

Os dois últimos períodos do curso constituem um tempo e uma vivência de transição, necessários para articular a passagem do papel de estudante para o de enfermeiro. Nessa fase do curso os alunos ganham progressivamente independência e segurança para o posterior desempenho como profissionais. Essa modalidade de ensino em serviço é denominada “Experimentando o exercício profissional” e tem a forma de internato remunerado, perfazendo um total de 2.160 horas. Também nos dois últimos períodos, os alunos desenvolvem uma monografia como trabalho de conclusão do curso. Para esta produção estão previstas 182 horas, que fazem parte da carga horária total do internato.

### Táticas, estratégias e negociações políticas

Para que o processo de mudança pudesse ser desencadeado, foram necessárias negociações, pactos e articulações políticas entre a faculdade e as demais instâncias da universidade, bem como a participação efetiva de representantes da mesma no movimento nacional pelas transformações do ensino de Enfermagem no país. Essa participação permitiu ampliar a visão, a compreensão do papel social da profissão e das conjunturas política e social, que exigiam um perfil profissional diferente daquele até então dominante. No interior da universidade havia descompasso entre o movimento que acontecia na faculdade e as demais unidades acadêmicas. A ocupação de determinados cargos por professores da faculdade e seu envolvimento no processo político universitário permitiram sensibilizar e construir alianças e apoios para que houvesse aprovação de nossa proposta. Também foi necessário que outras unidades acadêmicas responsáveis por determinados conteúdos do curso aderissem ao projeto, no que foi fundamental, à época, a criação do PROECOS.

Em relação ao desencadeamento das ações próprias ao processo de mudança, os espaços coletivos de discussão e as dinâmicas implementadas colaboraram para a compreensão e co-responsabilização dos sujeitos envolvidos no curso de graduação em Enfermagem da unidade.

Esse é um processo que está sempre em movimento, que se alimenta dele mesmo, o que para muitos pode parecer uma utopia. Porém, pensar a educação abdicando da utopia é reduzi-la a um conjunto de normas, regras e objetivos a serviço de um paradigma curricular tecnocrático, acrítico e homogêneo. A defesa dessa proposta se vincula ao campo das utopias por justiça social, democracia e libertação.

### Referências

- BERNSTEIN, B. A. *Estruturação do discurso pedagógico: classes, códigos e controles*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- BRASIL. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 314, de 1994. Dispõe sobre o novo currículo mínimo do curso de graduação em enfermagem. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 28 nov.1994. Seção1, p. 1.791.
- CALDAS, N. P. Repensando a evolução histórica da Faculdade de Enfermagem da UERJ: breve relato. *Revista de Enfermagem da UERJ*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, dez. 1997. p. 517-520.
- CANDAU, A. *Rumo a uma nova didática*. Petrópolis: Vozes, 1988.
- CORREIA, L. M. *O ensino de enfermagem obstétrica na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro: propostas e contradições: 1982-1986*. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- CORREIA, L. M.; HENRIQUES, R. L. M.; NOGUEIRA, M. F. H.; PACHECO, S. A.; ROMANO, R. T. Construção do projeto pedagógico: experiência da Faculdade de Enfermagem da UERJ. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 57, n. 6, p. 649-653, nov./dez., 2004.
- DÂMASO, R. A instituição de avaliação no ensino de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 212-220, out. 1994.
- DOMINGOS, B. *A Teoria de Bernstein na Teoria de Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1986.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- HOFFMAN, J. *Avaliação: mito e desafio. Uma perspectiva construcionista*. Porto Alegre: Educação e Realidade, 1995.
- LUCKESI, C. *Avaliação da aprendizagem escolar: estudos e proposições*. São Paulo: Cortez, 1995.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Revista Medicina*. Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 70-77, abr./jun., 1991.
- MOREIRA, A. F. B.; SILVA, T. T. *Currículo, cultura e sociedade*. São Paulo: Cortez, 1994.
- PROJETO Político-Pedagógico da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro: FENF, 2002.

RELATÓRIO Final da Conferência Nacional de Saúde, 9. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

ROMANO, R. A. T.; HENRIQUES, R. L. M. Manifestações da integralidade na formação de enfermeiros: os cenários de aprendizagem como espaço concreto da interlocução entre o ensino e o trabalho. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, 9., 2005, Natal. *Anais...* Rio de Janeiro: BEn, 2005.

ROMANO, R. A. T. *Da reforma curricular à construção de uma nova práxis pedagógica: a experiência da construção coletiva de um currículo integrado*. 1999. Dissertação (Mestrado em Tecnologias Educacionais na Formação em Saúde) - Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

\_\_\_\_\_. *Da reforma curricular à construção de uma nova práxis pedagógica: a experiência da construção coletiva de um currículo integrado*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 8, n. 2, p. 78-83, jul./dez., 2000.

SACRISTAN, J. G. *O currículo: uma reflexão sobre a prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL (SENADEN), 1., Rio de Janeiro. *Documento final*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Enfermagem, 1994.

SILVA, T. T. *Currículo e cultura: uma visão pós-estruturalista*. Campinas: Unicamp, 1997.

VEIGA, I. P. (Org). *Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível*. Campinas: Papi, 1996.

#### Notas

<sup>1</sup> O Projeto de Educação Continuada em Saúde (PROECOS), implementado pela Sub-Reitoria de Extensão e Cultura da UERJ, tem como objetivo promover o debate pedagógico entre as unidades acadêmicas da área de saúde e a integração entre ensino e serviço nas unidades de campo de estágio (PPC/HUPE).

<sup>2</sup> Do poema "Camifante", de Antonio Machado, poeta espanhol, s/d.

## O currículo de Medicina da Universidade Federal Fluminense: revisitando uma experiência

CLÁUDIA MARCH \*

LILIAN KOIFMAN \*\*

ANA LÚCIA DE MOURA PONTES \*\*\*

GILSON SAIPPA-OLIVEIRA \*\*

ALUISIO GOMES SILVA JUNIOR •

VERÔNICA SILVA FERNANDEZ ••

Nossa inserção na linha de pesquisa EnsinaSUS resultou, em grande parte, da experiência acumulada junto ao currículo de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), tanto na sua formulação quanto na sua implementação, ao longo dos últimos doze anos.

Este artigo é fruto de nossas reflexões sobre a experiência no Laboratório Universitário de Planejamento em Saúde (LUPA-Saúde), do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde

---

\* Nutricionista; mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA); professora no Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC-UFF); pesquisadora do EnsinaSUS. Endereço eletrônico: cmarch62@yahoo.com.br.

\*\* Pedagoga; doutora em Saúde Pública; professora no Departamento de Planejamento em Saúde do ISC-UFF; coordenadora do LUPA-Saúde; pesquisadora associada do LAPPIS. Endereço eletrônico: lilian@vm.uff.br.

\*\*\* Médica; mestre em Saúde Pública; residente em Medicina Preventiva e Social no Departamento de Planejamento em Saúde do ISC-UFF; membro do LUPA-Saúde. Endereço eletrônico: analu64@yahoo.com.br.

\*\*\*\* Cientista social; mestre em Saúde Pública; professor no Departamento de Planejamento em Saúde do ISC-UFF; membro do LUPA-Saúde; pesquisador associado do LAPPIS; doutorando em Saúde Pública na ENSP-Fiocruz. Endereço eletrônico: gilsonsaippa@vm.uff.br.

• Médico sanitário; doutor em Saúde Pública; professor no ISC-UFF; coordenador do GEGES-PROPP/UFF(CNPq); pesquisador associado do LAPPIS. Endereço eletrônico: agsilva@uninet.com.br.

•• Acadêmica de Nutrição da Universidade Federal Fluminense; monitora da Disciplina Administração de Saúde Pública do ISC-UFF; pesquisadora associada do LAPPIS. Endereço eletrônico: verosfy@yahoo.com.br.

da Comunidade, onde, em parceria com o LAPPIS, refletimos acerca da integralidade e atuamos conjuntamente nos debates sobre os caminhos a serem trilhados pelo LAPPIS.

Como resultado desse debate, constituiu-se a linha de pesquisa EnsinaSUS, na qual contávamos com pesquisas concluídas e em andamento, sobre a temática da formação médica, assim como a prática cotidiana no curso de Medicina da UFF e em outros cursos de graduação da área da saúde – Enfermagem, Nutrição e Odontologia.

Diferentemente da maior parte dos docentes envolvidos na formação de médicos na UFF, ao longo dos anos o Departamento de Planejamento em Saúde (docentes, residentes, estudantes e monitores) tem-se pautado pela reflexão na ação. Entretanto, imersos no cotidiano de nosso fazer acadêmico-institucional, em alguns momentos tivemos dificuldades de sistematizar a reflexão. A pesquisa se apresentou como um momento rico de incentivo para uma nova reflexão sobre a implementação do currículo e de suas propostas de inovação.

Muitos têm sido os momentos nos quais compartilhamos nossa experiência com docentes, estudantes, gestores, trabalhadores e representantes dos espaços de controle social envolvidos em propostas e experiências de mudanças na formação de profissionais de saúde. Ainda que esses momentos venham permitindo retroalimentar nossa prática, nossa experiência no EnsinaSUS tem sido um processo extremamente denso e intenso, que nos permite ter um novo olhar sobre as possibilidades, limites e desafios do currículo em ato. O presente capítulo pretende, então, apresentar a primeira sistematização de nossa reflexão.

### **Da proposta à ação: o currículo de Medicina da UFF em ato**

Na análise da experiência de formação médica da UFF, destacamos elementos do contexto político nacional, local e regional de emergência e desenvolvimento da proposta, assim como as estratégias de implementação.

No final da década de 1970, o descontentamento de parte dos docentes e estudantes de Medicina da UFF em relação ao processo de formação dos médicos na instituição motivou a criação de um grupo de trabalho que elaborou um documento preliminar sobre mudanças no currículo de Medicina. Entretanto, esse processo sofreu

descontinuidade até 1983, quando foi retomado. Tal descontinuidade teria sido fruto da mudança de gestores no espaço da universidade e dos serviços de saúde (KOIFMAN, 2001). Ressaltamos a inserção desse processo no movimento de redemocratização da sociedade brasileira, que permeou inclusive as transformações nas instituições universitárias e de saúde. Em relação ao campo da saúde, destaca-se a articulação do Movimento Sanitário, envolvendo trabalhadores dos serviços de saúde, das universidades e movimentos sociais.

Em Niterói podemos destacar, como elementos históricos que viabilizaram a proposta do novo currículo de Medicina da UFF, o Movimento Sanitário de Niterói e a constituição do Projeto Niterói – expressão municipal das ações integradas de saúde (1982), tendo sido ativa a participação da UFF em sua comissão executiva local.

No que se refere à articulação ensino-serviço-comunidade, desde o início da década de 1970 havia uma inserção pontual de professores e estudantes de Medicina em diferentes unidades de saúde de Niterói, desenvolvendo práticas de ensino e extensão. A partir de 1983, um conjunto de professores começou a se concentrar na zona norte da cidade. Essa regionalização pode ser considerada o embrião do que viria a ser a inserção mais orgânica de docentes da UFF no Distrito Sanitário Norte de Niterói, já no processo de municipalização, incluindo os espaços de gestão (1989). Houve ampliação do trabalho, para além do então Departamento de Saúde da Comunidade (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; MARINS, 2004), incluindo outros departamentos, como os departamentos de Medicina Clínica e Materno-Infantil. No próprio documento preliminar, formulado no início da década de 1970, já se percebia a integração entre a discussão da formação e o desenvolvimento da rede de serviços.

Ainda sobre a inter-relação entre a reflexão crítica e a reformulação dos serviços de saúde e da formação, destacamos a ocupação de espaços de gestão por parte de docentes da UFF, sendo a expressão pioneira a gestão, na Secretaria Municipal de Saúde, do professor Hugo Coelho Barbosa Tomassini (1979) e sua atuação mais orgânica na gestão do Distrito Sanitário Norte, durante a municipalização, quando vários docentes e residentes ocuparam chefias nas unidades, na própria direção do distrito e no Conselho Municipal de Saúde (1989 a 1995).

Esse processo local se articulou nacionalmente à proposição da Rede de Integração Docente Assistencial (IDA) e, mais tarde, recebeu incentivos financeiros por atividades extramuros – IAV-INAMPS (MARSIGLIA, 1995; SILVA JUNIOR. *et al.*, 1996; KOIFMAN, 2001).

Vários projetos de articulação ensino-serviço foram então desenvolvidos. Buscou-se conhecer as necessidades de saúde das comunidades e assessorar tecnicamente suas demandas ao poder público. Para a universidade, em especial nos cursos de formação de profissionais de saúde, a articulação era vista como uma oportunidade de ampliar os cenários de prática docente, aproximando-se da realidade dos serviços e das populações (SILVA JUNIOR. *et al.*, 1996).

Pires e Marins (2004, p. 38) destacam que:

“a interseção das ações, ora originadas na área acadêmica e, em outros momentos, na do serviço, em resposta à evolução técnico-científica ou aos movimentos sociais [...] tem evidenciado um processo permanente de construção de teias que se articulam nos seus diversos ‘nós’”.

A partir dessas diversas iniciativas, foram geradas ações práticas que permitiram avançar na implementação do SUS em Niterói, valorizando a territorialização, a adscrição da clientela, a vinculação profissional/população, a hierarquização, a visão intersetorial, a promoção e prevenção à saúde e o controle social. Esse processo tem requerido e fomentado a mudança da formação profissional, para construir uma nova lógica de atenção à saúde. Todos esses elementos podem ser considerados fundamentais no que se refere aos aspectos ideológicos, teórico-conceituais e metodológicos que nortearam a construção da proposta do currículo pleno de Medicina da UFF, assim como sua implementação.

A construção da proposta foi finalizada em 1992 e implantada em 1994. Com o novo modelo, buscou-se um perfil profissional capaz de atuar, não exclusivamente, em programas de atenção primária à saúde (PIRES; MARINS, 2004). O modelo curricular foi estruturado:

“na integração entre a informação científica e o treinamento de habilidades práticas, em níveis crescentes de complexidade, além de envolver o aluno no processo de produção do saber, objetivando sua formação crítica no que se refere aos movimentos determinantes das linhas de produção tecnocientífica” (PIRES; MARINS, 2004, p. 39).

Silva Junior. *et al.* (1996) destacam ainda, como algumas das estratégias: a sensibilização do corpo docente, que resultou na aprovação, em todos os colegiados da universidade, da discussão com o poder público municipal – secretarias municipais de Saúde e de Ciência e Tecnologia –, culminando na assinatura de um instrumento formal de convênio viabilizando o suporte da rede de saúde ao desenvolvimento das atividades do currículo; a constituição de espaços de gestão colegiada do novo currículo, com representação da Fundação Municipal de Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Saúde da Comunidade e Coordenação do Curso de Medicina; e a criação da Comissão Coordenadora dos Programas Prático-Conceitual (PPC) e Teórico-Demonstrativo (PTD), envolvendo docentes de diversos departamentos, estudantes e profissionais da Fundação Municipal de Saúde. E, como reconhecimento da importância da parceria interinstitucional, a nova proposta curricular do curso de Medicina foi apresentada e aprovada no Conselho Municipal de Saúde (KOIFMAN, 1998).

Entretanto, a mesma autora destaca que “em entrevista feita com professores e responsáveis pela implementação do currículo, percebe-se que não houve consenso de todos os departamentos da Faculdade de Medicina quanto à implementação do mesmo” (KOIFMAN, 2001, p. 64). Tal dissenso foi expresso, inclusive, no posicionamento contrário, por parte do Departamento de Medicina Clínica, na votação no colegiado do curso de Medicina.

### A proposta curricular

Desde sua formulação, o novo currículo vem expressando uma ligação intrínseca com o ideário da Reforma Sanitária, antecipando mudanças ocorridas posteriormente em diversos cursos da área de saúde e a própria formulação das diretrizes curriculares para o curso de Medicina nas duas últimas décadas. O currículo aprovado em 1992, partindo de uma crítica explícita ao modelo de formação inspirado no conteúdo do *Relatório Flexner*, expressa elementos de uma distinta visão de mundo – de saúde, educação e sociedade.

Essa reforma curricular procurou privilegiar a inserção dos alunos, logo no início, na rede hierarquizada de serviços e práticas comunitárias. Ampliou, ainda, a participação dos estudantes nas ati-

vidades práticas – como foi o caso do internato, que aumentou sua duração para o período de dois anos.

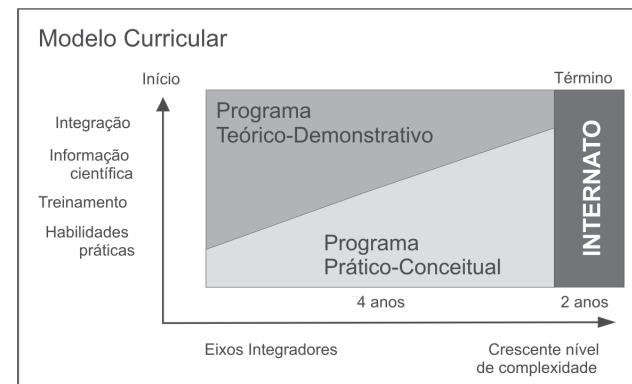
O novo currículo procura dar concretude às seguintes concepções (UFF, 1992):

- Fase 1 (1º e 2º períodos): dimensões biológica, psíquica, social, cultural e política que constroem o ser humano, o cidadão e seu projeto de vida, saúde e trabalho.
- Fase 2 (3º e 4º períodos): a vivência do ser humano e do cidadão no processo saúde-doença, os mecanismos de respostas individuais e coletivas para o sofrer, o adoecer e o morrer.
- Fase 3 (5º e 6º períodos): a transformação do processo saúde-doença em objeto de prática, a constituição do processo de trabalho como resposta aos agravos mais frequentes no âmbito da atenção em primeiro nível.
- Fase 4 (7º e 8º períodos): a transformação do processo saúde-doença em objeto de prática, a constituição do processo de trabalho como resposta aos agravos mais frequentes no âmbito da atenção em segundo e terceiro níveis;
- Fase 5 e 6 (9º, 10º, 11º e 12º períodos): a prática profissional, tendo como base o internato nas áreas básicas (internato obrigatório: clínica médica, pediatria, obstetrícia-ginecologia, cirurgia geral e psiquiatria) e áreas de escolha do formando (internato eletivo).

Em resposta ao distanciamento entre básico e profissional, o novo currículo integra saberes e práticas em uma nova conformação das disciplinas. Quanto à dicotomia entre teoria e prática, ao excesso de conteúdo teórico e ao contato tardio dos estudantes com a realidade, responde com uma organização curricular em quatro grandes eixos – o PPC, o PTD, o Internato e a Iniciação Científica. Os dois primeiros atravessam os quatro primeiros anos, o Internato desenvolve-se nos dois últimos anos e o Programa de Iniciação Científica percorre todo o curso.

As cargas horárias dos programas Teórico-Demonstrativo e Prático-Conceitual vão-se invertendo progressivamente durante os quatro primeiros anos, como mostra a figura a seguir:

**Figura 1 – Modelo Curricular do Curso de Medicina da UFF**



Fonte: Currículo Pleno do Curso de Medicina da UFF (UFF, 1992).

No PPC destaca-se como inovação a disciplina Trabalho de Campo Supervisionado (TCS), desenvolvida ao longo dos quatro primeiros anos. Ocupa cerca de 20% da carga horária em campos de prática diversificados, junto aos movimentos sociais e nos diferentes níveis de complexidade tecnológica da rede pública de saúde de Niterói – unidades básicas de saúde (UBS), módulos do Programa Médico de Família, policlínicas comunitárias e especializadas.

Pires e Marins (2004) relatam que 70% dos serviços de saúde do município de Niterói estavam articulados como campo de treinamento, do qual participavam cerca de 600 alunos de Medicina. A inovação, nesse caso, não pretende se restringir apenas à diversificação de cenários, contrapondo-se à centralidade do hospital universitário, característica da formação dos médicos na UFF até então. Pretende, sobretudo, transformar a partir da adoção de uma abordagem didático-pedagógica diferenciada, com base na reflexão sobre a ação, introduzindo conteúdos que permitam compreender o processo saúde-doença-cuidado em suas dimensões psicológica, cultural, social, política e econômica.

No PTD, a integração dos aspectos teóricos e práticos, excessivamente fragmentados até então, visualiza-se na nova conformação das disciplinas, como Medicina Integral do Adulto e do Idoso e Medicina Integral da Saúde e da Criança.

### **Dificuldades e obstáculos: permanência e/ou superação? A continuidade da disputa de projetos**

Segundo Silva Junior. *et al.* (1996), passados alguns anos da implementação do currículo, foi possível identificar problemas – por exemplo, a oposição de setores da Faculdade de Medicina, que criam obstáculos para o pleno desenvolvimento da proposta. Segundo os mesmos autores, também havia, à época, resistência dos trabalhadores de saúde à presença de estudantes e preceptores nas unidades de saúde, em grande parte por causa de experiências anteriores com a universidade, que utilizavam os serviços sem retorno ou parceria efetiva. As resistências ao novo modelo de formação vêm perpassando os vários espaços do currículo, sendo expressas de diferentes formas.

Como dificuldades para a inserção dos alunos na rede de serviços, temos o número reduzido de docentes interessados em participar do TCS, devido ao deslocamento físico e à deficiência na formação docente e dos demais profissionais para atuar segundo os novos métodos de ensino-aprendizagem e referenciais de modos de produção em saúde, como a integralidade e a interdisciplinaridade (KOIFMAN, 1998; SILVA JUNIOR. *et al.* 1996). Assim, a resistência foi em parte justificada, na época da implantação, pela inexperiência e falta de formação para os elementos inovadores.

Também se relata que, se por um lado o contato com a multiprofissionalidade durante o curso constitui vantagem e riqueza, os diferentes perfis de atuação dos preceptores que participam do TCS podem ser percebidos como dificultadores de uma melhor integração com a unidade de saúde e movimento social local, por levarem a uma grande variedade de experiências de diferentes grupos de alunos (UFF, 2002).

No campo do conhecimento, a desarticulação entre os saberes estruturados e as vivências dos alunos em campo evidencia a dificuldade de integração entre ensino e serviço, e é percebida por alunos e docentes. Mesmo na área da Saúde Coletiva, segundo alguns docentes, existem poucos conteúdos adequados ao ensino da graduação. No espaço do Programa Teórico-Demonstrativo, a integração proposta das disciplinas nem sempre se efetiva na prática.

Ademais, a operacionalização da inserção dos alunos nos serviços passa por constantes avanços e retrocessos, pela dificuldade de se

associar as lógicas dos órgãos formadores à dos prestadores de serviços, e as constantes mudanças políticas fazem dos serviços de saúde um campo de permanente negociação e articulação que por vezes dificultam os objetivos da aprendizagem (UFF, 2002). Também existem relatos de manifestação de profissionais da rede de serviço que se sentem “desconfortáveis” com a presença dos alunos, mas as razões desse desconforto ainda precisam ser investigadas.

A resposta dos setores comprometidos com a transformação foi ocupar os espaços não assumidos pelos outros departamentos, sendo que hoje cerca de 80% da carga horária de preceptoria de TCS I e II está sob responsabilidade de um dos departamentos do Instituto de Saúde da Comunidade. Todo o trabalho desenvolvido pelas duas coordenações de TCS tem sido no sentido de agregar os diversos departamentos, tanto do instituto quanto os outros setores envolvidos na formação dos estudantes de Medicina.

Um importante instrumento de acompanhamento e avaliação do processo seria a Comissão do Programa Prático-Conceitual, que reuniria representação dos docentes, estudantes e serviços de saúde, mas cujo funcionamento foi interrompido. A comissão permitiria, dentre outras questões, vocalizar as demandas dos estudantes, nem sempre expressas formalmente pelos mesmos junto ao colegiado de curso e aos departamentos e professores.

Essa comissão também se reveste de extrema importância, na medida em que daria continuidade ao processo de integração entre ensino e serviço na implementação do currículo, processo esse vivenciado à época da formulação e implantação. Hoje o processo de integração se dá a partir da negociação, em cada campo de prática, entre preceptores, trabalhadores do serviço de saúde e estudantes, envolvendo, em alguns casos, usuários do serviço.

Cabe ressaltar que o processo de redemocratização teve impactos diferenciados no setor saúde e no setor educação. Ainda que haja espaços formais de representação dos estudantes nos colegiados gestores da universidade (unidade, curso, centro e superiores), sua participação ainda é tênue e pouco efetiva. A experiência da Medicina na UFF tem mostrado a baixa capacidade de vocalização dos estudantes nesses espaços, sobretudo naqueles de maior proximidade com os docentes responsáveis por sua formação específica. Em parte, podemos supor



que a falta de participação se deva à influência da relação de poder historicamente existente entre estudantes e professores, dentro e fora de sala, no sentido de inibir a liberdade de expressão crítica.

Todos esses pontos de estrangulamento na implementação cotidiana da proposta nos remetem à discussão de Koifman (2001) sobre a existência de diversos *coletivos de pensamento*. Utilizando-se do referencial de Fleck, a autora afirma:

“[...] a dificuldade de diálogo entre os departamentos da Faculdade de Medicina [e] o fato de esses departamentos representarem especialidades médicas, que constituem diferentes ‘coletivos de pensamento’, com distintos ‘estilos de pensamento’. As concepções de Medicina e os objetivos da formação médica parecem ter diferenças para cada uma das áreas, o que prejudica o diálogo” (KOIFMAN, 2001, p. 64).

Sobre as possibilidades de mudança, Da Rós (2004) destaca que há três níveis de dificuldades – estruturais externas, estruturais internas e conjunturais. No que se refere à formação médica, destaca-se a existência de dois grandes blocos ideológicos – um adepto à mudança e outro à não-mudança. Admitindo matizes internos a esses dois blocos, o autor enumera algumas características de ambos. O bloco representativo da mudança teria como características:

“Movimento pela Reforma Sanitária; verdade como processo / provisoriedade; valorização da pesquisa qualitativa; valorização da psicologia e do cultural; valorização da atuação multiprofissional e interdisciplinar; valorização da pessoa como um todo; permeabilidade / humildade; flexibilidade; pensamento crítico-político; centro de saúde / comunidade; inclui promoção da saúde; educação como relação sujeito-sujeito, na relação médico-paciente; flexibilidade para outras racionalidades médicas; valorização da saúde pública” (DA RÓS, 2004, p. 239).

Características opostas a essas seriam próprias do “bloco da não-mudança”. Agregam-se a essas diferenças as referentes às perspectivas educacionais ou didático-pedagógicas. Nesse sentido, o “bloco da não-mudança” não trabalharia com a perspectiva de reconhecimento do estudante enquanto sujeito do processo de aprendizagem e teria dificuldade para trabalhar numa perspectiva crítico-reflexiva. E ainda destaca o autor:

“quando for professor [o médico do ‘bloco da não-mudança’], vai fazer uma suave coerção para que os alunos tenham os mesmos rituais de inici-

ação e falem a mesma linguagem e reproduzam o estilo de pensamento, e que construam muros para não entrarem outras idéias alienígenas. Entende que, para ser bom professor, basta aprofundar o conhecimento técnico da especialidade e despejar esse conteúdo no recipiente vazio, que é a cabeça do aluno” (DA RÓS, 2004, p. 239).

Dialogando um pouco com o autor, ressaltamos a questão de que a disputa pela hegemonia pressupõe que o grupo não-hegemônico se apresente para tal. E mais, admitindo que esses blocos não são uniformes e que há diferenciações internas ao grupo e em cada indivíduo, a disputa passa pela identificação das contradições internas e o trabalho dialético, no sentido de ganhar novos adeptos à proposta de mudança (entre estudantes, docentes e trabalhadores do serviço de saúde). Sendo assim, precisamos refletir sobre a necessidade de ampliar o número de adeptos às propostas de mudança, inclusive entre aqueles que pré-julgamos como “não-mudancistas” ou “resistentes”. Não cabe também situar os “pró-mudança” e os “contramudança” como pertencentes a um ou outro departamento, instituto, faculdade ou grupo envolvido na formação médica. Grande seria o equívoco em situarmos as perspectivas de mudança somente entre os “da Saúde Coletiva”. Essa tem sido a tentativa, ao compormos o grupo de preceptores de TCS I e II com docentes de diferentes departamentos e institutos e faculdades.

Da Rós (2004), partindo da premissa de que a ideologia está baseada nas condições materiais de existência, indica que dentre os caminhos para a mudança está o “mercado de trabalho”, ressaltando a estratégia de Saúde da Família como potente indutor de mudanças na formação. Sobre isso, caberia refletir sobre a relação entre o currículo de Medicina da UFF e as mudanças no modelo assistencial de Niterói – onde os estudantes estão inseridos – ocorridas desde sua implantação, em 1994.

Mesmo considerando que houve forte inter-relação entre serviços de saúde, universidade e comunidade no período de formulação e nos primeiros anos de implementação do currículo, podemos afirmar também que, em anos mais recentes, houve diminuição dessa articulação. Sobre a relação entre o Programa Médico de Família de Niterói, em particular, a formação médica na UFF e seu potencial interrogador para ambos os espaços, ainda temos muito que refletir e agir. Há, na

atualidade, iniciativas de alguns preceptores no sentido de desenvolver o TCS II em unidades do PMF, inovando, inclusive, ao desenvolver as atividades de formação multiprofissional: envolvendo preceptores e alunos dos cursos de Medicina, Nutrição e Odontologia (MARCH *et al.*, 2005).

Sendo assim, frente às dificuldades, sua superação se mostra não só necessária como possível.

### **Avançando na superação dos obstáculos e na inovação**

No que tange à superação de dificuldades, os espaços onde há maior potencial inovador e onde também há, conseqüentemente, maior resistência, têm recebido especial atenção, por parte dos “defensores da formação atual”. É o caso das disciplinas TCS I e II, que, por serem atividades desenvolvidas em grupos de 10 a 12 alunos, constroem vivências em espaços como movimentos sociais, organizações não-governamentais e nas unidades do SUS.

Sobre essa questão, como potencial inovador do currículo atual, destaca-se a vivência, por parte dos estudantes, em espaços de controle social do SUS, no âmbito dos conselhos municipais ou locais de saúde, assim como espaços onde se pratique uma atenção à saúde centrada nas necessidades dos usuários, imersa na alteridade, com escuta qualificada das demandas dos usuários e responsabilização por parte da rede de saúde e dos profissionais de saúde. A reflexão sobre essa vivência pode potencializar a participação mais ativa dos estudantes nos espaços da universidade, tensionando no sentido de exigir que os professores escutem suas demandas, dentro e fora de sala de aula e, conseqüentemente, uma formação mais centrada não só nas necessidades da sociedade, mas dos próprios estudantes. Entretanto, ainda é necessário avançar na utilização de outros espaços criativos de discussão que envolvam todos os sujeitos, sobretudo gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

Ainda sobre o trabalho de campo supervisionado, destacamos seu potencial no que se refere à vivência do aluno na construção das linhas de cuidado (MAGALHÃES JR.; FRANCO, 2003; TRAESEL; FRANCO, 2004), já que os mesmos experimentam os diferentes níveis de complexidade da rede pública de saúde de Niterói, superando a lógica centrada no hospital.

A vivência de práticas de cuidado também não se limita ao trabalho médico, assim como não se restringe ao campo da saúde. Busca-se ampliar tanto a compreensão dos problemas de saúde quanto das práticas e políticas necessárias para enfrentar os mesmos. Um dos grandes objetivos dessa disciplina é desenvolver habilidades e competências no campo das tecnologias leves, tais como a escuta:

“Quanto ao perfil desejado do profissional em formação, ressaltamos a importância de desenvolver ou estar abertos a desenvolver a habilidade de ouvir, condição básica para o surgimento de vínculos que permitam estabelecer a confiança necessária para que haja trocas de experiências pessoais que levem ao crescimento das pessoas envolvidas. Ouvir é acolher sem julgar; é, junto com o outro, construir o sentido daquilo que está sendo vivido” (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PONTES, 2005, p. 143).

Essa habilidade é trabalhada em diversas dimensões, tanto na perspectiva de ouvir as opiniões diversas e divergentes de cada colega de turma, quanto de escutar o usuário sobre suas necessidades e problemas.

Os alunos entram freqüentemente em contato com profissionais de diversas áreas, buscando um entendimento ampliado sobre determinada situação ou problema. Assim, procuramos romper algumas barreiras e preconceitos sobre outras profissões. O fato de o grupo de preceptores envolvidos com o TCS ser formado em diversas áreas (Ciências Sociais, Pedagogia, Medicina, Nutrição, Veterinária, Enfermagem, Psicologia e Odontologia) também colabora para romper com a centralidade do saber médico na formação desses alunos.

Colocamos os alunos em contato com usuários fora do contexto dos serviços de saúde, num esforço de reconhecer esse sujeito na sua individualidade, autonomia e totalidade enquanto pessoa e cidadão. Procura-se valorizar, assim, a dimensão humana da relação entre profissional de saúde e usuário, de acolhimento, vínculo, escuta e diálogo.

Realizamos também o esforço de sempre construir uma proposta de trabalho pactuada segundo as necessidades e interesses dos diversos atores envolvidos nessas vivências (acadêmicos, profissionais, usuários, movimentos sociais e serviços). Os alunos são desafiados a, no decorrer do processo de ensino-aprendizagem, desenvolver produtos que sejam úteis para os serviços ou comunidade, construindo compromisso e responsabilidade profissional desde os primeiros períodos.

Para que esse tipo de aprendizado seja possível, ressaltamos que algumas condições do processo de ensino-aprendizagem são favoráveis, como atividades em pequenos grupos, relação professor-aluno baseada no diálogo, avaliação processual, flexibilidade no desenvolvimento da disciplina, estímulo à participação e criatividade dos alunos, entre outras.

O desenho do curso de Medicina da UFF possui elementos que potencializam a formação de um profissional médico não só com competência técnica mas, sobretudo, uma formação que ressuscite o rosto humano da sociedade para esses profissionais. Devemos, portanto, avançar em mais um dentre tantos processos locais que recuperam o rosto humano da sociedade – dos trabalhadores de saúde, dos estudantes e dos usuários. Torna-se fundamental, em tempos de avanço mundial da mercantilização da educação, da saúde e dos mais diversos espaços da vida humana, resistir às diversas formas de “coisificação” e desumanização.

Em outros trabalhos já destacamos que, ao discutir a inovação na educação médica, devemos primeiramente manter o compromisso com a implementação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e responsabilidade sanitária das instituições de ensino (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004). A proposta curricular e o cotidiano de nosso trabalho têm-se baseado nesse princípio. E se pretendemos mudar efetivamente o perfil do profissional de saúde, a integração entre trabalho e ensino é fundamental para se construir um currículo integrado, que rompa com a estrutura tradicional. “O currículo integrado é resultado de uma filosofia sociopolítica e de uma estratégia didática que tem como fundamento um ideal de sociedade a que se aspira” (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004, p. 150).

Ou seja, no currículo integrado a escolha e organização dos conteúdos visam a educar cidadãos autônomos, criativos, críticos e solidários. Para isso é necessário que os alunos compreendam os objetivos dos conteúdos e das atividades, e que estes extrapolem os campos tradicionais, sendo orientados segundo a realidade social e permitindo a compreensão da complexidade da mesma. No caso dos cursos médicos, entendemos que seja a realidade sócio-sanitária e os marcos institucionais do SUS.

## Referências

- DA RÓS, M. A. A ideologia nos cursos de Medicina. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Orgs.). *Educação médica em transformação*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 224-244.
- KOIFMAN, L. A reformulação do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense. *Revista do Centro de Ciências Médicas da UFF*. Niterói, v. 2, n. 2, p. 5-17, 1998.
- \_\_\_\_\_. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. VIII, p. 49-70, mar./junho, 2001.
- MAGALHÃES JR., H. M.; FRANCO, T. B. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-133.
- MARCH, C. *et al.* Formação em saúde e multidisciplinaridade: a experiência dos cursos de graduação em saúde na UFF. *Olho Mágico*, v. 2, n. 2, p. 339, 2005.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Orgs.). *Educação médica em transformação*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 143-164.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; MARINS, J. J. N. A busca da integralidade nas práticas de saúde e a diversificação dos cenários de aprendizagem: o direcionamento do curso de medicina da UFF. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004. p. 307-319.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PONTES, A. L. As agendas públicas para as reformas e sua releitura no cotidiano das práticas da formação: o caso da disciplina Trabalho de Campo Supervisionado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005. p. 129-145.
- PIRES, A. C. P.; MARINS, J. J. N. A formação profissional no contexto das políticas públicas: a análise e as práticas no processo de reforma curricular em medicina. *Cadernos da ABEM*, v. 1, p. 37-40, 2004.
- PONTES, A. L. M. *Saber e prática docente na transformação do ensino médico: reflexões a partir da fala de preceptores do curso de medicina da UFF*. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- MARSIGLIA, R. G. *Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- SILVA JUNIOR, A. G. *et al.* As experiências de articulação universidade-serviço-sociedade em Niterói-RJ. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 22, p. 36-48, 1996.
- TRAESEL, C. A.; FRANCO, T. B. A construção da linha do cuidado do paciente portador de hepatite tendo em vista a integralidade. In: FRANCO, T. B. (Org.). *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 193-223.
- UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. *Currículo Pleno do Curso de Medicina da UFF*. Niterói: UFF, 1992.
- \_\_\_\_\_. *Projeto da Faculdade de Medicina UFF para o Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina*. Niterói: UFF, 2002.

**ANEXOS**

## ANEXO A

### Convocatória para apresentação de experiências de ensino na formação de profissionais para a integralidade em saúde

EnsinaSUS/Lappis – Deges/MS  
Brasília, julho, 2004.

#### 1. Apresentação

A partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes), o Ministério da Saúde (MS) assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação de políticas orientadoras da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. O seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) é responsável pela implementação e formulação dessas políticas, entre as quais destacamos duas específicas:

- a. Educação Permanente dos trabalhadores em saúde voltada aos trabalhadores do serviço e ao estabelecimento de compromissos entre gestores, formadores e controle social no SUS;
- b. Cooperação técnica, financeira e operacional com as organizações do movimento social e outras entidades para gestão social das políticas públicas de saúde. Como desdobramento de suas atividades, esse Departamento estabeleceu parceria com o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas da Integralidade em Saúde (Lappis), do Instituto de Medicina Social, da Uerj, em seu subcomponente “formação” – **EnsinaSUS – ensino, desenvolvimento, pesquisa e documentação na construção da integralidade em saúde.**

Este Projeto tem por objetivo geral mobilizar e apoiar experiências inovadoras, realizadas por instituições de ensino e pesquisa, para a melhoria da educação dos profissionais de saúde, bem como pro-

duzir conhecimento relativamente ao ensino em dois campos de atuação específicos: a) na formação e educação permanente dos profissionais, tendo em vista as interfaces entre educação, saúde e trabalho; e b) no desenvolvimento para a incorporação de novas tecnologias do cuidado, capazes de articular saberes e práticas produzidas nos serviços e junto aos usuários. A **convocatória** para a apresentação de experiências de ensino na formação de profissionais para a integralidade em saúde deverá servir como **estratégia para conhecê-las, avaliá-las e promover sua divulgação**.

Para conhecer as trajetórias e a materialidade dessas experiências, assim como identificar os atores/autores e suas práticas nos processos de educação dos profissionais de saúde, optamos por uma abordagem transdisciplinar, baseada principalmente nas ciências humanas e sociais em saúde. Buscar-se-á traçar um mapa das ações e dos atores envolvidos (estudantes, profissionais, docentes e usuários) a partir de uma análise dos processos realizados na formação profissional, dos desenhos pedagógicos utilizados, das interfaces entre educação, saúde e trabalho estabelecidas e as respectivas inscrições nos campos educacional, sanitário, científico, político, social, cultural e econômico. Estima-se, dessa forma, apreender os elementos constituintes das transformações ocorridas no ensino-aprendizagem e na produção de conhecimentos, tão necessários à integralidade em saúde.

Considera-se, ainda, que a área do ensino em saúde no Brasil tem sofrido um desordenado processo de expansão, não tendo o Ministério da Saúde participado da orientação do mesmo, em que pese seu papel constitucional de ordenação da formação de recursos humanos em saúde. Há uma enorme diversidade entre os 2.998 cursos de formação superior de profissionais de saúde existentes no País, no que diz respeito ao conteúdo, ao perfil docente, ao perfil discente e as formas de avaliação desses cursos, mas principalmente, em sua orientação pelo sistema de saúde vigente, sua relação com o SUS e o perfil dos egressos. Nesse contexto, o alcance das ações de formação, quando coordenadas pelo próprio Ministério da Saúde, requerem o estabelecimento de parcerias, de cooperação técnica, financeira e operacional entre gestores do SUS e as instituições formadoras, assim como a explícita participação dos usuários e estudantes na formulação e execução de propostas. O cenário dessa política registra

um universo de milhares de estabelecimentos de ensino no Brasil sob grandes diferenças regionais em capacidade pedagógica.

Nessa direção, a política governamental para a educação e desenvolvimento para o SUS tem no escopo de seus objetivos a construção e avaliação de práticas educacionais e pedagógicas na formação profissional, no sentido de identificar e possibilitar transformações nos cursos de graduação de diferentes carreiras profissionais. Como conceito estruturante, o conceito de educação permanente tem, na interinstitucionalidade de suas exigências de aprendizagem, a expressão da pluralidade dos atores envolvidos – dirigentes, profissionais, trabalhadores, estudantes e usuários das ações e dos serviços – dos quais os usuários colocam-se como núcleo central de suas ações.

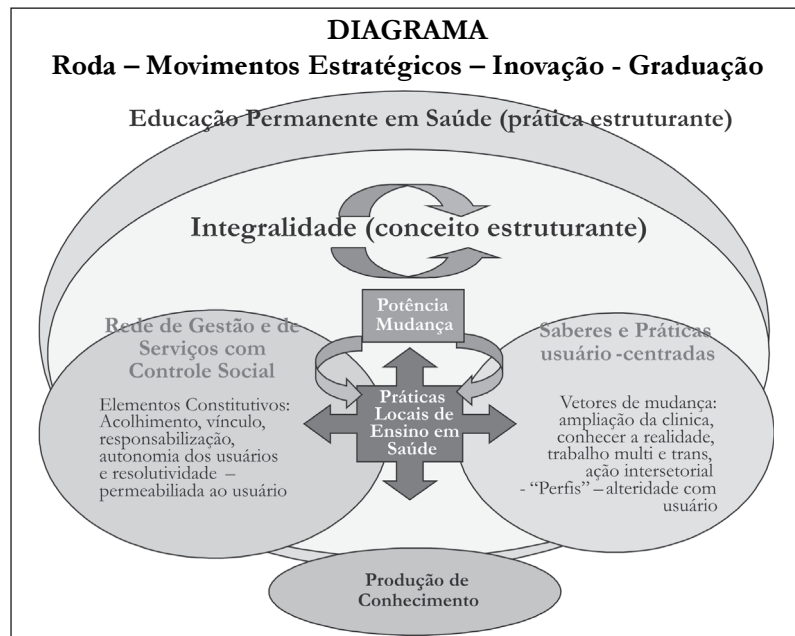
Tal centralidade apóia-se na integralidade da atenção à saúde, no trabalho em equipe e no conhecimento do sistema de saúde vigente. A integralidade como conceito estrutural e constituinte de ações que devem nortear as práticas na produção do cuidado, sobretudo no desenvolvimento do trabalho e da educação na saúde, tem em vista um sistema de saúde usuário-centrado. Diante dessa compreensão, a **rede de serviços** e os **saberes e práticas** que são produzidos e reproduzidos no cotidiano das instituições de saúde, podem constituir-nos como espaços de construção da integralidade, na medida que a **integração** (presente no interior das concepções de integralidade) seja tomada como idéia-força. Novos espaços de produção pedagógica contribuiriam para novos sentidos e significados aos agires em saúde, produtores de cuidados que assumem na educação, o protagonismo na construção e avaliação de ações voltadas para a autonomia da população e sobre a saúde que se deseja ter.

A partir dos conceitos mencionados foram definidas as áreas temáticas “**integração com a rede de gestão e de serviços e com o controle social**” e “**integração interdisciplinar e interprofissional entre saberes e práticas usuário-centradas**”. Desse modo é possível agregar as questões teórico-conceituais e práticas, atualmente consideradas relevantes para a formulação de estratégias para transformar os processos de ensino-aprendizagem requeridas pela atual política de educação na saúde.

Reconhece-se a existência de especificidades em cada uma delas, contudo a natureza dos seus elementos e dos campos de atuação,

juntamente com a pluralidade dos atores envolvidos, conferem transversalidade às ações, mantendo as duas áreas interrelacionadas pelos nexos constitutivos criados pela reciprocidade de objetivos e princípios, nesse caso, a integralidade em saúde.

Essa característica de circularidade *nas e entre as* instituições, teorias e práticas, qualifica a “roda” das inovações e mudanças, os elementos e os vetores de suas transformações, seja na integração da rede de serviços no que concerne ao acolhimento e responsabilização; vínculo, interinstitucionalidade e resolutividade, seja na integração de saberes e práticas que incluem a ampliação das práticas clínicas, o conhecimento da realidade, o trabalho multiprofissional e transdisciplinar, a permeabilidade aos usuários, a ação intersetorial e as práticas locais de ensino e saúde. Nesse sentido, a avaliação das práticas de ensino-aprendizagem com a adoção de desenhos pedagógicos que privilegiem as interfaces entre educação, saúde e trabalho constituem-se marcadores de alta potência capazes de fomentar práticas solidárias de produção de cuidado como ação de cidadania e consolidação do direito à saúde (diagrama).



## 2. Justificativa

A Política Nacional de Educação para o SUS pretende fortalecer a construção da gestão descentralizada do SUS, a regionalização da atenção à saúde, o desenvolvimento da atenção integral como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo, e das instâncias de pactuação intergestores do SUS, bem como a formação e desenvolvimento de trabalhadores.

Em nosso país, a saúde é um setor que vem protagonizando significativo processo de reforma de Estado, tendo como atores importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e avanço tanto do movimento pela reforma sanitária, como para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional.

Nesse sentido, faz-se necessário estimular ações estratégicas que contribuam para transformar a organização dos serviços e os processos formativos. Por meio da integração entre práticas de saúde e práticas pedagógicas no sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e instituições formadoras, coloca-se em evidência a formação, a educação permanente e o desenvolvimento para o SUS. Para tal, propõe-se a articulação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS.

Esta convocatória visa à mobilização das experiências de ensino nos cursos de graduação na área da saúde em qualquer estágio de implementação, voltadas para a melhoria dos processos de formação dos profissionais de saúde, que partilham dos seguintes pressupostos:

- ter como referência as demandas de saúde da população e as necessidades dos serviços e da gestão setorial,
- desenvolver tecnologias que incorporem os conceitos da integralidade, da intersetorialidade e da transdisciplinaridade na atenção, mais especificamente aos processos formativos relacionados com protocolos assistenciais, ferramentas de gestão, revi-

- são de sistemas de informação/comunicação, modelos de avaliação e reforma da clínica, características interprofissionais,
- c) possuir estratégias de valorização dos saberes e práticas dos diversos atores (instituição formadora, de serviços, de gestão e movimentos sociais organizados) no processo de planejamento, execução e avaliação das ações, na atenção e na formação;
- d) construir e ampliar a produção de saberes e de instrumentos tecnopolíticos de atuação no SUS.

### 3. Objetivo da convocatória

Mobilizar as experiências dos cursos de graduação em saúde, tendo em vista conhecê-las, avaliá-las e promover sua divulgação, realizadas por instituições de ensino e pesquisa, destinadas à melhoria da educação dos profissionais de saúde em duas áreas temáticas: a) integração com a rede de gestão e de serviços e com o controle social na formação e educação permanente dos profissionais tendo em vista as interfaces com a educação, saúde e trabalho; e b) integração interdisciplinar e interprofissional de saberes e práticas usuário-centradas para desenvolver e incorporar novas tecnologias do cuidado articuladas e produzidas nos serviços.

### 4. Estratégias de desenvolvimento da convocatória e descrição das áreas de atuação dos relatos

Como estratégia de operacionalização desta convocatória, o Lappis e o Deges definiram para cada área temática seis campos de atuação, de acordo com o quadro abaixo. Nesses campos, estão descritas as ações que deverão ser considerados nos relatos de experiências apresentados, os quais poderão estar relacionados entre si.

#### 4.1. Área Temática I – Integração com a rede de gestão e de serviços e com o controle social em saúde

Nessa área temática, foram agrupados campos de atuação para experiências de cursos de graduação em saúde que englobam ações relacionadas aos processos pedagógicos de formação profissional em saúde para produção do cuidado e que serão assim denominadas: acolhimento, vínculo, intersitucionalidade, responsabilização, autonomia do usuário, resolutividade na oferta do cuidado e permeabilidade ao controle social.

### Área Temática I

Integração da rede de gestão e de serviços de saúde e com controle social

| CÓDIGO | CAMPO DE ATUAÇÃO                  | AÇÃO (ÕES)   |
|--------|-----------------------------------|--|
| REDE-1 | Acolhimento e Responsabilização   | Experiências de articulação entre formação, gestão e atenção na aprendizagem sobre a organização do atendimento na rede de serviços tendo em vista a integralidade e o desenvolvimento de atividades de ensino e de investigação para ampliar a escuta dos diferentes níveis de necessidade e prestação do cuidado e a ampliação da sensibilidade e da crítica para a produção de respostas positivas. |
| REDE-2 | Vínculo                           | Experiências de desenvolvimento de metodologias de ensino e apresentação de fatores de exposição pedagógica que qualifiquem o trabalho em equipe, a humanização da relação dos profissionais com os usuários e ressaltem a responsabilidade dos serviços de saúde na solução dos problemas de saúde das pessoas e da sua região.   |
| REDE-3 | Interinstitucionalidade           | Experiências de articulação de ações entre várias instituições formadoras e de serviços assistenciais universitários com destaque para a inserção dos hospitais universitários, bem como oportunidade de contato com a diversidade cultural e subjetiva e com a diversidade de práticas cuidadoras, não só de saúde.   |
| REDE-4 | Autonomia do usuário              | Experiências de fortalecimento da participação dos usuários e desenvolvimento da sua capacidade de formular críticas aos serviços, aos profissionais e ao ensino, favorecendo ações que articulem serviços, movimentos sociais e instituições formadoras, incentivando a democratização das relações institucionais e liberdade de escolha terapêutica pelo usuário.                                   |
| REDE-5 | Resolutividade                    | Experiências de formação que favoreçam a elaboração de instrumento-ferramentas de avaliação institucional, que contemplem a inserção de docentes, discentes, usuários e profissionais visando à capacidade de resolução de problemas, bem como desenvolvimento de atividades de investigação que apontem os modos como se constrói a satisfação dos usuários diante da terapêutica.                    |
| REDE-6 | Permeabilidade ao controle social | Experiências de construção participativa de projetos didático-pedagógicos, que incluam o contato com instâncias de controle social, articulações de usuários, associações de pacientes portadores ou não de problemas especiais, mobilização dos estudantes em projetos de suporte acadêmico à rede e/ou populações especiais e/ou de conhecimento da organização do sistema de saúde.                 |



#### 4.2. Área temática II: Integração interdisciplinar e interprofissional de saberes e práticas usuário-centradas

Para essa área temática, foram selecionados campos de atuação para experiências que tratem de ações voltadas para o desenvolvimento/incorporação de práticas e de saberes (científicos ou não) nos processos pedagógicos de formação profissional para produção do cuidado, os quais serão assim denominadas: ampliação da clínica, sabedoria prática; trabalho multiprofissional e transdisciplinar, ação intersetorial, práticas locais de ensino e saúde e alteridade com os usuários.

#### Área Temática II

Integração interdisciplinar e interprofissional de saberes e práticas usuário-centradas

| CÓDIGO | CAMPO DE ATUAÇÃO  | AÇÃO (ÕES)  |
|--------|---|---|
| SPUC-1 | Ampliação da Clínica                                    | Experiências no ensino das várias profissões, inclusive em conjunto, organizando práticas clínicas cuidadoras e não restrita apenas às dimensões biológicas da saúde e do adoecimento, bem como oportunidades de contato com diferentes paradigmas do tratamento/escuta/cuidado.  |
| SPUC-2 | Sabedoria Prática – saberes científicos e os populares. | Experiências que reconheçam os saberes populares e sua relação com saberes científicos para possibilitar sua incorporação na prática do cuidado.  |
| SPUC-3 | Trabalho Multiprofissional e Transdisciplinar           | Experiências de ensino, pesquisa e extensão que contemplem a multiprofissionalidade-transdisciplinariedade, com destaque na produção de espaços de integração entre as várias profissões no processo de trabalho visando à construção de valores éticos, bem como oportunidades de contato e apropriação com o trabalho em equipe matricial na saúde. |
| SPUC-4 | Ação intersetorial                                      | Experiências de ensino que possibilitem ações articuladas com outros setores envolvidos com a produção de saúde.  |
| SPUC-5 | Práticas locais de ensino na saúde                      | Experiências que se constituam como cenários de aprendizagem ampliados, com o desenvolvimento de trabalhos educativos e assistenciais junto a grupos sociais locais (famílias, bairros, grupos sociais, coletividades culturais urbanas e rurais etc.).   |
| SPUC-6 | Alteridade com os usuários                              | Experiências de ensino que possibilitem desenvolver a capacidade de escuta, de respeito à diversidade humana, cultural e social e de compreensão da saúde e da doença, bem como oportunidades de construção de propostas de caminhos para a mudança na clínica com base nas pessoas.  |

#### 5. Seleção

A seleção dos relatos candidatos à sistematização por protocolo de produção de conhecimento e observação científica (pesquisa) será realizada no prazo máximo de **10 (dez) dias** após a data limite para recebimento, por uma Comissão Científica do Lappis.

Serão selecionadas no mínimo 5 (cinco) e no máximo 10 (dez) propostas entre as inscritas, garantindo-se a representação das cinco regiões do país (com no mínimo um curso por região). O resultado será disponibilizado no site: [www.lappis.org.br](http://www.lappis.org.br).

Todas as demais experiências inscritas participarão de um conjunto de atividades e ações de mobilização pela mudança na graduação, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para a área, as diretrizes constitucionais do setor, os princípios do SUS constantes de sua Lei Orgânica e o desenvolvimento da Integralidade em Saúde.

#### 6. Pesquisa (protocolo de produção de conhecimento e observação científica)

Os relatos selecionados à sistematização por protocolo de produção de conhecimento e observação científica comporão o conjunto das experiências a serem estudadas por um grupo de pesquisadores do Lappis, mediante a realização de uma pesquisa, de caráter exploratório, criada especificamente para este fim. Essa pesquisa tem como objetivo aprofundar as questões relacionadas aos eixos e campos de atuação a fim de subsidiar a produção de conhecimento acerca das práticas de ensino amistosas à integralidade em saúde.

Essas experiências serão, cada uma delas, visitadas pelo grupo de pesquisadores para a realização do trabalho de campo, no qual serão utilizadas técnicas de coleta e registro de dados de natureza qualitativa e interpretação analítica. Os dirigentes das instituições responsáveis pela experiência selecionadas se comprometerão a facilitar e garantir o acesso às informações necessárias ao pleno êxito das atividades da pesquisa.

No que concerne ao acompanhamento, serão realizados relatórios técnicos com os resultados parciais e final e que serão apresentados em seminários ou reuniões técnicas a serem organizadas, conjuntamente, pelo Lappis e pelo Deges, sempre reunindo o maior número

possível das experiências mobilizadas por essa convocatória e pelos processos de apoio do Deges no desenvolvimento do AprenderSUS – O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde.

A sistematização desses resultados constituirá a principal fonte para a documentação científica inédita de teorização sobre práticas de ensino na formação de profissionais para a integralidade em saúde, mediante uma publicação específica em forma de livro, editoria específica em periódicos de circulação nacional (*Revista Formação*, do Deges/MS) e na literatura de indexação internacional (pleito junto aos *Cadernos de Saúde Pública*, da Ensp/Fiocruz), além de uma coletânea própria.

## 7. Instruções para encaminhamento dos relatos das experiências

### 7.1. Prazo e local de envio dos relatos

- a) De 21.07.2004 a 06.08.2004.

### 7.2. Critérios para inscrição

- a) Contemplar pelo menos um dos campos previstos de atuação;
- b) ser instituição integrante de um pólo de educação permanente em saúde;
- c) experiência de ensino-aprendizagem articulada com o SUS.

### 7.3 Apresentação dos relatos

Os relatos deverão ser enviados em arquivo\*.doc (times new roman, corpo 12, em espaçamento 1,5, máximo de 10 laudas, margem esquerda de 3,0 cm, margens direita, superior e inferior de 2,5 cm). As propostas deverão contemplar, no mínimo:

- Nome do curso de graduação e dados de identificação do dirigente e da instituição;
- Nome do autor/relator;
- Explicitação das relações da experiência com os campos de atuação e o exercício da integração ensino-pesquisa-extensão-documentação;
- Cenário-contexto de implantação da experiência;
- Projeto Pedagógico;
- Avaliação (caso exista) e/ou descrição do estágio de implantação.

## 8. Informações adicionais

Ao participar dessa convocatória a instituição responsável pela experiência, se compromete em:

- estar em plena concordância com as exigências desta convocatória;
- fornecer qualquer informação solicitada pela equipe de pesquisa, caso seja selecionada como campo de investigação.

Esclarecimentos e informações adicionais acerca do conteúdo desta convocatória podem ser obtidos pelo endereço eletrônico [www.lappis.org.br](http://www.lappis.org.br) ou por e-mail.

As inscrições deverão ser feitas pela via eletrônica pelo e-mail [lappis.sus@ims.uerj.br](mailto:lappis.sus@ims.uerj.br). O relato, obedecendo às especificações do item 6.2 desta convocatória, deverá ser encaminhado via correio rápido (Sedex, por exemplo) em cópia impressa e em disquete, para o seguinte endereço:

- Instituto de Medicina Social – Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar – Bloco E – sala 7014 – Maracanã – Rio de Janeiro – CEP 20.550-900.

Será considerado elegível o relato postado até a data limite de entrega do mesmo.

### Relatos de experiências apresentados - Pesquisa EnsinaSUS

| Curso  | Instituição   | Área Temática                       | Região |
|--|---|-------------------------------------|--------|
| Fonoaudiologia   | Faculdade de odontologia de Bauru - USP                                     | II – SPUC - 5                       | SE     |
| Medicina/Enfermagem/Farmácia/Odonto/<br>Nutrição/Educação Física   | Pró-Retoria de Extensão – UFRGS   | Não Definido                        | S      |
| Enfermagem   | Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul                                 | II – SPUC - 3                       | CO     |
| Farmácia   | Faculdade de Farmácia – UFRGS   | Não Definido                        | S      |
| Obs. exp. Individual, trab conclusão de curso  |   |                                     |        |
| Odontologia  | Faculdade de Odontologia de Bauru – USP                                     | II – SPUC – 5                       | SE     |
| Odontologia  | Faculdade de Odontologia – UFMG   | I – Rede – 1, 2<br>II – SPUC – 1, 5 | SE     |
| Medicina   | Faculdade de Medicina – FAMEMA  | Não Definido                        | SE     |
| Enfermagem/Medicina  | Faculdade de Medicina e Enfermagem<br>de São José do Rio Preto              | Não Definido                        | SE     |
| Administração de Sistemas e Serviços de Saúde  | Universidade do Estado do Rio Grande do Sul                                 | II – SPUC – 3                       | S      |
| Medicina   | Escola de Gestão Social em Saúde – Faculdade<br>de Medicina - UFRGS         | I – Rede – 3                        | S      |
| Enfermagem   | Faculdade de Medicina Triângulo Mineiro                                     | Não Definido                        | SE     |
| Odontologia, Medicina, Enfermagem, Análises<br>Clínicas, Farmácia, Fonoaudiologia, Psicologia,<br>Educação Física e Nutrição | Universidade Estadual Maringá   | I – Rede – 2<br>II – SPUC – 5       | S      |
| Psicologia   |   |                                     |        |
| Enfermagem   | Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR)                                      | II – SPUC – 3                       | S      |
|  | Faculdade da Saúde e Ecologia Humana –<br>Vespasiano – MG                   | II – SPUC – 5                       | SE     |
| Fisioterapia   | Fundação Oswaldo Aranha – Centro Universitário<br>de Volta Redonda – UNIFOA | Não Definido                        | SE     |
| Enfermagem   | Centro Universitário Varzea Grande - UNIVAG – MT                            | Não Definido                        | CO     |
| Fonoaudiologia   | Faculdade de Medicina – USP   | Não Definido                        | SE     |
| Medicina   | Faculdade de Medicina – UFRGS   | Não Definido                        | S      |

|   |  |                                     |    |
|---|--|-------------------------------------|----|
| Nutrição  | Universidade Metodista de Piracicaba – São Paulo   | Não Definido                        | SE |
| Enfermagem  | UFMG   | II – SPUC 3, 4, 5                   | SE |
| Medicina / Enfermagem   | PUC – SP   | I – Rede – 1, 2, 6<br>II – SPUC – 5 | SE |
| Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Odontologia e Serviço Social                          | Universidade Estadual de Londrina – Paraná   | I – REDE - 6<br>II – SPUC – 1, 3, 5 | S  |
| Psicologia  | Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal – UNIDERP – Mato Grosso do Sul | II SPUC 5                           | CO |
| Área Saúde do Departamento de Extensão Pós-Graduação e Especialização em Saúde da Família | UFRRGS   | Não Definido                        | S  |
| Medicina  | Universidade Federal de Pernambuco   | Não Definido                        | NE |
| Medicina e Psicologia   | Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal – UNIDERP – Mato Grosso do Sul | I – Rede – 2<br>II – SPUC -3        | CO |
| Medicina  | Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal – UNIDERP – Mato Grosso do Sul | Não Definido                        | CO |
| Medicina  | Universidade Estadual Paulista – Botucatu – UNESP – São Paulo  | I REDE 1, 3<br>II SPUC 5            | SE |
| Fisioterapia  | Universidade Estácio de Sá – Rio de Janeiro  | Não Definido                        | SE |
| Enfermagem  | UNIFAE – São João da Boa Vista – São Paulo   | Não Definido                        | SE |
| Medicina  | Faculdade Evangélica do Paraná   | II – SPUC – 3                       | S  |
| Medicina  | Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP  | Não Definido                        | SE |
| Medicina  | Universidade Metropolitana de Santos   | II – SPUC – 3                       | SE |
| Terapia Ocupacional / Fonoaudiologia / Enfermagem / Fisioterapia / Odontologia            | Fundação Edson Queiroz – Universidade de Fortaleza – Ensimado e Aprendendo – Ceará                   | Não Definido                        | NE |
| Enfermagem  | UNB  | Não Definido                        | CO |
| Medicina  | Universidade Federal de Alagoas  | II – SPUC-5                         | NE |
| Odontologia   | Universidade Federal de Alagoas  | II - SPUC - 5                       | NE |
| Medicina  | Curso de Medicina – Universidade Estácio de Sá   | Não Definido                        | SE |
| Enfermagem  | Fundação Universidade Estadual de Maringá  | Não Definido                        | S  |
| Área de Saúde Odontologia?  | Pró-Reitoria Comunitária e de Extensão PUC – Paraná  | Não Definido                        | S  |

|  |  |  |    |
|--|--|--|----|
| Medicina   | Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Metropolitana de Santos                  | A - II – SPUC – 3<br>B - II – SPUC – 2<br>C - II – SPUC – 3<br>D - II – SPUC – 3 | SE |
| Fisioterapia   | Universidade Potiguar – RN   | Não Definido   | NE |
| Enfermagem   | Centro Universitário de Maringá  | II – SPUC – 1  | S  |
| Enfermagem   | Universidade Estadual de Londrina  | Não Definido   | S  |
| Medicina (n. 10)   | UFRGS (educação à distância)   | II – SPUC – 4  | S  |
| Medicina   | Centro Universitário Educacional de Caratinga - MG                                     | Não Definido   | SE |
| Enfermagem   | Universidade Estadual de Santa Cruz – BA   | Não Definido   | NE |
| Enfermagem   | UERN – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte                                   | I – REDE 3<br>II SPUC 3, 4   | NE |
| Enfermagem   | Universidade Estadual do Vale do Acaraú/Sobral – Ceará                                 | Não Definido   | NE |
| Medicina (mesmo curso da experiência n.18)   | UFRGS  | Não Definido   | S  |
| Medicina / Enfermagem / Educação Física / Zootecnia  | Universidade Federal do Ceará e Universidade Estadual do Vale do Acaraú/Sobral - Ceará | Não Definido   | NE |
| Medicina   | UFRGS  | II – SPUC – 3  | S  |
| Enfermagem   | UFFF   | Não Definido   | SE |
| Enfermagem   | FESO   | Não Definido   | SE |
| Medicina / Enfermagem / Nutrição / Fisioterapia  | Universidade Evangélica do Paraná (FEPAR)  | II – SPUC – 3  | S  |
| Fisioterapia   | Universidade de Caxias do Sul – RS   | II SPUC 1, 3, 5  | S  |
| Fisioterapia   | UNILINHARES – Faculdade de Ciências Aplicadas – Espírito Santo                         | I – Rede -2<br>II – SPUC – 5<br>II – SPUC – 6                                    | SE |
| Medicina   | Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte – Ceará                                     | II SPUC 5,6  | NE |
| Educação Física / Serviço Social / Farmácia / Medicina / Jornalismo / Direito / Psicologia | PUC – RS   | I – Rede -3<br>II – SPUC – 1<br>II – SPUC – 4                                    | SE |

|  |  |  |    |
|--|--|--|----|
| Medicina   | Universidade Federal do Acre                             | II – SPUC – 5<br>II – SPUC – 6   | N  |
| Enfermagem / Psicologia / Nutrição                                     | Universidade Santa Cruz do Sul / RS                      | II – SPUC – 1<br>1, 2, 3, 5, 6   | S  |
| Medicina   | Faculdade Arthur Sá Earp Neto – Petrópolis               | Não Definito   | SE |
| Enfermagem   | Universidade Federal de Santa Maria / RS                 | I REDE – 3, 6<br>II – SPUC – 1, 2, 4, 6                                      | S  |
| Medicina / Farmácia / Enfermagem                                       | Universidade Passo Fundo – Centro de Saúde Coletiva – RS | Não Definito   | S  |
| Medicina   | Universidade Santa Cruz Bahia                            | Não Definito   | NE |
| Odontologia  | Universidade Luterana do Brasil - ULBRA                  | II – SPUC – 1<br>II – SPUC – 3<br>II – SPUC – 5<br>II – SPUC – 6<br>REDE - 6 | S  |
| Enfermagem   | Faculdade de Enfermagem<br>Nª Senhora das Graças - UPE   | Não definiu  | NE |
| Fisioterapia / Medicina /<br>outros cursos que integram Saúde Coletiva | Centro de Ciências da Saúde da UFRN                      | II – SPUC – 3  | NE |

### Mapa das experiências para a pesquisa EnsinaSUS

| Nº do relato | Região   | Instituição | Linha de Atuação I – REDE |   |   |   |   |   | Linha de Atuação II - SPUC |   |   |   |   |   | Curso(s) <sup>1</sup> |   |               |
|--------------|----------|-------------|---------------------------|---|---|---|---|---|----------------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|---|---------------|
|              |          |             | 1                         | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |                       |   |               |
| 22           | Sul      | Pública     | X                         |   |   |   |   | X |                            |   |   | X |   |   |                       |   | E F I M N S S |
| 58           | Sul      | Privada     |                           | X |   |   |   |   |                            | X |   |   |   |   |                       |   | Fi            |
| 65           | Sul      |             | X                         |   |   |   |   |   |                            | X |   | X |   |   |                       | X | E             |
| 06           | Sudeste  |             | X                         |   |   |   |   |   |                            | X |   |   |   |   |                       | X | O             |
| 28           | Sudeste  |             | X                         |   |   |   |   |   |                            |   |   |   |   |   |                       | X | M             |
| 20           | Sudeste  |             | X                         |   |   |   |   |   |                            |   |   | X |   | X |                       | X | E O Es        |
| 60           | Nordeste |             |                           |   |   |   |   |   |                            |   |   |   |   |   |                       | X | M             |
| 49           | Nordeste |             | X                         |   |   |   |   |   |                            |   |   | X |   | X |                       |   | E             |
| 23           | C.Oeste  |             | X                         |   |   |   |   |   |                            |   |   |   |   |   |                       | X | P             |
| 62           | Norte    |             | X                         |   |   |   |   |   |                            | X |   | X |   | X |                       | X | M             |

22 – Faculdade de Enfermagem da Universidade estadual de Londrina

58 – Faculdade de Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul

65 – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria

28 – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

20 – Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista

60 – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

49 – Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte

23 – Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

62 – Faculdade de Psicologia da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal

62 – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Acre

<sup>1</sup> M – Medicina; E – Enfermagem; O – Odontologia; N – Nutrição; Fi – Fisioterapia; Fo – Fonoaudiologia; P – Psicologia; SS – Serviço Social; AC – Análises Clínicas; Es – Engenharia Sanitária.

### Cartografia das experiências de ensino selecionadas – transformações e contornos

| Cursos envolvidos | Instituição  | Vinculação | Área temática I | Área temática II | Áreas/impressões adicionais identificadas nas atividades de campo   |
|-------------------|--|------------|-----------------|------------------|---|
| Medicina          | Universidade Federal do Acre   | Pública    | _____           | 1, 2, 3, 5 e 6   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação orientada pelo movimento de reformas curriculares em medicina desenvolvidos no Brasil ao longo dos anos 90 do século XX (movimentos estudantil e institucionais).</li> <li>- Eixo de Saúde da Família organizado a partir de uma perspectiva que valoriza a tomada e decisão clínica e a responsabilização do profissional em formação.</li> <li>- Existência de uma aproximação, pactuação entre gestores do ensino e dos serviços. Atividades em cenários de práticas diversificados em todos os momentos da produção do cuidado.</li> <li>- Integração ensino- serviço como estratégia de organização da rede do cuidado à saúde.</li> </ul> |
| Enfermagem        | UERN – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte   | Pública    | 3               | 3 e 4            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de práticas de ensino / formação desenvolvidas nos campos de prática (unidades básicas de saúde e hospitais) centradas na organização do processo de trabalho que valoriza o vínculo, o acolhimento e a responsabilização.</li> <li>- Identificação de práticas desenvolvidas no setor saúde em articulação com outros setores.</li> <li>- Desenvolvimento de práticas em cenários diferenciados (praças públicas, entidades da sociedade civil e outros).</li> <li>- Implicação direta com a trajetória de organização do SUS no estado do Ceará.- Disciplina de Saúde da Família como eixo transversal no currículo.</li> </ul>          |
| Medicina          | Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte / Ceará   | Privada    | _____           | 5 e 6            |   |
| Psicologia        | Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal – UNIDERP – Mato Grosso do Sul | Privada    | _____           | 5                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação orientada para a prática da boa medicina e do profissional enquanto tomador de decisão.</li> <li>- Integração ensino- serviço como estratégia de organização da rede de atenção à saúde.</li> <li>- Currículo integrado, organizado pelo ciclo vital, metodologia de ensino baseada em problemas.</li> <li>- Inserção em múltiplos cenários de aprendizagem como locus de construção do conhecimento.</li> <li>- Orientação da formação diretamente relacionada pelas políticas públicas de saúde e educação.</li> <li>- Módulo transversal de integração serviço comunidade – PINESC.</li> </ul>   |
| Enfermagem        | Faculdade de Enfermagem da UFMG / Minas Gerais   | Pública    | _____           | 3, 4 e 5         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integração dos campos de prática com a rede de serviços.</li> <li>- Ênfase na alteridade do usuário, na multiprofissionalidade e na integralidade do cuidado.</li> <li>- Internato Rural no Programa de Saúde da Família: ênfase na multiprofissionalidade.</li> </ul>   |
| Medicina          | Universidade Estadual Paulista – Botucatu – UNESP São Paulo  | Pública    | 1 e 3           | 5                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ênfase na formação multiprofissional da equipe de tutores; o acompanhamento feito pelo aluno, desde o primeiro ano de curso, de um recém-nascido da comunidade e o programa do primeiro ano, que consiste de investigação realizada em diversos bairros do município, visando ao levantamento de informações socioeconômicas e culturais, além dos principais problemas de saúde locais.</li> <li>- Construção participativa da proposta do projeto IUSC, tendo como colaboradores instâncias e lideranças comunitárias, articulações com profissionais da rede, além da mobilização dos</li> </ul>  |

|  |   |         |       |          |  |
|--|---|---------|-------|----------|--|
| Odontologia  | Faculdade de Odontologia da UFMG / Minas Gerais | Pública | 1 e 2 | 1 e 5    | <p>estudantes para o conhecimento da organização do sistema de saúde local.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de parcerias e articulação com Secretaria de Saúde, incluindo UBS de Saúde da Família, escolas municipais e indústrias da região, onde o aluno tem a possibilidade de planejar e realizar trabalhos, voltados para a promoção e prevenção à saúde.</li> <li>- Os usuários utilizam o espaço de controle social para defender os direitos ao cuidado de saúde com qualidade e reconhecem a diferença que os estudantes são capazes de produzir naquela realidade.</li> <li>- A organização do curso expressa a opção da instituição por uma formação em odontologia mais próxima da rede de atendimento do SUS.</li> <li>- A experiência do internato rural: formação e cidadania.</li> </ul> |
| Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Odontologia e Serviço Social | Universidade Estadual de Londrina / Paraná      | Pública | 6     | 1, 3 e 5 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integração ente rede e discentes a partir de ações propositivas, onde se cria um ambiente propício para um compromisso dos alunos com o serviço.</li> <li>- Articulação de atividades junto às organizações comunitárias numa parceria para a resolução dos problemas da UBS.</li> <li>- Alunos de enfermagem e medicina desenvolvem atividades comuns e estabelecem uma parceria com os profissionais da UBS e PSF, a intersetorialidade parece ser o eixo principal desse trabalho. Durante o Internato também se preconiza que o aluno conheça e desenvolva atividades com os diversos profissionais dos serviços.</li> </ul>  |

|              |  |             |       |    |   |
|--------------|--|-------------|-------|----|---|
| Fisioterapia | Universidade de Caxias do Sul<br>Rio Grande do Sul | Comunitária | _____ | 1, | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centralidade na seleção dos conteúdos e seu exercício prático a partir do ciclo vital são coerentes com seu vetor de transformação no processo ensino-aprendizagem, possibilitando, assim, a produção de uma ampliação da clínica; trabalho multiprofissional e transdisciplinar; criação de espaços de ensino, pesquisa e extensão.</li> <li>- Incorporação da Clínica de Fisioterapia no SUS em âmbito local seja iniciativa que possui características de inovação no que se refere à construção de práticas locais de ensino amistosas à integralidade, que pavimentam um começo de um caminho concreto de respostas às demandas em saúde.</li> <li>- Atividades práticas e teóricas: uma discussão crítica sobre a necessidade de articulação da gestão e da atenção na aprendizagem sobre a organização do SUS.</li> <li>- Propostas metodológicas com ênfase no trabalho em equipe, na humanização da relação dos profissionais com os usuários e discussões acerca da responsabilidade do profissional.</li> </ul> |
|--------------|--|-------------|-------|----|---|





