



Tese de Doutorado

*Ensino e Aprendizagem em Serviços de
Atenção Básica do SUS:
desafios da formação médica
com a perspectiva da integralidade.
“Narrativas e Tessituras”*

Carla Pontes de Albuquerque

Orientadora: Dra Adriana Cavalcanti de Aguiar

Área de Concentração:

Políticas, Planejamento e Administração em Saúde

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDES SIRIUS/CB-C

- A345 Albuquerque, Carla Pontes de.
 Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS: desafios da
 formação médica com a perspectiva da integralidade: narrativas e tessituras /
 Carla Pontes de Albuquerque. – 2007.
 xi ; 291f.
- Orientadora: Adriana Cavalcanti de Aguiar.
 Tese(doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
 Medicina Social.
1. Educação médica – Teses. 2. Currículos - Mudança – Teses. 3. Serviços
 de saúde – Teses. I. Aguiar, Adriana Cavalcanti de. II. Universidade do Estado do
 Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 37:61

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Instituto de Medicina Social

Ensino e Aprendizagem em Serviços de Atenção

Básica do SUS: desafios da formação médica

com a perspectiva da integralidade.

“Narrativas e Tessituras”.

Carla Pontes de Albuquerque

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva
– área de concentração em Planejamento e
Políticas Públicas – do Instituto de Medicina
Social da Universidade do Estado do Rio de
Janeiro

Orientadora: Dra Adriana Cavalcanti de Aguiar

Rio de Janeiro

2007

Aos(às) “mestres(as) com carinho”:

Na convivência familiar;

Nas primeiras lições escolares e na
permanente aprendizagem;

Na tecelagem da amizade;

Nas descobertas afetivas;

Nos saraus de poesia e dança;

Nas rodas de filosofia;

Nas ordiduras e tramas entre ciências,
artes e educação;

Na paixão e na labuta da saúde coletiva;

Na luta política por um mundo mais
inclusivo e com maior equidade;

Nas diversidades culturais;

Na conspiração ecológica;

No devir...

Agradecimentos

À Adriana Cavalcanti de Aguiar, minha orientadora neste trabalho e outras jornadas, pela inspiração, competência, acolhimento, compreensão e firmeza no lidar com meus ritmos, meandros e esta vontade indomada que tenho de transitar em diferentes campos de conhecimento.

À Roseni Pinheiro pela leitura e comentários ao texto final, pela participação nas bancas de qualificação e de defesa desta tese e por sua garra contagiante na produção coletiva do conhecimento em saúde.

Ao Rubens Araújo Mattos pelos instigantes debates que participei nas disciplinas à cerca da Integralidade na Saúde, coordenadas por ele e por Roseni Pinheiro e, aos que participam do LAPPIS, produzindo referências, legitimidade político-acadêmica aos processos de transformação da formação e assistência à saúde no país, em defesa do SUS de qualidade.

À Jane Dutra Sayd pelos encontros narrativos e o incentivo ao intercâmbio de relatos de experiências no trabalho na saúde tão significativas no curso que coordenou, no qual tive a grata satisfação de participar no Pré-Doutorado.

À Célia Regina Pierantoni pelo acolhimento nas disciplinas que coordenava, em parceria com minha orientadora, que cursei no Pré-doutorado e por sua luta histórica no campo das políticas de desenvolvimento dos profissionais da saúde.

À Eliana Cláudia de Otero Ribeiro e à Sônia Acioli pelas valiosas contribuições na banca de qualificação.

À Helena Fontoura, à Lílian Koifman e à Victória Maria Brant Ribeiro que aceitaram prontamente participar da banca de defesa de tese. Aos suplentes: Aluísio Gomes da Silva Jr., Kenneth Rochel Camargo Jr. e Virginia Alonso Hortate.

À Maria Inês Nogueira, parceira na trajetória da saúde coletiva, o incentivo em prosseguir a jornada acadêmica na interlocução com o trabalho cotidiano na assistência e na formação.

À Maria da Conceição de Oliveira Vianna (Ceça), no compartilhar de sua intelectualidade e generosidade e ao grupo da Oficina da Palavra (coordenado por Ceça) pelos encontros literários e filosóficos, nos quais conversamos sobre a beleza e a barbárie humana.

À Ione Pontes de Albuquerque, minha mãe, no apoio afetivo e material nestes meus quarenta e oito anos de vida.

Às amigas cúmplices: Ana Lúcia Lobato na revisão do texto, Isabella Porto Ribeiro e Rute Noemi Souza na infra-estrutura da qualificação e da defesa.

Ao João Struchiner o suporte essencial à editoração gráfica da tese.

À Rede de Educação Popular e Saúde que rega cotidianamente a utopia de um país melhor.

À Cristina Gonçalves, à Mônica Machado e à Marilene Nascimento, pela construção coletiva e criativa de nossa preceptoria de estudantes de medicina na atenção básica, nas trincheiras da formação generalista e humanista tendo como referência a integralidade.

Ao terapeuta-diretor João Tavares e ao grupo de Formação de Psicodrama pela minha oportunidade do uso do tablado e pelo suporte formativo e terapêutico diante da dramaticidade no trabalho na saúde pública e na produção do conhecimento na saúde coletiva.

Ao Fernando Hernandez, à Juana Sancho da Universidade de Barcelona e ao Grupo-Rio do Centro de Estudios sobre el Cambio en la Cultura y la Educacion (CECACE) que me ensinaram que todo educador é um pesquisador em potencial e que a experiência educativa se concretiza na reflexão coletiva.

À Sandra Regina Queiroz, o apoio de sua juventude nas tarefas de casa e no cuidado com meu filho Caetano.

À equipe interdisciplinar do grupo de trabalho de Prevenção da Reincidência da Internação e à gestão do Hospital Municipal Salles Netto (SMS/RJ), que cotidianamente contribuem para as minhas reflexões sobre os desafios da integralidade na prática clínica e epidemiológica.

Aos(às) preceptores(as), estudantes, profissionais e usuários(as) do SUS que participaram desta pesquisa, gostaria de nomeá-los(las), mas trato é trato.

<u>ÍNDICE</u>		Página
Resumo		X
Abstract		xi
Apresentação		2
- Construção do objeto e justificativa.		2
- “Urdiduras e tramas”: a cartografia do texto.		8
Capítulo 1 - A hegemonia da racionalidade médica		13
Capítulo 2 - Reforma na Saúde: a interlocução necessária entre os princípios macro-políticos e as práticas de atenção(cuidado) no cotidiano do SUS.		19
2.1-Para a transformação dos modelos tecnoassistenciais e das políticas de desenvolvimento de recursos humanos em saúde.		20
2.2-Modelos tecnoassistenciais, modelos de cuidado?		25
2.3-Modelos que vigoram e norteiam as práticas médicas ambulatoriais no SUS.		29
2.4 - O papel da atenção básica na reorganização da atenção à saúde.		36
2.5 - Desenvolvimento de recursos humanos em saúde, na perspectiva da política de educação permanente.		43
Capítulo 3 - Educação Médica: novos horizontes?		50
3.1- Aproximação da rede de serviços e reforma curricular		51
3.2-Diretrizes curriculares da Graduação Médica e processos de ensino, aprendizagem e avaliação na escola médica.		57
3.3- A(s) ótica(s) das competências.		72
3.4- Diversificação dos cenários de ensino e aprendizagem:o contexto da prática.		80
3.5- O trabalho como princípio educativo na formação médica, para além da visão reprodutora do capital.		88

3.6- Práticas educativas mais inclusivas na formação profissional e na assistência à saúde.	97
3.7- Inovações na educação médica: a contribuição do estudo das experiências vivenciadas nos cenários de prática.	106
Capítulo 4- A pesquisa de campo: objetivos e metodologia.	113
4.1- Objetivos:	114
4.1.1- Objetivo geral.	114
4.1.2- Objetivos específicos	115
4.2- Metodologia.	116
4.2.1- Discussão metodológica.	116
4.2.2- Recursos metodológicos:	131
4.2.2.a- A observação participante.	131
4.2.2.b- A relação de entrevista.	133
4.2.2.c- A análise documental.	135
4.2.3- Cuidados éticos.	136
4.2.4- A operacionalização da investigação.	138
Capítulo 5 - Relato e análise: a tecelagem cotidiana no campo da saúde, dialogando com experiências de formação médica na atenção básica.	148
5.1- Trajetos e trajetórias.	149
5.2- Contextos e contextualizações.	163
5.2.1 – No cenário observado do centro de saúde, segundo período.	164
5.2.2 – No cenário observado da policlínica, terceiro período.	177
5.2.3 – No cenário que sou preceptora, centro de saúde, segundo período.	184
5.3- Criatividade e transformação: para uma racionalidade médica comunicativa.	189
5.4-Estratégias de ensino, aprendizagem e avaliação. Inovações a partir do campo da prática.	202
5.4.1- Ensino ativo, aprendizagem significativa e problematização.	202

5.4.2- O trabalho como princípio educativo: o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes para uma prática profissional comprometida com direitos e responsabilidades.	208
5.4.3- Avaliação: entre o somativo e o formativo.	219
5.4.4- Integração curricular: o fio da meada.	234
Capítulo 6 - Arremates e acabamentos: a trama da integralidade na composição de texturas singulares e plurais na formação médica na atenção básica.	241
- Referências bibliográficas	253
ANEXOS	
Anexo I: Termo de consentimento livre e esclarecido.	279
Anexo II: Roteiro de observação.	280
Anexo III: Roteiros de entrevista (preceptoria e gerência da unidade).	283
Anexo IV: Narrativa da experiência de Tiradentes / Minas Gerais, ano de 1983.	286

RESUMO

Esta investigação enfoca processos de ensino, aprendizagem e avaliação na graduação médica, que acontecem em serviços básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase nos entraves e potencialidades para a transformação das relações entre a formação e a assistência na perspectiva da *integralidade*, tendo como referência as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em medicina, homologadas pelo Conselho Nacional de Educação em 2001. Com uma abordagem metodológica qualitativa que reúne contribuições da etnografia, da pesquisa transdisciplinar e da cartografia, a pesquisadora propõe ao leitor um diálogo com os relatos de suas observações (de experiências formativas na atenção básica) e dados oriundos da sua própria preceptoria de estudantes de medicina envolvidos em atividades em um centro municipal de saúde. Aponta desafios que necessitam ser enfrentados como: a hegemonia da racionalidade biomédica na conformação do modelo tecnoassistencial e a necessidade de efetivar uma política de recursos humanos no setor que incentive a integração universidade-serviço-comunidade, na aproximação da graduação ao cotidiano do trabalho em saúde e à realidade de vida da população. Estas questões estão associadas ao atual debate sobre integração curricular, educação permanente visando uma *práxis* formativa criativa que envolva o desenvolvimento de competências (técnico-políticas) e o compromisso para com o cuidado no SUS. Conclui que é justamente na trama local cotidiana, na problematização e intercâmbio entre experiências, que afloram caminhos criativos na superação das rotinas e práticas mecanizadas. Estes processos transformadores são matérias de reflexão para que novos projetos de cuidado sejam construídos coletivamente, emergindo novos patamares na assistência e na formação.

Palavras chaves: educação médica, integração universidade-serviço-comunidade, cenário de atenção básica, reforma curricular, integralidade.

ABSTRACT

This investigation focuses teaching processes, learning and evaluation in medical graduation, which take place in basic services of Single Health System, emphasizing the obstacles and potentialities to the transformation of relations between the creation and the assistance in the integrality perspective, having as reference the National curriculum Strategy to the Medical Graduation Courses approved by the National Education Council in 2001. Basing in a qualitative methodological approach that reunites contributions from ethnography, transdisciplinary research and cartography, the researcher proposes to the reader a dialog with her observations (of formative experiences in basic attention) and data from her own preceptor of medical students involved in activities in a health municipal center. It indicates challenges that should be faced, as: the hegemony of biomedical rationality in the determining of the technical assistance model and the necessity of university-service-community integration, in the approximation between the graduation course, the working with health and the population's quotidian reality. These questions are associated with the present debate about curriculum integration, permanent education seeking a creative determining *praxis* that encloses the development of technical and political competencies and the commitment with care in SUS. It concludes that it is just in the quotidian local web in the problematic and exchange between experiences that creative alternatives emerge in the overcome of routines and mechanized practices. These transforming processes are reflection matters to a collective construction of new care projects, emerging new levels in the assistance and formation.

Key words: medical education; university-service-community integration; basic attention scenery; curriculum, reformation; integrality.

“...Nenhum conhecimento,
Nenhuma idéia,
Ninguém se sustenta
sem um outro que lhe
complementa,
A sua própria razão de
ser incompleto
A sustentabilidade do ser
Deste ser que é simples e complexo
Quadrado às vezes
Redondo, convexo,
Mas sempre atrás de outro para
ser mais completo,
Mesmo sabendo que vai estar
sempre
Inacabadamente incompleto...”

(Construção coletiva sob a batuta do poeta Ray Lima*)

* Ray Lima nasceu na Paraíba, passou pelo Rio Grande do Norte, estudou Letras e Teatro no Rio de Janeiro e há 10 anos reside no Ceará. Atualmente, trabalha com *Cenopoesia* e participa de uma experiência chamada Escola Zumbi das Artes, onde a proposta pedagógica da escola, entendida como comunidade de aprendizagem, é construída com todos e todas que fazem a comunidade escolar. Nesta, a arte é algo que conduz os processos de discussão e produção dos conhecimentos.

O trecho poético acima foi uma construção coletiva, que ocorreu em seminário de uma disciplina do Doutorado em Educação da Universidade Estadual do Ceará, no segundo semestre de 2006, para o qual Ray Lima foi convidado a coordenar uma oficina de ciranda, cuja maioria dos participantes (docentes e alunos) era integrante da Rede de Educação Popular e Saúde.

APRESENTAÇÃO

Construção do Objeto e Justificativa:

Na última década, pesquisas nos campos da educação e da saúde se voltaram para o cotidiano das instituições como objeto de estudo (COHN, 1991; ALBUQUERQUE, 1994; PINHEIRO, 2001). Com a perspectiva de analisar experiências concretas de implantação de políticas públicas, este trabalho pretende investigar iniciativas para a implementação das novas diretrizes curriculares do ensino médico, homologadas pelo Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior em 2001 (Resolução N° 4, de 7 de novembro). Nessas diretrizes, uma prerrogativa fundamental é o contato desde o início do curso e contínuo do estudante com a realidade dos serviços, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos diferentes níveis da atenção (ALMEIDA, 2003, p.04).

A aproximação entre universidade e serviço de saúde, no sentido da construção de parcerias¹, enfrenta um importante desafio: o da intermediação entre culturas institucionais diferentes (ALBUQUERQUE, 2005). Tensões e disputas têm estado historicamente presentes nas relações que aí se engendram. É necessário que o encontro entre esses pólos (ensino e trabalho) seja pensado sem desconsiderar suas distinções (articulações política, práticas e saberes), mas que a partir do contato com as diferenças, haja desestabilização de arranjos instituídos, tornando possível a emergência do novo (GUIZARDI *et al.*, 2005).

¹“A parceria é concebida como resultante da interlocução e da negociação entre atores diferentes (academia, serviços e comunidades) para alcançar objetivos comuns. Supõe uma horizontalidade de relações que implica a transformação mútua dos sujeitos e a construção de alianças, em um jogo que todos devem ganhar.” (RIBEIRO, 2003, p.70).

Nesta pesquisa enfoco processos de ensino, aprendizagem e avaliação no início do curso de graduação médica, que acontecem em serviços básicos de saúde do SUS e locais de atuação destes. A eleição dos respectivos cenários para observação, além da concordância dos envolvidos, teve como critérios a identificação de componentes inovadores, que superassem o uso instrumental do serviço por parte da universidade e que não fosse uma iniciativa isolada, mas que estivesse inserida no âmbito da proposta curricular do curso.

O diálogo com² as abordagens educacionais observadas nos cenários estudados, é o que norteia este mergulho reflexivo. Interessaram à observação de campo, os processos de ensino e aprendizagem que não estivessem restritos apenas aos componentes técnicos, mas que fossem capazes de instituir conexões mais significativas entre conhecimento e prática. Na última década, a referência do Construtivismo³ tem estado mais presente nos debates da Educação Médica.

² A preposição *com* situa a utilização do termo diálogo para expressar a análise das experiências observadas a partir das minhas próprias referências (oriundas da própria experiência, da leitura da produção científica da área e de novos sentidos emergidos na observação). Esta abordagem se distingue do sentido comunicativo retroativo, em relação a um diálogo *entre* as minhas análises e a leitura sobre estas pelos interlocutores das experiências observadas, pois este não foi o modelo investigativo proposto. A proposta do intercâmbio entre experiências se concretiza quando o leitor deste trabalho elabora suas reflexões frente ao exposto, tendo como referência suas percepções e experiências no respectivo campo de conhecimento (*práxis*), possibilitando que novos desdobramentos daí surjam.

³ O termo *construtivismo* tem sido utilizado com diferentes significados que são atribuídos por áreas do conhecimento afins, porém diversas (Psicologia Cognitiva, Educação, Sociologia, dentre outras...). Isto tanto ocorre no campo empírico (cotidiano dos ambientes escolares, da prática clínica e na literatura não acadêmica) como nos próprios textos especializados de cada área. A formulação aqui desenvolvida tem como referências a teoria *vygotskyana*, a qual identifica a aprendizagem como um processo de interação social e a abordagem da *Pedagogia Significativa e Transformadora* de Paulo Freire (1991).

- “Construtivismo é a idéia que sustenta que o indivíduo – tanto nos aspectos cognitivos e sociais do comportamento como nos afetivos – não é um mero produto do ambiente nem um simples resultado de suas disposições internas, mas, sim, uma construção própria que vai se produzindo, dia a dia, como resultado da interação entre esses dois fatores. Em consequência, segundo a posição construtivista, o conhecimento não é uma cópia da realidade, mas, sim, uma construção do ser humano. Com que instrumentos a pessoa realiza tal construção? Fundamentalmente com os esquemas que já possui, isto é, com o que já construiu em sua relação com o meio que o rodeia” (CARRETEIRO, 2002, p. 10).

A escolha direcionada à atenção básica teve como perspectiva a investigação das relações entre gestores, profissionais dos serviços de saúde, professores, estudantes e usuários em um nível de atenção com o qual a cultura acadêmica médica está menos familiarizada. O pressuposto era que a exposição dos estudantes, no início da graduação, a contextos de atenção mais diversificados e próximos ao cotidiano da população, facilitaria a *problematização*⁴ de reducionismos impostos à prática médica pela racionalidade hegemônica da Biomedicina.

Minha motivação para estudar a dinâmica destas experiências foi a de ampliar o entendimento sobre os diferentes atores, forças e interesses que interagem nas mediações entre a atenção à população, o aparelho formador⁵ e a comunidade e como estas questões são contextualizadas nas situações de ensino e aprendizagem que ocorrem nos cenários, envolvendo estudantes de medicina. Destacarei nestes processos entraves e potencialidades para a transformação das relações entre a formação e a assistência na perspectiva da *integralidade*⁶.

⁴ “A metodologia da problematização é, também, uma das manifestações do construtivismo na educação. Mas está fortemente marcada pela dimensão política da educação, comprometida com uma visão crítica da relação educação e sociedade” (CYRINO & TORALLES-PEREIRA, 2004).

⁵ Para Gramsci (1891-1937), filósofo e cientista político italiano, enquanto a sociedade política tem seus portadores materiais nos aparelhos coercitivos de Estado, na sociedade civil operam os aparelhos privados de hegemonia (organismos relativamente autônomos em face do Estado em sentido estrito, como a imprensa, os partidos políticos, os sindicatos, as associações, a escola privada e a Igreja). Tais aparelhos, gerados pelas lutas de massa, estão empenhados em obter o consenso como condição indispensável à dominação. Por isso, prescindem da força, da violência visível do Estado, que colocaria em perigo a legitimidade de suas pretensões. Atuam em espaços próprios, interessados em explorar as contradições entre as forças que integram o complexo estatal. O conceito gramsciano de aparelho privado de hegemonia não se confunde com o de aparelho ideológico de Althusser (1918-1990), filósofo marxista nascido na Argélia (tendo passado grande parte de sua vida na França), no qual há uma ligação obrigatoriamente umbilical com o Estado. Já Gramsci pressupõe uma maior autonomia dos aparelhos privados em relação ao Estado em sentido estrito, possibilitando a luta contra-hegemônica (MORAES, 2002).

⁶ Sobre *Integralidade*: uma das dificuldades maiores no campo do conhecimento da saúde, mais especificamente médico, é lidar com conceitos abertos. Este parece ser o maior desafio cultural e do fazer, já que integralidade se refere ao processo da prática ou, melhor da *práxis* do trabalho em saúde, que seja permeável à criatividade emergente nas relações em prol do cuidado. A mudança cultural necessária ao

No percurso da construção do objeto desta investigação, não pactuo da concepção hegemônica da ciência positiva moderna, a qual é marcada pela dualidade sujeito-objeto e pelo conflito entre empirismo e idealismo. Alio-me a proposição de Humberto Maturana (1998), na qual sujeito e objeto de conhecimento estão intimamente implicados e que Emoção e Razão não estão em dimensões opostas⁷.

O tema deste trabalho tem íntima ligação com minha história pessoal e profissional, tendo em vista a participação, nos anos 70, enquanto estudante em projetos-piloto (contra-hegemônicos) do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em comunidades vizinhas na Ilha do Governador; a experiência de vinte e quatro anos como profissional de serviço público de saúde (médica – pediatra e sanitarista) e os últimos dez anos enquanto docente em cursos de graduação médica (incluindo a preceptoria e orientação de projetos desenvolvidos por estudantes de Medicina em unidades básicas de saúde da rede municipal do Rio de Janeiro).

Logo após a graduação, iniciei um curso de pós em Pediatria no Instituto Martagão Gesteira (UFRJ), embora eu estivesse interessada em aperfeiçoar meus conhecimentos na clínica pediátrica, decidi atender ao chamado da Prefeitura da

trabalhador da saúde e às instituições envolvidas (de prestação, de formulação, de negociação e de formação) é a passagem a uma prática-reflexiva que se constrói no coletivo e que tece redes comunicacionais / *redes de conversações* (TEIXEIRA, 2003, p.98), comprometidas com a saúde na sua perspectiva mais ampliada.

Na visão de pesquisadores da área, *Integralidade* é um termo polissêmico e polifônico. É polissêmico porque não se limita a uma diversificação dos sentidos, porém traz valores que merecem ser defendidos e que respeitam as diferenças nos várias regiões e localidades brasileiras. É polifônico porque ouve as vozes “silenciadas em espaços institucionais que não têm canais de escuta e acesso à informação e à comunicação, ou seja, não têm visibilidade para suas demandas” (PINHEIRO & MATTOS, 2001).

⁷ “[...] o entrelaçamento entre emoção e razão constitui nosso viver humano, e não nos damos conta de que todo sistema racional tem um fundamento emocional [...]”. (MATURANA, 1998, p.15).

Cidade de Tiradentes, Minas Gerais, para contratação de médico generalista. Além da rica experiência de vida que tive nos doze meses que lá morei, o trabalho com saúde comunitária em uma população predominantemente rural foi muito significativo para mim. Foram muitos os desafios frente a uma realidade diferenciada, para qual a graduação não havia me preparado⁸ (ANEXO IV).

Ao retornar ao Rio de Janeiro, tive o ensejo de buscar outros campos de conhecimento que contribuíssem para a compreensão do processo de saúde-doença e cuidado que não estivessem restritos à racionalidade biomédica. Como as experiências de Tiradentes e as formativas (ainda que contra-hegemônicas) nas atividades de extensão do Departamento de Medicina Preventiva foram muito marcantes, inspirei-me na característica interdisciplinar dos preceptores e dos estudantes dos diferentes cursos que vieram participar do projeto piloto na época da graduação e conjuntamente às atividades diurnas da residência em Pediatria e em seguida em Medicina Preventiva e Social, ingressei e concluí o Bacharelado em Ciências Sociais, no curso noturno da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

No final da década de 80, enquanto técnica da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social do Rio de Janeiro (SMDS/RJ)⁹, participei de um projeto de saúde comunitária

⁸ Decidi anexar ao corpo desta tese, um texto narrativo que traz reminiscências da significativa experiência profissional e de vida, nos doze meses (1983) que morei e trabalhei como médica “comunitária” na pequena cidade histórica mineira. Esta narrativa compõe a coletânea de exercícios propostos na disciplina “Narrativa como Fonte de Conhecimento em Saúde”, que cursei no IMS/UERJ no pré-doutorado, no ano de 2000. Coordenada pela Profa Dra Jane Dutra Sayd, que incentivou os participantes do curso a um processo dinâmico de investigação e construção compartilhada do conhecimento neste campo. O que foi vivenciado nesta construção coletiva, nos encontros das aulas, teve grande influência para a minha “ousada” aproximação do campo narrativo nesta tese. Recorro a elementos da narrativa no processamento dos dados coletados na observação participante (diário de campo) e no relato das minhas próprias experiências na preceptoria.

⁹ A SMDS / RJ passou a se chamar Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS / RJ) em 2004, tendo como diretrizes de atuação: “O combate às conseqüências geradas pela pobreza como a exclusão social, a

coordenando o trabalho de agentes comunitários de saúde em áreas de favela na cidade. A equipe de coordenação era formada por técnicos de nível superior com especialização em saúde coletiva, sendo que os integrantes eram oriundos de diversas graduações na área de saúde (enfermagem, psicologia, medicina, nutrição e serviço social), o que reforçou mais o meu interesse pela construção interdisciplinar na saúde. Esta iniciativa foi antecedente à política de saúde da família, assumida pelo Ministério da Saúde uma década após. Os grandes dilemas enfrentados nesta experiência foram a superação do caráter focal das ações na integração com as outras secretarias municipais (saúde, educação, obras, meio ambiente, dentre outras) e a formação dos agentes de saúde na perspectiva do trabalho em saúde voltado para a construção da cidadania.

No estudo sobre a municipalização de uma unidade de saúde, oriunda do então recentemente extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), desenvolvido no curso de Mestrado na década de 90 (ALBUQUERQUE, 1994), deparei-me curiosamente com aspectos relacionados ao desafio da convivência de diferentes culturas institucionais no mesmo espaço de atuação. Já nesta investigação, realizada no primórdio da implantação do SUS, a necessidade de desenvolvimento de políticas de recursos humanos em saúde, especialmente no seu caráter formativo (educação permanente), emergiu como temática relevante, sendo um fio significativo na trama da integralidade e na tessitura da reforma sanitária.

garantia de acesso às políticas públicas essenciais para a vida como educação, saúde, cultura, esporte e lazer e habitação, e o desenvolvimento de uma política de inclusão social das camadas mais pobres da população, sendo responsável pela política pública de Assistência Social da cidade do Rio de Janeiro”.

O Programa de Saúde Comunitária inserido na estrutura da ex SMDS / RJ já havia sido extinto no início dos anos 90, quando então os agentes comunitários de saúde foram deslocados para outros programas ligados às ações sociais em regiões de favelas na cidade. A Secretaria Municipal de Saúde deveria então organizar a sua rede assistencial de forma a dar maior acessibilidade à população residente nas áreas de favela e incorporar as especificidades necessárias à atenção à saúde na perspectiva da promoção.

“Urdidura e Tramas”¹⁰, a Cartografia¹¹ do Texto.

“Como uma tecelagem: não obstante a urdidura, as tramas mesclam-se e recriam em cores e movimentos, novos desenhos.”

Início este percurso reflexivo, elegendo como tema para o primeiro capítulo, a Biomedicina. Era necessário elucidar como foi sendo consolidada historicamente a racionalidade médica moderna, que ainda é hegemônica tanto nos processos formativos como nas práticas assistenciais na saúde. De forma sintética, apresento algumas críticas aos reducionismos impostos por esta racionalidade quanto ao entendimento do *processo de saúde-doença e cuidado*. Identifico as fragilidades apresentadas por esta racionalidade diante da complexidade atual, como porosidades possíveis à emergência de práticas mais próximas da perspectiva da integralidade.

No segundo capítulo, a partir da discussão sobre a reforma incompleta da saúde no Brasil, não obstante quase duas décadas da promulgação constitucional dos princípios do SUS, privilegio o debate acerca de modelo tecnoassistencial e política de recursos humanos no setor. Desenvolvo o pressuposto que para que haja a transformação das culturas e práticas formativas e assistenciais médicas em prol da integralidade, conjuntamente às mudanças macropolíticas expressas em leis e portarias ministeriais, é necessário adentrar nos processos cotidianos dos serviços de saúde, revelando nestes a complexidade existente. O

¹⁰ Urdaduras e tramas são as bases da tecelagem. A urdidura (ou urdume) é o conjunto de fios dispostos no tear paralelamente ao seu comprimento, e por entre os quais passam os fios da trama. A trama é passada no sentido transversal do tear, entre os fios da urdidura. O urdume é preparado anteriormente ao ato de tecer a trama. (WEBSTER, 1997, p.20)

¹¹ Segundo Milton Santos (1926/2001), pensador expoente da geografia brasileira, “[...] cartografar é encontrar o que está em vias de deferir [...]” (SANTOS, *apud* PINHEIRO & CECCIM, 2006, p. 18).

Para Sueli Rolnik, psicanalista e ensaísta, na Cartografia, trata-se de “[...] mergulhar na geografia dos afetos e, ao mesmo tempo, inventar pontes para fazer sua travessia: pontes de linguagem [...]” (ROLNIK, *apud* PINHEIRO *et al.*, 2006, p.39).

cuidado em saúde pressupõe novos arranjos organizativos e relações mais comunicativas entre os diferentes atores envolvidos neste processo (gestores, profissionais, aparelho formador e usuários), demandando inclusive uma revisão da própria atuação médica (na sua inserção na equipe multiprofissional; na interlocução com a população assistida e na utilização de tecnologias). Neste contexto, a atenção básica tem papel fundamental na reorganização da rede assistencial, aproximando suas ações às realidades locais e exigindo dos profissionais uma prática mais reflexiva, no lidar com situações não capturadas pela lógica biomédica. A política de educação permanente avança ao tomar o processo de trabalho cotidiano como objeto de problematização, na intenção da construção de relações mais dialógicas entre serviço, universidade e organização social na qualificação do SUS.

Os caminhos do aparelho formador médico na sua relação com os serviços de saúde e os percalços da implantação das diretrizes curriculares nacionais são os vetores temáticos desenvolvidos no terceiro capítulo. Faço uma pequena incursão sobre conceitos da área de Educação e suas interfaces com a escola médica, como as diferentes concepções de ensino, aprendizagem e avaliação e me aproprio da discussão em voga sobre competências para refletir a respeito da aproximação entre a formação médica e o processo de trabalho. Aponto a proposta da diversificação de cenários de ensino e aprendizagem, como grande aliada para que novas práticas e compromissos entre aparelho formador e serviços sejam concretizados. Trago a categoria de trabalho como princípio educativo presente nos debates sobre ensino médio profissionalizante, para enriquecer a discussão da educação médica e suas relações com o mundo do trabalho e a sociedade, tendo em vista a concepção de formação para além dos conteúdos exclusivamente técnicos. Entendo que na perspectiva

da integralidade, os processos educativos em saúde, tanto nas suas expressões na assistência como na formação, devam ser mais inclusivos e participativos, superando o caráter prescritivo tão próprio ao modelo biomédico. Identifico que o estudo de experiências inovadoras da educação médica em cenários de prática possibilita uma maior aproximação dos desafios cotidianos, na interlocução local entre diferentes saberes e interesses que compõem a assistência, a formação e a relação entre estas. É na dimensão molecular (interstício do cotidiano) que se articulam os desejos e as potências dos diferentes atores em cena, revelando a singularidade de cada experiência. A tendência inventiva (instituinte, produção criativa) e/ou repetitiva (instituída, reprodução) dos processos locais (de formação e de cuidado) se atualiza(m) nas vivências cotidianas, que estão por sua vez inseridas em contextos específicos. A proposta do intercâmbio destas experiências não objetiva a construção de modelos ideais, mas pretende a partir da ótica da diversidade, contribuir para a ampliação do debate acerca da transformação da educação médica.

No capítulo quatro identifico os principais objetivos que nortearam a pesquisa de campo, ressaltando a perspectiva dialógica na análise das experiências estudadas. Elejo uma abordagem metodológica construcionista que reúne contribuições da etnografia, da pesquisa transdisciplinar e da cartografia. Saliento que o objetivo da pesquisa qualitativa não é a *replicabilidade* e sim a *especificidade*. A proposta do diálogo com as experiências estudadas é um convite ao leitor a elaborar suas próprias interpretações. Utilizo o formato narrativo tendo como base os registros do diário de campo, para apresentar minha experiência de pesquisadora (uma médica e educadora desempenhando o ofício de “*antropóloga*” que busca estranhar o “*familiar*”). Início este diálogo através do relato de minhas observações, tendo como referências de análise minhas

próprias experiências como educadora e médica (problematizando-as na medida do possível) e a produção teórica sobre o tema com a qual tenho afinidade (indicada nos três primeiros capítulos). Indico que o processamento organizativo e analítico do material coletado será realizado a partir da associação entre as categorias apontadas na revisão da literatura (parceria, vínculo, cuidado, integralidade, educação permanente, dentre outras) e outras categorias que emergiram durante o trabalho de campo (trajetória, diversidade, desterritorialização, criatividade, comunicação, dentre outras). Proponho ao leitor que percorra também esta trajetória *dia(pluri)lógica*, isto é que analise as situações por mim apresentadas a partir de seus respectivos referenciais e aponte possibilidades de transformação da formação e da assistência médica na perspectiva da integralidade. A tônica desta abordagem é incentivar a expressão de novas produções de sentidos que *ressignifiquem* conceitos e práticas no campo da educação médica e da saúde.

No quinto capítulo, organizo a análise do material narrativo coletado no campo, lançando mão de categorias eleitas para dar sentido aos diálogos entre as minhas impressões das experiências observadas e as minhas próprias experiências como preceptora na atenção básica. São valorizadas as trajetórias dos diferentes atores presentes nos cenários estudados e as contextualizações das experiências segundo as diferentes leituras que foram expressas por estes durante a observação participante, as entrevistas e a análise documental. São sublinhados também os processos comunicativos estabelecidos na intermediação local de práticas e saberes na saúde. Uma cultura assistencial e formativa médica mais criativa e comprometida com os princípios do SUS não deve ficar restrita ao domínio do campo da saúde coletiva (como é o mais recorrente).

Ainda no capítulo de análise, comento que apesar das abordagens construtivistas serem hegemônicas e a tônica do trabalho enquanto princípio educativo estar presente nas estratégias de ensino, aprendizagem e avaliação observadas, ainda há muito a se caminhar no sentido da integração curricular.

No último capítulo, faço arremates e acabamentos à tecelagem do texto. Com a perspectiva do devir histórico e a potência criativa dos processos transformativos, indago sobre a *factibilidade* da desterritorialização do profissional médico na exclusividade do poder decisório na saúde. Abordo considerações sobre questões ideológicas do modelo biomédico que se estendem aos amplos setores sociais. Concluo *reenfatizando* que a riqueza singular e plural das experiências estudadas de formação médica na atenção básica e, de outras relatadas pelo campo temático da pesquisa sobre integralidade, está relacionada à possibilidade do intercâmbio entre os relatos destas. Esta dinâmica discursiva incentiva uma reflexão coletiva mais ampla sobre o que tem sido vivenciado no cotidiano das relações entre educação e trabalho nos serviços de saúde. O aperfeiçoamento de processos de ensino-aprendizagem e avaliação na formação médica na atenção básica, no sentido da integralidade, não pode ser descolado da discussão da integração curricular, da educação permanente e de uma abordagem formativa criativa que envolva o desenvolvimento de competências (técnicas e políticas) e o compromisso para com o cuidado no SUS.

CAPÍTULO 1

-A HEGEMONIA DA RACIONALIDADE BIOMÉDICA

A categoria “racionalidade médica”, como aponta Madel Luz, tem como referência a tipologia ideal, expressa por Max Weber (1864-1920) como modelo *tendencial* histórico, que nunca se efetua de forma permanente e absoluta, pois pode ser modificado pela ação contextual dos atores sociais.

LUZ (1997) define racionalidade médica como:

“[...]todo constructor lógica e empiricamente estruturado de cinco dimensões fundamentais (morfologia, dinâmica vital, doutrina médica, sistema de diagnose e sistema de intervenção terapêutica), tendendo a constituir-se ou pretendendo constituir-se em sistemas de proposições “verdadeiras” (verificáveis de acordo com procedimentos racionais sistemáticos, preferencialmente os da racionalidade científica)” (p.182).

Nas sociedades complexas atuais não se pode mais tomar as diferentes racionalidades médicas existentes como sistemas fechados, pois no mercado das práticas de cura, estas podem competir entre si ou ainda configurarem hibridismos e alternâncias.

Entre as racionalidades médicas existentes, embora enfrente na atualidade questionamentos pertinentes, a Biomedicina ainda é a hegemônica na formação contemporânea médica ocidental. Para melhor situá-la, Kenneth Camargo Jr faz referência a uma respectiva cosmologia¹², que rompe com o domínio da visão religiosa ligada à Igreja Católica reinante na Idade Média e a influência teocêntrica aristotélica.

É no Renascimento (séculos XV e XVI), culminando no *Iluminismo*, que a ciência experimental é estabelecida como fonte definitiva de verdade (CAMARGO JR, 2003). Define-se a

¹² Cosmologia: termo elegido em detrimento de cosmovisão, em virtude do seu potencial de sofisticação teórica, como é o caso da Medicina Ocidental, em que a visão cosmológica está em grande parte sustentada na física newtoniana (LUZ, 2000, p.185).

separação entre ciências e filosofia, o universo assume então a *feição de máquina*. As disciplinas científicas básicas relacionadas à Medicina são estruturadas: a Anatomia, a Fisiologia e a Patologia.

No século XIX, consolida-se a vertente da caracterização das doenças não mais como um fenômeno vital, mas como expressão de lesões celulares. O esquadramento do conhecimento é reforçado pela concomitância do surgimento do positivismo¹³.

Há um progressivo descrédito da arte, e da experiência comum e cotidiana como fontes de conhecimento. A arte de curar não é mais a *tônica*, pois a Medicina ilustra concretamente o movimento de racionalização que atingiu o Ocidente, desde o classicismo grego e radicalizado no capitalismo moderno. Estabelece-se a cisão entre ciências das doenças (*gnose, episteme*) e a arte de curar (*tekné*) (LUZ, 1997).

O filósofo francês Michel Foucault (1926-1984), na sua obra clássica *O Nascimento da Clínica*, identifica no período transicional entre os séculos XVIII e XIX, uma nova forma de pensar e agir médicos. A vida passa a ser compreendida através da morte (estudo de cadáveres). O “olhar clínico” volta-se para o percurso das doenças e são traçadas estratégias de combates a estas. Na maioria das vezes, o arsenal terapêutico é bruto, ocasionando danos ao próprio doente. O que está em jogo não é exatamente o bem estar do paciente, mas a vitória contra as enfermidades, o poder da ciência médica.

¹³ O Positivismo é uma corrente filosófica cujo iniciador principal foi Augusto Comte (1798-1857). Surgiu como desdobramento filosófico do Iluminismo, a que se associou a afirmação social das ciências experimentais. Propõe à existência humana valores completamente humanos, afastando radicalmente da teologia ou metafísica.

Na perspectiva foucaultiana, desde seus primórdios, a clínica está vinculada à medicina social, no que concerne a estipular normas de controle de doenças em plano coletivo (organização urbana, reprodução de mão de obra para o trabalho fabril, políticas estatais estabilizadoras). Os hospitais passam a ser, no século XX, laboratórios de investigação biomédica e clínica, locais principais de transmissão do conhecimento médico (FOUCAULT, 1980).

A arqueologia de Foucault faz uma crítica a própria idéia da racionalidade científica médica, desconstruindo sua pretensão à neutralidade e cientificidade.

“Enquanto a obra de Canguilhem considera a medicina somente a partir do conhecimento do organismo, fundada sobre a biologia, ao estruturar seus renomados conceitos de normal e patológico, Foucault foi talvez o primeiro epistemólogo a abordar a medicina como ciência “do homem”, e não “da vida”, o que vale dizer, como uma ciência social, política e histórica, e não somente biológica, denunciando, por detrás do desejo de cientificidade e neutralidade da biologia e da medicina, uma ideologia e um poder” (MARTINS, 1999).

Após a Segunda Guerra Mundial, com a multiplicação das especialidades médicas e o advento das indústrias farmacêuticas e de equipamento médico hospitalar houve um grande avanço da tecnologia instrumental médica, totalmente voltada para a diagnose das doenças em detrimento da terapêutica (*práxis*).

A terapêutica moderna se constituiu mais tardiamente, por caminhos nem sempre superpostos aos da diagnose, restringindo-se às práticas intervencionistas (medicamentosa; cirúrgica; física e dietética). Neste contexto, a terapêutica é essencialmente prescritiva e não estabelece relações dialógicas.

Com o advento de novas profissões em saúde, algumas terapêuticas tornaram-se palco de disputas corporativas, como a

física e a dietética. Os procedimentos de prescrição farmacológica e de intervenções cirúrgicas usualmente obtêm maior valorização entre os profissionais médicos (CAMARGO JR., 2003).

A relação médico-paciente passou a ser intermediada pelo equipamento. Ocorreu *uma alienação do paciente em face de seu próprio corpo e a fetichização do equipamento médico* (LUZ, 1997).

Ainda que, da segunda metade de século XX em diante o modelo explicativo da “*multi-causalidade*”¹⁴ seja frequentemente proposto, os modelos de causalidade linear predominam na prática. Aparece recorrentemente como prática discursiva na doutrina médica, a alusão à totalidade humana identificada como três domínios teóricos: biologia, psicologia e sociologia. Contudo, esta unidade *biopsicosocial* é mera apologia, dado o seu tratamento genérico que não explicita as especificidades e as possíveis interseções entre cada domínio. O resultado final é a subordinação do *psico* e *social* ao primado do discurso biológico (CAMARGO JR., 2003).

As críticas à Biomedicina são de diversas naturezas, como os interesses econômicos explícitos ou não das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos (uso excessivo de exames complementares, medicalização e iatrogenias); a interpolação da organização do mercado de trabalho (fragilização da suposta autonomia médica); as deficiências na formação profissional (pouco reflexiva que não se articula com a realidade); a insuficiência instrumental para lidar com as principais formas do adoecer humano no mundo atual (mudanças

¹⁴ “A versão mais aperfeiçoada de um modelo descritivo de doenças em geral é o denominado por seus autores (Leavell e Clarck, 1976) de História Natural da Doença [...] Há muitas críticas a este modelo, uma delas é de continuar servindo como embasamento a toda uma série de construções na biomedicina isto é, ter como enfoque essencial a doença” (CAMARGO JR., 2003).

epidemiológicas e *complexificação* dos problemas); a mecanização das relações terapêuticas (desvalorização da subjetividade do paciente e do próprio médico); o descompasso com campos de conhecimento correlatos e historicamente de referencia (que na contemporaneidade apontam para uma lógica compreensiva menos fragmentada da vida) e contradições conceituais (o culto a uma objetividade que não se sustenta e a hegemonia da explicação causal linear).

Não obstante as críticas, o imaginário científico da medicina contemporânea, segundo Kenneth Camargo Jr, permanece vinculado a uma racionalidade científica que abarca três principais proposições: caráter generalizante, caráter mecanicista e caráter analítico¹⁵ (CAMARGO JR, 2003).

A possibilidade de avanços na reformulação da atenção e da formação médica, no sentido da integralidade, no campo das macro e micropolíticas assistenciais e educacionais esbarra em núcleos duros da Biomedicina. Como foi salientado anteriormente, a racionalidade biomédica embora hegemônica, não se apresenta na prática sob forma absoluta e é justamente nas suas contradições e flexibilidades que surgem permeabilidades possíveis.

¹⁵ “ - Caráter Generalizante: refere-se à produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individualizáveis.

- Caráter Mecanicista: os modelos explicativos tendem a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana, passando o *Universo* a ser visto como uma gigantesca máquina, subordinada aos princípios da causalidade linear traduzíveis em mecanismos.

- Caráter Analítico: a abordagem teórica e experimental adotada para a elucidação das *leis gerais* do funcionamento da *máquina universal* pressupõe o isolamento de partes, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes” (CAMARGO JR, 2003, P.107).

CAPÍTULO 2

**- REFORMA NA SAÚDE: A INTERLOCUÇÃO
NECESSÁRIA ENTRE OS PRINCÍPIOS MACRO-
POLÍTICOS E AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO
(CUIDADO) NO COTIDIANO DO SUS.**

2.1) PARA A TRANSFORMAÇÃO DOS MODELOS TECNOASSISTENCIAIS E DAS POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE.

O processo de reformulação da atenção à saúde, fruto histórico de lutas político-sociais lideradas pelo “movimento sanitário” que culminaram na elaboração do capítulo sobre saúde na constituição de 1988, enfrenta sérios desafios nos diferentes níveis hierárquicos que compõem o SUS.

Uma questão que recentemente adquiriu maior ênfase é a formação de “recursos humanos”¹⁶ para atuarem na rede de serviços, tendo como eixo a concepção ampliada de saúde que consta no texto constitucional, dado que *a universalidade do direito, a equidade, a participação, a integralidade e a resolutividade das ações* são princípios do SUS que ainda não estão plenamente implantados.

Para que as mudanças referidas ocorram de fato, é importante que o *protagonismo* dos trabalhadores de saúde ocorra para além das questões corporativas¹⁷. Políticas

¹⁶ As aspas aqui utilizadas referem-se *alegoricamente* à complexidade maior necessária no tratamento dos profissionais de saúde enquanto recursos humanos, por instâncias gestoras e de planejamento, para além do que ocorre com a administração de recursos materiais.

Por outro lado, compartilho da crítica à concepção de desenvolvimento, constituída enquanto uma teoria da educação, que tomou força no final da década de 1950, inspirada na teoria do capital humano que defende “que o antagonismo capital-trabalho pode ser superado mediante um processo meritocrático – pelo trabalho, especialmente pelo trabalho potenciado como educação, treinamento, etc [...]” (PEREIRA & LIMA, 2006). Esta redução da educação profissional a mero fator técnico da produção será problematizada nas reflexões sobre trabalho como princípio educativo e educação permanente.

¹⁷ Na perspectiva de contribuir e acompanhar os processos de transformação do quadro de RH em saúde, foram implantados núcleos de pesquisas sobre o tema, em diferentes instituições acadêmicas no Brasil. Em 1999, foi instituída a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS), que é uma parceria entre o MS, a OPAS e instituições nacionais de pesquisa. A ROREHS conta com 21 países membros em toda a América Latina e 19 estações de trabalho no Brasil, que têm como principal objetivo disponibilizar informações e análises sobre recursos humanos, de modo a facilitar a formulação de políticas e programas sociais, além do acompanhamento das tendências dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde (<http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh>, acessado em 22/01/2007).

formativas devem permear os espaços dos serviços, tecendo uma rede significativa de relações no fazer cotidiano da atenção, numa construção compartilhada de saberes e práticas.

Novas práticas de atenção devem ser formuladas e acionadas a partir das vivências cotidianas, no lidar com diferentes demandas e necessidades de saúde¹⁸ que acontecem nos contextos locais dos serviços. Uma mudança fundamental é repensar a organização da assistência, que ao invés de ter como referência central o profissional médico, preconize o processo de *cuidado*¹⁹. Isto significa o envolvimento da equipe multiprofissional de forma mais significativa e responsável, nas suas especificidades e nas composições que surjam ao longo do processo.

Para tal, é necessária uma reformulação cultural que não é exclusiva do aparelho formador e do serviço, mas também da gestão e do controle social (CECCIM & FEUERWERKER, 2004). O que inclui superar uma lógica organizacional fechada e centrada em interesses que não incluem a voz do usuário (CECÍLIO, 2001).

¹⁸ As necessidades de saúde não dizem respeito apenas às indicações epidemiológicas, embora estas sejam necessárias para a eleição de grupos mais vulneráveis (no sentido da equidade). São necessárias também estratégias de pactuação que incluam os trabalhadores de saúde e os usuários no processo decisório das prioridades.

¹⁹ “[...] uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores [...]” (CECÍLIO & MERHY, 2003).

Ao refletirem sobre o sentido do cuidado, XAVIER & GUIMARÃES (2004, p.140) sinalizam que para Heidegger, “[...] este só se concretiza na co-presença dos outros nos encontros dentro do mundo [...]”.

FRANCO & MAGALHÃES JÚNIOR (2004) partem da proposta de *linhas de cuidado*²⁰ para estabelecer projetos terapêuticos, tendo o usuário como elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde, quebrando com o tradicional modo de intervenção compartimentado. A visão da hierarquização dos serviços é também problematizada, de forma a romper a imagem piramidal das relações de poder na rede assistencial²¹.

O conceito de *Hierarquização* dos serviços de saúde diz respeito à organização dos serviços segundo a complexidade tecnológica das ações desenvolvidas. Em um sistema hierarquizado de serviços de saúde, a continuidade da assistência deve ser assegurada principalmente pelo estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência.

A noção clássica de sistema de saúde integrado foi divulgada no relatório do médico britânico Dawson, em 1920. Este se contrapunha de certa forma a um relatório mais influente de 1910, do médico norte americano Flexner, no qual era enfatizada a atenção individual e curativa, com base num conhecimento altamente especializado.

As propostas contidas no Relatório Dawson especificavam a organização de sistemas de saúde integrados, a partir de regiões de saúde delimitadas. Estas por sua vez, deviam ser

²⁰ A produção do cuidado é vista de forma sistêmica e integrada entre os diferentes níveis assistenciais. Todos os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxos que são direcionados de forma singular e guiados pelo projeto terapêutico do usuário. Os fluxos devem garantir acesso seguro às tecnologias necessárias. Nesta perspectiva, a linha do cuidado parte da rede básica ou qualquer outro lugar de entrada no sistema, para os diversos níveis assistenciais.

²¹ “[...] esta discussão aponta para a idéia de que a linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais” (FRANCO & MAGALHÃES 2004, p.130).

organizadas por ações de diferentes níveis de complexidade, oferecidas por serviços primários (atenção básica); secundários (atenção especializada) e terciária/hospitalar (atenção de alta complexidade ou em regime de internação). Vale a pena observar que no seu diagrama, Dawson colocou a unidade que desempenha as atividades do nível secundário no centro do Sistema.

Em 1989, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), integrante da Organização Mundial da Saúde (OMS), desenvolveu a proposta de organização dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Tal proposta visou orientar a reorganização dos sistemas nacionais de saúde dos países da América, no sentido de sua regionalização e hierarquização. A ênfase dos SILOS é a organização do sistema a partir do nível primário, que deve constituir o primeiro contato da população com o sistema de saúde e o nível que deve também estabelecer a relação mais estável e permanente do sistema com seus usuários. Estas premissas podem sinalizar uma preocupação maior por parte da OPAS em relação ao acolhimento e o cuidado propriamente dito para além do acesso simples, mas que pressuponha a qualidade da assistência prestada levando em conta o contexto local e a interação com a população que lá vive.

Na superação de uma visão conceitual mais simplificada da atenção primária que restringe esta classificação ao grau de disponibilização e utilização de equipamentos e procedimentos de intervenção sobre o corpo, a perspectiva da *integralidade*, propõe que a análise da complexidade das ações desenvolvidas seja feita também a partir de outros aspectos da atenção, que demandam refinamento comunicativo e relacional. Como é o caso das unidades básicas, que exigem dos profissionais que lá atuam competências para negociar e pactuar ações

intersetoriais; lidar com dinâmicas familiares e comunitárias; realizar atividades extra-muros de promoção de saúde em instituições e espaços locais de convívio, dentre outras. Por assim dizer, a unidade básica não pode ser considerada lócus de uma prática simplificada em saúde.

Usualmente, no Brasil, são as unidades secundárias e terciárias que detêm maior prestígio e poder decisório na cultura gerencial regional. Esta concepção institucionalizada no setor acaba por fragilizar o potencial transformador e organizador que a atenção básica apresenta na perspectiva de um sistema de saúde que seja mais inclusivo, que tenha o cuidado como eixo de suas ações e que contextualize de forma mais crítica o profissional de saúde frente à realidade de vida da população assistida.

Estas proposições *desterritorializantes*²² de papéis e lugares cristalizados, a primeiro plano, são potencialmente desencadeadoras de ruídos à racionalidade biomédica, mas é necessário ir adiante nesta reflexão, buscar na práxis “os caminhos que se fazem ao caminhar”.

²² O termo *desterritorialização*, distintamente de *descontextualização*, é utilizado aqui no sentido de desestabilização de resistências instituídas, para que surjam novos arranjos instituintes de mudanças.

2.2 - MODELOS TECNOASSISTENCIAIS, MODELOS DE CUIDADO?

As transformações demográficas e epidemiológicas impõem novas necessidades e perfis de demanda no acesso e na qualidade da assistência. No Brasil, o envelhecimento populacional, o incremento de doenças degenerativas e da mortalidade por causas externas, sem a concomitante superação dos agravos infecto-contagiosos e as desigualdades existentes na distribuição destas condições, indicam necessidade de avançar na construção da integralidade de ações de promoção, prevenção e assistência (CORDEIRO, 2001).

A prevalência maior, no mundo contemporâneo, das doenças crônico-degenerativas implica situações terapêuticas para as quais, na sua grande maioria “ainda” não há cura²³. O prolongamento da sobrevivência de indivíduos com graus variados de limitações e incapacidades demanda uma perspectiva mais ampla do cuidado²⁴.

Os(as) *cuidadores(as)* certamente não são somente os(as) profissionais de saúde²⁵, mas estes(as) também devem

²³ A cura é entendida como paralisação (podendo haver seqüelas) e/ou reversão total do processo mórbido. É bom remarcar a referência exclusiva ao processo físico, diferente de outras racionalidades terapêuticas, como a Homeopatia, que incluem também neste conceito, o bem estar mental.

²⁴ Na realidade, a acepção do cuidado não se justifica apenas para pacientes com agravos crônico-degenerativos, mas para toda relação terapêutica e socialmente constituída, que deve ser zelosa para com o outro.

Nesta ótica, há a referência do *humanismo rousseuanino* em crítica à razão instrumental da modernidade, que sustentou o desenvolvimento do capitalismo e as relações expropriadoras de autonomia e de solidariedade por ele engendradas.

“Cada um de nós não pode viver sem os outros, com a possibilidade de tornar-se outra vez miserável e fraco” (ROUSSEAU, 1995, p76).

²⁵ Martin Heidegger (1889/1976), filósofo alemão adepto da *fenomenologia*, antes de sua participação na política cultural do III Reich, tinha como questões norteadoras de sua produção intelectual o “Ser” e o “Tempo”. Na sua asserção da época, o *cuidado* encontra-se em toda atitude e situação de fato; portanto, é um fenômeno antológico, existencial e básico.

desenvolver competências para tal. O cuidado, enquanto ofício é mais tradicionalmente absorvido pela equipe de enfermagem (técnica e graduada)²⁶ e tratando-se da subjetividade, pela Psicologia. A formação médica, até então não prepara para tal, tendo mais familiaridade com a produção de procedimentos técnicos.

Em instigante ensaio Emerson Merhy (2000), desenha a imagem do médico com suas três valises tecnológicas: a das tecnologias duras (como no caso de equipamentos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais); a das leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalista, a epidemiologia) e a das leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho).

“A tecnologia em saúde, dividida em tecnologia leve, leve-dura e dura, permite expor a dinâmica do processo de captura do trabalho vivo pelo morto²⁷, e vice-versa, no interior dos distintos modelos tecnoassistenciais em saúde, e até mesmo a configuração tecnológica de um certo processo produtivo em saúde, um certo modo de produzir cuidado” (MERHY, 2002, p.50)

²⁶ Ainda que a enfermagem tenha o *cuidado* como atributo prático, este na atualidade tem sido menos problematizado na sua formação, tendo em vista a forte influência da Biomedicina, traduzida pela acessão à concepção tecnológica e a pretensão de status de ciência (BISON, 2003).

²⁷ Os instrumentos / ferramentas e matérias primas, utilizados numa produção, são produtos de trabalhos anteriores, que estão presentes naquele instante como *trabalho morto*, isto é, já realizado e coagulado no produto. O trabalhador para juntar matéria prima e ferramenta na direção da produção objetivada, precisa antes de tudo ser possuidor de certo saber tecnológico, que lhe permita dar, pelas sua ação concreta em si de trabalhador, dentro de certa maneira organizada de realizá-la, formato de produto ao desenho imaginário que tem em mente, expressando seu projeto, representando o *trabalho vivo em ato* (MERHY, 2002, p. 44).

“O trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente, um pouco à semelhança do trabalho na educação. Além disso, atua distintamente de outros processos produtivos nos quais, o trabalho vivo em ato pode e deve ser enquadrado e capturado globalmente pelo trabalho morto e pelo modo de produção” (MERHY, 2002, P.48)

Por mais que haja uma previsão (saberes definidos previamente) por parte do médico em relação à concretização de seu trabalho, a interface com o paciente impõe um grau de incerteza ao produto. Há um desvio da dureza, pois o ato clínico pode não ser totalmente capturado pelo saber tecnológico bem definido. Por outro lado, há interesses sociais diversos (capitais, liberais, industriais monopolistas ou financeiros, ou mesmo blocos governamentais específicos). Os distintos modelos de atenção variam nesta situação relacional.

O trabalho médico, para constituir-se como uma forma do cuidado em saúde, tem que abarcar competências em duas dimensões básicas das intervenções em saúde: a propriamente cuidadora, e a outra, a profissional centrada, própria de seu recorte tecnológico específico. É no manejo das ditas *valises* e nos arranjos estabelecidos entre estas, que se constroem as competências para produzir uma intervenção médica tanto focada nos procedimentos, quanto em certas formas cuidadoras (MERHY, 2000, p.112).

O mesmo autor chama atenção que a transição tecnológica atual, em sociedades desiguais, como a brasileira, aponta para a substituição do médico centrado em procedimentos por outro com características mais cuidadoras, mas que estas últimas ocorrem mais no sentido do capital, para limitar o uso de tecnologia de alto custo, do que propriamente em prol do usuário. Para este autor, faz-se necessária uma vigilância no sentido da defesa da vida individual e coletiva.

Estabelecendo um diálogo com Merhy, José Ricardo Ayres, opina que a capacidade subversiva para questionar a “*objetificação*” das pessoas nas práticas de saúde, não é dada exatamente pelo grau de leveza da tecnologia e sim pelo espaço relacional que se engendra nos encontros assistenciais. Nesta

perspectiva, a comunicação se apóia na tecnologia²⁸, mas não se subordina a ela. Este movimento distingue-se da universalidade da técnica e da ciência, como também não se traduz em exercício de abstração aleatório. No entendimento de Ayres, o potencial subversivo está na sabedoria prática²⁹ (*phrónesis*), que não cria objetos, mas “realiza sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo” (AYRES, 2000, p.119).

Tais reflexões sobre cuidado estão longe de ocuparem de forma ampliada o cotidiano dos espaços assistenciais e as pautas da corporação médica. Aparecem principalmente em situações especiais, nas quais há aberturas e investimentos para a atuação de profissionais mais críticos com suas práticas.

No contexto atual, o médico depara-se com dois modelos assistenciais mais preponderantes na atenção básica do SUS: o hegemônico do pronto atendimento e o das ações programáticas de saúde. Apesar das insatisfações que emergem frequentemente no cotidiano assistencial frente a estes dois modelos, a prática médica recorrente é pouco reflexiva quanto ao processo de trabalho e o médico não costuma ocupar fóruns de discussão sobre o tema nos serviços. A perspectiva do cuidado na assistência e na formação médica e no setor da saúde ainda é uma necessidade a ser assumida por gestores, profissionais, formadores e a população assistida.

²⁸ Para Ayres, a tecnologia representa procedimentos com vistas a fins. Sendo assim, haverá sempre um caráter objetivador, para o qual serão engendradas novas capturas de necessidades e, por conseguinte novas formas de economizar tais recursos.

²⁹ “Nos moldes da sabedoria prática, o resgate do potencial resubjetivador do ato assistencial traduz-se justamente como uma desmitificação da auto-regulação tecnológica” (AYRES, 2000, p.120).

2.3 – MODELOS QUE VIGORAM E NORTEIAM AS PRÁTICAS MÉDICAS AMBULATORIAIS NO SUS.

Quando o foco é a prática clínica, *latu sensu*, esta não deve ser confundida com sua *vertente reduzida e essencialmente medicalizante*, que no Brasil tornou-se forma hegemônica: o *pronto-atendimento*. A resposta assistencial imediata aos pacientes que apresentem problemas agudos de saúde é necessária, mas tal prerrogativa é pontual, se não for integrada às outras ações que tenham como referência uma visão mais ampla do processo saúde doença e cuidado. Atualmente, as características do pronto atendimento não estão restritas aos serviços específicos de emergência, mas preponderam na suposta rede ambulatorial, incluindo as unidades básicas e os consultórios especializados nas unidades intermediárias e hospitalares.

Segundo a tipologia do pronto atendimento, há pouca oportunidade para que relações de vínculo e compromisso se estabeleçam entre o usuário e a equipe de saúde. Não existe espaço para avaliar o impacto da ação assistencial e, menos ainda para envolver o usuário e a população assistida nos processos de planejamento e avaliação da atenção.

“A manutenção da hegemonia do padrão medicalizante de serviços, centrado na assistência médica individual, na valorização exclusiva da produtividade e no atendimento curativo da demanda, terminou por transferir para as redes básicas municipais o modelo assistencial do pronto-atendimento [...]” (CAMPOS, 1988, p.124).

“O modelo Pronto-Atendimento não encontra respaldo técnico que o justifique mesmo dentro dos cânones clínicos. Este tipo de atenção resulta de uma corruptela do ideal clínico, objetivando a extensão do atendimento a milhões de pessoas de baixa renda de forma a, ao mesmo tempo, assegurar altas taxas de rendimento econômico aos empresários de saúde e legitimidade política aos governantes. O modelo de atenção do consultório médico está bem mais próximo das noções e recomendações da clínica.” (CAMPOS, 1990, p.83).

Ao propor a ação programática para a organização das práticas assistenciais, GONÇALVES & outros (1990) remarcam que esta não pode nunca ser reduzida a uma padronização sistemática de condutas, pois incorreria assim num *modelo violentamente deformado*. Deve sim, incorporar sempre uma padronização variável de condutas, em função de objetivos bem estabelecidos e provisórios, sendo estes também variáveis. O que indica uma constante participação e avaliação de metas de acordo com os novos cenários que vão surgindo. Neste prisma, “a ação programática em saúde só se efetiva plenamente nos casos extremos do totalitarismo ou da democracia plena” (p.58). Sendo a prática democrática, a meta que deve estar presente na ótica gerencial do modelo proposto, na tentativa de superar experiências de planejamento onde a normatização e o totalitarismo foram os principais instrumentos.

Nesta perspectiva, o processo envolve uma dimensão política que engloba todos os níveis do sistema. Os conselhos de saúde devem zelar pela democracia gerencial. Não existe uma fórmula definida para tal:

“É preciso descobrir, com base no mesmo diagnóstico que recolhe o perfil epidemiológico das doenças, o perfil socialmente significativo de geração de doenças e de consciência das doenças: é preciso negociar, a partir desse perfil, explicitando-as, as prioridades e as tendências implícitas nas prioridades”.
(GONÇALVES & outros, 1990, p.59)

As prioridades são apontadas a partir de uma opção por valores e projetos que nunca são neutros. Neste modelo as prioridades selecionadas no conselho, não necessariamente correspondem às da gerência. Deve-se ter em conta a priorização que traduzir tecnicamente a opção política mais compartilhada, seja ela qual for. As gerências locais, na sua maioria, têm resistência para atuarem neste sentido.

Esta proposta prevê também modelos gerenciais mais participativos, que tenham interlocução tanto com os profissionais como com a população assistida. Na prática tais prerrogativas encontram diversas dificuldades, o risco de um *democratismo inoperante* e do corporativismo de interesses não tão legítimos. Cabe aqui ressaltar que o planejamento sob um prisma mais *comunicativo* foi objeto de estudo e de formulação, nos trabalhos desenvolvidos por RIVERA (1991), GALLO (1991) e CECÍLIO (1993), mas é necessário lembrar que também no terreno da comunicação se reproduzem as estruturas dos poderes existentes.

SALLA (1990) descreve que o modelo proposto pela Ação Programática tem como característica fundamental a incorporação da assistência médica individual, em toda a rede de saúdes e unidades ambulatoriais, subordinada a idéia de *Programação em Saúde*.

CAMPOS (1994), apesar de reconhecer a importância da contribuição do trabalho desenvolvido no campo da saúde pública, polemiza com os autores defensores da Ação Programática em vários pontos. Dentre eles, interroga se o Planejamento apoiado na Epidemiologia seria capaz de estabelecer normas organizacionais sempre mais eficazes do que aquelas resultantes da *experiência histórica da Clínica*. Desta forma, discorda da hipótese que haveria uma contraposição entre a atenção individual e a saúde pública.

No entendimento de Gastão Wagner Campos, caso fosse possível, a implantação de um sistema de saúde nos *cânones* de Programação em Saúde, provavelmente este seria incapaz de incluir todas as tarefas especificamente relacionadas aos serviços de saúde. Por outro lado, as amarras exclusivas da programação deixariam de lado muito das aspirações dos

cidadãos, o que dificultaria ainda mais a esperada mudança *cultural, ética e política no setor*, por deflagrar muitos movimentos reacionários à proposta. A proposta, neste sentido, acabaria por ficar restrita à esfera *tecnoburocrática* governamental.

“Programar apenas algumas atividades, mesmo que dentro da perspectiva integral, é admitir limites muito estreitos para a reforma médica, quer por questões políticas - áreas interdadas à ação da Saúde Pública, ou financeiras, ou de escassez de recursos ou por limites impostos pela própria força de trabalho da saúde”. (p.60)

Ainda para CAMPOS (1994), não é correto afirmar que a prática clínica seria por si mesma, antagônica ao interesse público. Argumenta que os *projetos neoliberais* para a saúde utilizam tanto o modelo de assistência individual, como o epidemiológico de forma complementar. O que na realidade diferencia a proposta neoliberal da dos sistemas socializados de saúde, é a orientação na qual são ordenadas ambas as práticas. Para os Sistemas Nacionais de Saúde as práticas são planejadas segundo os interesses públicos (deveria ser assim), enquanto nos sistemas privados o que rege a produção e distribuição dos serviços é o mercado.

Nesta mesma linha de raciocínio, a atenção médica individual não pode ser só legitimada enquanto “atividade-meio necessária ao controle de algum problema coletivo”. Por recuperar a saúde e controlar o sofrimento de inúmeras pessoas, apresenta significância social. O valor do benefício alcançado em cada terapêutica individual não pode ser menosprezado.

Apesar do modelo da ação programática de saúde, apresentar componentes na sua formulação que se aproximam mais de uma lógica organizativa participativa, em relação ao pronto atendimento em si, o fato é que ainda prepondera a verticalidade na sua aplicação. Os serviços locais acabam por

implementar programas com metas e normas definidas a priori por níveis hierárquicos (administrativos) superiores, com pouca pactuação coletiva. Os profissionais que atuam *na ponta* e os próprios usuários têm pouca possibilidade de estar inseridos no planejamento e avaliação destes.

Outras propostas organizacionais da atenção têm sido experimentadas em locais específicos, como o modelo tecno-assistencial *em defesa da vida*³⁰. Neste, pretende-se superar a dicotomia entre as orientações de cunho *epidemiológico* e a prática clínica, valorizando a subjetividade e a vontade de cada ator político envolvido no processo, como expõe CAMPOS (1990).

Carmem Teixeira ao tratar a questão de recursos humanos na descentralização do setor, avalia que é necessário superar o paradigma assistencial convencionalmente chamado de *modelo médico-assistencial privatista*, que tem como saber fundamental a clínica, como espaço privilegiado de intervenção o hospital, como objeto o indivíduo doente (ou melhor, a doença em sua expressão individual), como método de trabalho os que enfatizam o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, e como modelo de investigação a pesquisa biomédica, orientado para atender a *demanda espontânea*. Cita como alternativa a este, uma proposta próxima da ação programática, a partir do processo de *distritalização* do sistema de serviços, isto é, o desenvolvimento de Distritos Sanitários. Estes são entendidos não apenas como unidade gerencial (administrativa), mas como espaço de reorganização das práticas de saúde em sentido amplo, que valorizem ações de Educação em Saúde, Vigilância Epidemiológica e Sanitária e programas voltados para grupos

³⁰ Gestão de Gastão Campos na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, no período de janeiro de 1989 a junho de 1991. Na ocasião, articulou-se uma equipe de dirigentes bastante vinculada ao movimento sanitário brasileiro. O governo local pretendia um perfil democrático e popular.

prioritários (crianças, gestantes, trabalhadores, idosos, adolescentes) e o controle clássico de determinadas doenças (tuberculose, hansen, DST, AIDS, diabetes, hipertensão). Este modelo, que busca uma *oferta organizada*, foi nomeado por esta autora de *Vigilância à Saúde*³¹ (TEIXEIRA, 1993).

Mais recentemente, têm surgido modalidades assistenciais que visam substituir a internação hospitalar, seja por razões em prol da integralidade, seja visando redução de custos. É bom salientar, que o fato de se evitar a exposição do paciente às internações prolongadas, não significa práticas de cuidado mais vinculadas aos usuários. A atenção domiciliar a pacientes idosos e/ou com doenças degenerativas incapacitantes, os centros de atenção psico-social na atenção de saúde mental, serviços de reabilitação, os hospitais-dia para pacientes com AIDS, neoplasias e os dependentes de hemodiálise são exemplos emergentes, mas não serão objetos específicos de análise aqui, a não ser quando a atenção básica consegue estabelecer redes integradas com estes subsistemas.

Sistematizo esta reflexão apropriando-me da proposição de CAMPOS (2000, p.227) que identifica quatro modos básicos de se produzir saúde que não apresentam limites precisos ou rígidos: 1) promoção da saúde (transformações econômicas, sociais e políticas resultando em padrões saudáveis de existência, dificultando o surgimento de enfermidades, a exemplo do modelo *Cidades Saudáveis*); 2) vigilância à saúde (voltada para a promoção e prevenção de enfermidades e morte); 3) clínica e reabilitação (em que se realizam práticas de assistência e de cuidados individuais de saúde) e 3) atendimento de urgência e de emergência (em que práticas de intervenção imediatas, em situações limites, evitam morte. Embora práticas

³¹ A articulação operada entre docentes do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA no desenvolvimento de pesquisas na rede de serviços de saúde em Salvador, em meados da década de 90, cunhou esta nomeação.

ambulatoriais não tenham a competência de realizarem assistência emergencial, na vigência de uma situação na qual o paciente apresente risco de vida é primordial assegurar procedimentos de suporte, antes de ser providenciada a sua transferência para uma unidade adequada).

Todos estes quatro modos básicos de se produzir saúde utilizam práticas de promoção e de prevenção, ações clínicas de reabilitação e de cuidados, sendo variante a ênfase com que utilizam cada uma destas práticas. A clínica centra sua atenção basicamente no indivíduo, mas para qualificar sua ação necessita incorporar o social e o subjetivo e operar (constituir redes) com algumas práticas de prevenção e de promoção à saúde. Por sua vez, as ações de vigilância à saúde não estão separadas das noções clínicas na compreensão dos processos de saúde, doença e cuidado.

Defendo um processo de produção de saúde que cuide das pessoas e das coletividades de forma mais democrática e participativa, engendrando profissionais mais reflexivos diante de suas práticas e sensíveis às demandas e aos contextos das populações que assistem. Trata-se de uma permanente invenção da saúde³², na contextualização histórica, para a qual os focos do cuidado são as pessoas e os grupos concretos, social e culturalmente constituídos.

Rompendo com a lógica fragmentada da assistência, FRANCO & MAGALHÃES JÚNIOR (2004, p.129) propõem que “a construção da integralidade comece pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vá somando-se a todas outras ações assistenciais”.

³² “Inventar saúde para Basaglia implicaria mais do que uma invenção técnica, já que ele ligava essa noção à de *reprodução social do paciente*. Reprodução social entendida como exercício de cidadania e de participação social” (CAMPOS, 2000, p.229).

2.4–O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NA REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Campos (2005) reflete sobre o papel potencial da atenção básica em saúde (ABS) para a reformulação do modelo assistencial e da formação profissional. Tendo como premissa que a atenção básica deveria ser a principal porta de entrada para o sistema de saúde, com a perspectiva de resolver em torno de 80% dos problemas de saúde da população. Identifica para a mesma, três funções: acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação da vulnerabilidade³³; exercício da *clínica ampliada*³⁴ e ações de saúde coletiva (prevenção e promoção à saúde no seu território).

Para alcançar tais prerrogativas na construção de um modelo assistencial baseado na ABS como reordenadora da atenção, algumas diretrizes seriam referências: trabalho em equipe interdisciplinar; responsabilidade sanitária por um território e construção de vínculo entre equipe e usuários; abordagem do sujeito, da família e do seu contexto, busca da integralidade; reformulação dos saberes e das práticas

³³ A abordagem mais ampla do conceito da vulnerabilidade na saúde foi cunhada no campo de prevenção da AIDS, porém é extensiva aos demais processos de saúde-doença e cuidado. Nesta, há três planos de análise a ser considerados: individual (comportamento e poder de transformação deste; dentre outros), social (condições de bem estar; comportamento de indicadores epidemiológicos com a Mortalidade Infantil; a porcentagem do produto nacional bruto destinado a investimentos em saúde; acesso à informação; liberdade de pensamento e expressão; dentre outros) e o programático institucional (ações efetivamente propostas pelo Estado, continuidade dos programas; utilização de mecanismos de avaliação; dentre outros). Há nesta perspectiva, a tentativa de romper com explicações reducionistas do adoecimento que *culpabilizam* comportamentos individuais e de grupos específicos. (AYRES, 1996)

³⁴ Segundo Campos (2005): “A Clínica realizada na rede básica de saúde tem uma série de especificidades, o que a torna diferente da realizada em grandes centros hospitalares ou ambulatorios de especialidades. Contrário ao que se costuma pensar, há grande complexidade nas intervenções na rede básica. O complexo se define em termos de número de variáveis envolvidas em um dado processo, nesse sentido é necessário intervir sobre a dimensão biológica ou orgânica de riscos ou doenças, mas será também necessário encarar riscos subjetivos e sociais. Essas dimensões estarão presentes em qualquer trabalho em saúde, no entanto na rede básica atingem uma expressão maior, sendo necessário não somente considerar esses aspectos no momento do diagnóstico, mas também lograr ações que indicam três diferentes dimensões (diagnósticas, terapêuticas e reabilitação). A proximidade com as redes familiares e sociais dos pacientes facilita essas intervenções, porém sem eliminar sua complexidade.”

tradicionais, migrar para um novo paradigma assistencial e de formação e articular a ABS à rede de serviços, assegurando apoio e ampliando a capacidade de resolver problemas de saúde.

Neste sentido, Campos (2005) problematiza as diferentes concepções históricas conferidas à atenção básica (“primária”), advogando um modelo diferente do norte-americano que é baseado na focalização e no assistencialismo paliativo, e análogo ao preconizado em Alma Ata (1976), que se compromete com a universalização e a integração de ações de promoção e prevenção nos diferentes níveis de atenção do sistema.

A ABS se refere às práticas desenvolvidas em unidades locais de saúde, que estejam implicadas com o contexto de vida da população que reside ou trabalha (passando grande parte de sua jornada diária) na sua área de abrangência. São incluídas nesta classificação: os centros e postos de saúde, os módulos de saúde da família e ainda algumas unidades mistas que acumulam também atividades correlatas à ABS (como no caso de algumas policlínicas regionais). Estas últimas, apesar de prestarem assistência em algumas especialidades clínicas, desenvolvem também atividades voltadas para as comunidades locais, semelhantes às que realizam os centros de saúde.

Na última década, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi priorizado na discussão sobre ABS no Brasil. Este foi inicialmente formulado, no início dos anos 90, para ser implantado nas regiões Norte e Nordeste do país, visando intervir no quadro brutal de mortalidade infantil e nos índices de morbidade e mortalidade por doenças epidêmicas/endêmicas, naquelas áreas com populações submetidas a condições extremamente desfavoráveis de vida e a completa escassez de serviços. A partir de 2004, o PSF deixou de ser considerado um Programa (que operacionalizava uma política focal para

populações excluídas) para ser caracterizado como uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, conjugado com mudanças na organização da atenção de média e de alta densidade³⁵ a serem induzidas por política de regulação e controle (TEIXEIRA, 2003).

No ano de 2000, foi criado o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas Públicas de Saúde, tendo sido constituído a partir da Coordenação de Saúde da Comunidade, que era então vinculada à Secretaria de Assistência à Saúde. Na nova estrutura, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) nasceu com o propósito de formular e conduzir os processos avaliativos relacionados a esse nível de atenção, relevando-se o seu papel estratégico para o redirecionamento do sistema de saúde no país.

A partir de 2003, foi desencadeado um amplo processo de discussão com o objetivo de mobilizar atores importantes na construção de uma política nacional de monitoramento e avaliação na atenção básica, incluindo a parceria com instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.

Na Portaria nº648/GM de 28 de março de 2006, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). No conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, abrangidos pela ABS, além da promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a manutenção da saúde, é

³⁵ A ABS utiliza tecnologias de elevada complexidade (que envolvem lidar com a singularidade de cada pessoa assistida e também questões referentes à dinâmica da coletividade local) e baixa densidade (em referência à utilização de tecnologia dura). Aspecto já abordado anteriormente, na problematização do senso mais comum que identifica a associação exclusiva das ações mais complexas às unidades de saúde terciárias e quaternárias.

incorporada também a reabilitação. Para tal, é necessário o desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias democráticas, participativas, sob a forma de trabalho em equipe, tendo como referência populações de territórios bem delimitados, assumindo a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território em que vivem essas populações³⁶.

Algumas áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional foram definidas: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção de saúde (na configuração de ações intersetoriais e na construção de cidadania). Outras áreas deverão ser definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações nas Comissões Intergestores Bipartides (CIBs).

A descentralização da discussão da organização da ABS, para além das estratégias decididas ao nível nacional, levando em conta as especificidades locais pode ser considerada um avanço nesta portaria. A pactuação regional de indicadores para a avaliação da atenção básica aponta para um processo rico que envolve gestores e profissionais de saúde inseridos diretamente na assistência, ainda que o caráter legal não garanta que espaços de participação ocorram de fato. O fomento a uma cultura setorial de avaliação participativa, para além do habitual viés auditorial-punitivo, não se restringe apenas à

³⁶ A limitação geográfica da população a ser assistida na unidade básica de saúde enfrenta usualmente dificuldades, tendo em vista características peculiares como a grande mobilidade em relação à moradia em comunidades de baixa renda, a circulação de agregados nos grupamentos familiares (enteados, netos, outros parentes e afins que residem em outras áreas, mas também freqüentam os domicílios cadastrados), além do fluxo de moradores de áreas que não dispõem de acesso à assistência à saúde. Nas unidades básicas de saúde, aonde não há PSF, isto ainda é mais complicado, pois mesmo que rotineiramente a matrícula esteja vinculada à apresentação de comprovante de residência, a estratégia solidária de compartilhamento de endereços postais é habitual.

compatibilidade de instrumentos avaliativos, sobretudo, “de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que esta é, antes de tudo, uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde”. Devem ser enfrentados aspectos técnicos, culturais-organizacionais e políticos, para que a avaliação seja orgânica aos processos de trabalho cotidiano, desde o profissional da unidade local de saúde, até a esfera federal, no Ministério da Saúde. A institucionalização da avaliação da atenção básica deve ser vinculada à elaboração de uma política de avaliação de políticas e programas no âmbito do SUS (BRASIL, 2005).

As responsabilidades das diferentes esferas gestoras foram definidas na Portaria 648/GM de 2006³⁷, sendo que a educação permanente dos profissionais de ABS é de responsabilidade conjunta das SMS e das SES, nos estados, e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Devem compor o financiamento da Educação Permanente³⁸ recursos das três esferas de governo acordados na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e nas

³⁷ - Federal: elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica, co-financiar o sistema de atenção básica, ordenar a formação de recursos humanos, propor mecanismos para a programação, controle regulatório e avaliação da atenção básica e manter as bases de dados nacionais.

- Estadual: acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território, regular as ações inter-municipais, coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território, co-financiar as ações de atenção básica e auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.

- Municipal: definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território, contratualizar o trabalho em atenção básica, manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência), co-financiar as ações de atenção básica, alimentar os sistemas de informação e avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.

³⁸ No estado do Rio de Janeiro, a perspectiva da formação continuada dos profissionais para atuarem nas unidades do PSF esteve presente desde os primórdios da implantação. Foram organizados módulos de “capacitação” descentralizados por regiões, que incluíam conteúdos de planejamento e avaliação, educação e saúde, dentre outros temas com os quais os profissionais tinham menos familiaridade, tendo em vista a formação originária ser fundamentalmente biomédica. É bom salientar que a maioria dos profissionais contratados (por diferentes formas de seleção) não tinha experiência para atuar de forma mais dialógica com a comunidade e, nem na promoção de uma maior intersetorialidade na realização de ações de saúde coletiva.

Com a estruturação dos polos regionais de educação permanente no estado, foi proposto que estas atividades de “capacitação” inicial (para os profissionais do PSF) e seus desdobramentos fossem também integrados a estes.

CIBs. Os serviços de ABS deverão adequar-se à integração ensino-aprendizagem de acordo com processos acordados na CIT e nas CIBs. A política de educação permanente será analisada mais adiante neste trabalho.

Cabe sublinhar que a ABS não se restringe apenas ao PSF que, com o incentivo federal, vem se expandindo na última década nas diferentes regiões do país. Em muitas cidades e regiões, ainda são os centros de saúde locais os incumbidos de garantir os programas preconizados. Entraves têm sido apontados para explicar a dificuldade de implantação de unidades de Saúde de Família em regiões metropolitanas com alta densidade populacional e desigualdades sociais, como no caso da região metropolitana do Rio de Janeiro. Associadas à falta de decisão política, salientam-se questões relacionadas à violência urbana e a insegurança no trabalho das equipes que atuam em regiões expostas ao conflito civil decorrente do crime organizado. Têm sido buscadas formas de adaptação a cada situação, via soluções que possibilitem o acesso aos serviços de atenção básica das populações expostas à tensão social.

Na prática, os serviços de atenção básica têm sido desafiados a serem mais acolhedores e resolutivos, restringindo menos a demanda por assistência das populações locais e facilitando o acesso/acessibilidade (horário de funcionamento, proximidade geográfica, vinculação e construção de relações de confiança entre equipe profissional e os usuários da unidade de saúde)³⁹. Para a mudança cultural em relação à busca imediata

³⁹ No Terceiro Ciclo de Debates, “Conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família”, que ocorreu no mês de maio de 2007, no auditório da ENSP/FIOCRUZ, Antônio Darcy Silveira Filho (Coordenação da Gestão Básica / Ministério da Saúde) salientou a distinção entre acesso e acessibilidade, argumentando que a organização do processo de trabalho em prol da acessibilidade leva em conta o contexto da comunidade e a conveniência do usuário (horários viáveis de assistência frente à jornada de trabalho e à organização da vida dos assistidos, maior participação destes nas formulações do cuidado, dentre outros aspectos relacionados ao vínculo com a equipe e a resolutividade das ações).

de serviços de “emergência” pela população, frente às intercorrências clínicas que deveriam ser competências da atenção básica, é necessário repensar a organização nos centros de saúde locais. Não se trata de reforçar o modelo de pronto-atendimento, mas reorganizar o agendamento e a atuação da equipe profissional. As próprias ações programáticas devem incorporar nas suas dinâmicas assistenciais a demanda imediata dos pacientes cadastrados, que não seja emergência (no caso de chegarem pacientes à unidade com situações clínicas de risco de vida, os profissionais devem atuar provendo o suporte de vida e agilizando a transferência para o serviço adequado).⁴⁰

A proposição da ABS em contextualizar suas ações às realidades locais das pessoas e grupos que ali vivem, exige uma prática mais reflexiva dos profissionais no lidar com situações não capturadas pela lógica biomédica.

⁴⁰ A resolutividade das ações das unidades de atenção básica tem íntima relação com a adequação das ações dos níveis secundário e terciário e a integração da rede assistencial: a disponibilidade de transporte ágil e competente para efetuar a transferência de pacientes, a existência de uma central de regulação de leitos hospitalares qualificada, a agilidade na realização e no retorno de resultados de exames complementares, o funcionamento dos instrumentos de referência e contra-referência no processamento e pareceres especializados, o fluxo adequado na dispensação e fornecimento de medicamentos, dentre outros.

2.5 – DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.

A Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), deliberada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2003, decorrente de debates e resoluções da Décima (1996) e Décima Primeira (2000) Conferências Nacionais de Saúde, trata dos investimentos necessários para a qualificação do processo de trabalho no SUS. Há referências à necessidade de efetivar planos de cargos e salários nas três esferas governamentais visando à instituição de parâmetros isonômicos locais, ao financiamento do trabalho no setor saúde, aos aspectos de gestão colegiada do trabalho, à saúde ocupacional dos trabalhadores do SUS e à eleição do modelo de educação permanente nas diferentes inserções do sistema. O último aspecto citado almeja facilitar a interlocução entre educação, trabalho e regulação.

Apesar de todos os aspectos da NOB/RH-SUS estarem interligados, sendo todos fundamentais para a transformação dos modelos assistenciais vigentes, segundo princípios já comentados, esta reflexão enfocará a política de Educação Permanente.

Educação Permanente, é uma concepção dialética da educação, como bem define Pierre Furter⁴¹, *um duplo processo de aprofundamento, tanto da experiência pessoal quanto da vida social global, que se traduz pela participação ativa e responsável de cada sujeito envolvido, qualquer que seja a etapa da existência que esteja vivendo.* São aspectos

⁴¹ Pierre Furter, filósofo da educação, nascido em 1931 na Suíça, trabalhou seis anos na América Latina, inclusive no Brasil, realizando pesquisa no campo do analfabetismo e da cultura. Sua obra teve grande influência na proposição de políticas de “recursos humanos” em saúde pela OPAS, nos anos 90.

norteadores fundamentais à Educação Permanente: o caráter sócio-profissional (em que cabem as atividades do sujeito como produtor), o caráter sócio-cultural (em que se tem o sujeito como consumidor) e o caráter artístico (em que o sujeito aparece, sobretudo, como criador) (FURTER, 1992, p.136).

O Ministério da Saúde em 2004 (portaria 198) elegeu a Educação Permanente como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do setor⁴².

“Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde [...] entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde”.
(BRASIL, 2004).

A Educação Permanente foi eleita como política oficial do Ministério da Saúde para compor as ações de desenvolvimento de recursos humanos do SUS, em uma conjuntura bastante específica, além dos acúmulos históricos de lutas no campo. Tendo assumido o governo federal em 2003, o Partido dos Trabalhadores (PT) cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com a perspectiva de fortalecimento e intercâmbios de experiências locais inovadoras e diversificadas em prol da *integralidade*.

Na estrutura do SGTES, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que inicialmente englobava também a Coordenação Geral de Ações Populares de Educação e

⁴² Em 1994, a OPAS já havia publicado uma coletânea sobre *educação permanente em saúde*, na perspectiva de uma estratégia setorial para a formação profissional continuada. CECCIM & FEUERWERKER (2004), pensadores e técnicos da SGTES quando esta foi criada, enfatizam “que a educação continuada aceita o acúmulo sistemático de informações e o cenário de prática como território de aplicação da teoria, enquanto a educação permanente entende que o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática” (p.49).

Saúde⁴³, tinha forte influência da Educação Popular. Na época, foi possível estruturar algumas ações do DEGES em conjunto com a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS)⁴⁴, com a perspectiva da *capilarização* de iniciativas educativas participativas no contexto do SUS.

Havia nos primeiros dois anos do governo do PT, uma atmosfera em ebulição no campo de desenvolvimento de recursos humanos do SUS. Neste período, os movimentos sociais na saúde foram convocados a integrar os pólos regionais de educação permanente.

A implantação de pólos descentralizados de educação permanente (PEP), visando alcançar todo território nacional, impulsionou (tem impulsionado) diferentes entidades e organizações locais atuantes na saúde a novas dinâmicas relacionais. As *rodas* de pactuação e definição de compromissos entre aparelho formador, serviço e organização social na recomposição de práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde foram inicialmente inovações que demandaram uma lógica organizacional mais comunicativa e participativa.

Os processos de elaboração dos projetos estruturais e a escolha dos respectivos Conselhos Gestores dos PEPs

⁴³ A Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde, com as mudanças na gestão do SGTES e do DEGES, passou em agosto de 2005 a fazer parte do Departamento de Apoio à Gestão Participativa vinculada a Secretaria de Gestão Participativa e Estratégica.

⁴⁴ Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, criada em 1991 no I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, realizado em São Paulo.

demandaram esforços de negociação⁴⁵. Com a definição que todos os projetos que se referissem a política formativa e assistencial em saúde necessitariam de aprovação do colegiado do respectivo PEP regional, as pautas das reuniões foram tomadas por estas apresentações e discussões, sendo convocadas reuniões extraordinárias para cumprir os prazos existentes. São aspectos negativos que prejudicaram o processo democrático dos PEPs: gestores municipais e estaduais que enfraqueciam o processo com ausências sucessivas às reuniões periódicas dos colegiados do PEP, representações sociais céticas quando a possibilidade de composição de parceria com profissionais, gestores e instituições formadoras de saúde, representações de órgãos formadores prescritivas, com pouca prática de negociação em relação aos movimentos sociais e aos representantes dos serviços de saúde e a não liberação de carga horária dos profissionais de serviço para a participação nos fóruns do PEP.

Por outro lado, há aspectos bastante positivos, como a ativação de rodas temáticas, reunindo integrantes de diferentes inserções (academia, serviço, “controle social”, dentre outros) na discussão de problemas concretos ligados à qualidade de vida, à qualificação da assistência no SUS e à formação de “recursos humanos” de saúde na perspectiva da integralidade.

Do ponto de vista da grande maioria dos serviços de saúde do SUS, a proposta de educação permanente, após dois anos da portaria 198, ainda não é realidade. Além do pouco conhecimento local sobre esta portaria, há uma confusão conceitual a respeito, pois outras atividades educativas são

⁴⁵ Exercer a democracia não é simples, há um apelo para que todos saiam de posições imobilizadoras. No território comunicativo, também se reproduzem estruturas de poderes, portanto de resistências respectivas a estas. Velhas e novas disputas, polarizações e limitações aparecem, o que repercute muitas vezes em ritmos de negociações que se tornam mais lentos e menos suportados. Corre-se o risco da burocratização excessiva do processo e da disputa acirrada por recursos, com perda da perspectiva coletiva em prol do SUS.

nomeadas como educação permanente, mas estão longe de contemplar uma proposta coletiva que surja como necessidade de problematização e transformação do processo de trabalho.

As características fundamentais que distinguem processos de educação permanente dos cursos isolados de aperfeiçoamento, reciclagens e atualizações são justamente: o potencial de transformar saberes e práticas cotidianas na perspectiva da qualidade do SUS e a incorporação dos diferentes atores nesta construção. Nesta proposição, é possível diminuir a distância entre *política e atores*, entre *formuladores e executores*, através do fomento a uma cultura crítica, democrática e comprometida com o SUS.

O Ministério da Saúde em parceria com instituições de pesquisa e educação elaboraram programas visando uma maior *capilarização* do processo em todo o país. Era necessário ampliar esta discussão dentro dos próprios aparelhos formativos, principalmente os cursos de graduação de saúde, problematizando com estes o seu papel social para com a qualificação do SUS e a formação de profissionais com competências técnicas e políticas para atuar e transformar a realidade dos serviços. A seleção e a capacitação permanente de tutores e facilitadores de Educação Permanente e, posteriormente de ativadores de processo de mudança (AprenderSUS)⁴⁶ para os ambientes acadêmicos, são perspectivas promissoras para a ramificação de uma nova cultura formativa e assistencial que contemple práticas comprometidas com o

⁴⁶ AprenderSUS – “Programa do SUS voltado aos cursos de graduação na área de saúde que visa integrar a política de educação em saúde e aproximar as instituições de ensino superior das gestões do SUS, nas três esferas. O AprenderSUS estabeleceu um fórum permanente de interlocução entre o SUS e as instituições de ensino em nível de graduação, tendo como tema central o ensino e a aprendizagem sobre o SUS. O programa se pauta pela construção de compromissos entre SUS e as instituições de educação superior, buscando viabilizar a integralidade da atenção, o trabalho em equipe de saúde e a ampliação dos conhecimentos sobre sistema de saúde vigente no Brasil”. (SGTES/MS, 2004)

desenvolvimento profissional e a qualidade de vida da população assistida.

Em julho de 2004, o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS)⁴⁷ e o DGES/MS lançaram uma convocatória para apresentação de experiências de ensino na formação de profissionais para a integralidade em saúde – EnsinaSUS. Responderam à convocatória, setenta e cinco relatos de experiências, sendo selecionadas dez conforme requisitos de regionalização, diversidades de cursos, natureza jurídica (pública e privada) e representatividade na força de trabalho de Saúde⁴⁸.

Apesar das diversidades entre as experiências estudadas quanto ao caráter público e privado das instituições universitárias, à pluralidade de categorias profissionais envolvidas (enfermagem, medicina, psicologia, odontologia e fisioterapia) e às regiões geográficas da localização das escolas, os desafios inerentes a todo processo inovador estavam presentes. Dentro da estrutura acadêmica, para que haja mudanças nos projetos políticos pedagógicos é necessário confrontar-se com culturas enrijecidas que resistem às mudanças que ocorrem na sociedade. No caso da formação médica, os avanços tecnológicos da Medicina, os novos padrões de adoecimento da sociedade e a dinâmica das relações entre serviços de saúde e comunidades exigem um processo de educação continuada e permanente do

⁴⁷ Com sede no IMS/UERJ, representa o crescimento e a institucionalização do projeto 'Integralidade: Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde', criado em 2000, sendo certificado como grupo de pesquisa no diretório do CNPq em 2004. O LAPPIS "é um programa de estudos que reúne um colegiado de pesquisadores que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde. A proposta do grupo é repensar a noção de integralidade a partir da análise, divulgação e apoio a experiências inovadoras. Esse trabalho é multidisciplinar e tem como ponto de partida o conhecimento que é construído na prática dos sujeitos nas instituições de saúde e na sua relação com a sociedade civil" (<http://www.lappis.org.br>, acessado em 20/12/2006).

⁴⁸ O grupo de pesquisadores do LAPPIS acompanhou as experiências selecionadas, que foram problematizadas localmente e nos diversos seminários de intercâmbio que ocorreram. O material desta pesquisa desdobrou-se em publicações, que têm sido referências para produção do conhecimento no campo (PINHEIRO, CECCIM E MATTOS, 2006).

médico contemporâneo, cultura que já deve ser fomentada desde a graduação (ALBUQUERQUE, 2005).

As transformações de modelos técnicoassistenciais têm íntima relação com os processos formativos, numa via de mão dupla. Para PAIM (1994), as instituições de ensino são mais lentas e resistentes ao responder demandas sociais por mudanças. A aproximação do aparelho formador dos serviços de saúde tem uma longa trajetória repleta de meandros.

Para que a formação médica incorpore a perspectiva da integralidade mais plenamente, é necessário ressignificar os papéis da escola médica, de seus docentes e estudantes em prol da construção de interlocuções mais horizontais com os serviços de saúde. A construção de parcerias entre universidades e serviços (para a formação e o cuidado) propicia aos estudantes de Medicina e seus(suas) preceptores(as) problematizarem o processo de trabalho médico (em saúde) nos cenários de prática e os desafia ao trabalho coletivo para superação das dificuldades existentes na defesa e qualificação do SUS.

CAPÍTULO 3

- EDUCAÇÃO MÉDICA: NOVOS HORIZONTES?

3.1_ APROXIMAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS E REFORMA CURRICULAR.

O debate sobre mudanças curriculares dos cursos de graduação na área profissional da saúde não é novo. No último século, no Brasil e em outros países, o ensino nesta área, em particular na medicina, passou por reformas importantes, apresentando tônics diferentes, em diversos momentos.

A reforma operada na década de 40, no Brasil, seguiu a orientação do Relatório Flexner (1910), com seu empenho em caracterizar uma base científica da formação, separando ciclo clínico e básico, elegendo o ambiente hospitalar como espaço privilegiado de aprendizagem prática e fomentando a implantação de hospitais universitários (MARSIGLIA, 1995).

A escola médica não se integrava ao sistema de prestação de serviços de saúde. Suas atividades eram circunscritas em grande parte ao trabalho de ensino e à pesquisa (principalmente na área básica / experimental). Sua participação na assistência era limitada às necessidades referentes a essas atividades (TURINI, 2000).

Na visão capitalista hegemônica da época, na qual o trabalho intelectual tem muito maior prestígio que o manual, a formação no curso superior era descolada do mundo do trabalho. Isto configurou especialmente no caso da Medicina, uma dissociação entre estudo e trabalho e um distanciamento da realidade social (SCHRAIBER, 1989).

A partir da década de 50, houve um *boom* de abertura de escolas médicas no país, respondendo ao processo de industrialização, urbanização e necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde (FEUERWERKER, 1998). De 13

escolas existentes em 1949, foram abertas mais 65 escolas aproximadamente, até 1997 (MACHADO, 1997). Como grande parte destas escolas não possuía infra-estrutura adequada para as atividades práticas de seus estudantes, foram estabelecidos convênios com hospitais da Previdência⁴⁹. A inserção dos estudantes nos hospitais, ocorria nos períodos clínicos e tinha um caráter eminentemente instrumental, com pouca possibilidade de problematizar a formação e a assistência prestada. As experiências de inserção nos serviços básicos (centro de saúdes) foram mais tardias, vinculadas principalmente aos departamentos de Medicina Preventiva (TURINI, 2000).

Na década de 50, no continente americano, a “prevenção das doenças” que era atribuída aos serviços de saúde pública, no combate a vetores e doenças transmissíveis e na realização de campanhas de imunizações coletivas, passou a ser inserida no ensino da medicina. São incluídos também no currículo, ensinamentos que visavam atividades de caráter educativo-prescritivo e abordavam higiene corporal e dos ambientes domésticos, orientação alimentar com enfoque na manutenção da saúde materno-infantil (ROSEN, 1994).

Nos anos 60, houve a criação de departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas. Em alguns casos, estes foram capazes de construir propostas para superar o espaço da antiga disciplina de Higiene, no sentido de valorizar a responsabilidade profissional na prevenção de doenças.

⁴⁹ MARSIGLIA (1995) identificou três fases na relação entre as escolas médicas e os Ministérios da Saúde, da Previdência e da Educação:

- entre a década de 60 e meados dos anos 70, houve a normatização, por iniciativa da Previdência, de estágios de alunos nos seus serviços;
- entre o final da década de 70 e meados da década de 80, propostas do MEC, de articulações entre ensino e serviços resultaram no “convênio global” entre Previdência e os hospitais universitários que o integravam aos serviços da Previdência, com tratamento diferenciado em relação aos demais prestadores da Previdência;
- a partir da segunda metade da década 80, iniciou-se a participação das universidades nas organizações condutoras do sistema de saúde.

Apesar da conjuntura adversa, em função do quadro político do país - regime de força militar - e do isolamento dos departamentos de Medicina Preventiva na estrutura dos cursos médicos, estes buscaram articular-se com outros, principalmente os de Pediatria e Gineco-Obstetrícia, com a finalidade de desenvolverem experiências extra-hospitalares e “extra-muros”, de prática e de ensino.

As propostas de Medicina Comunitária, experimentadas na década de 70, apontaram a necessidade de uma articulação mais estreita entre ensino e serviços, isto é um pacto de apoio e mútua responsabilidade entre formadores e prestadores de serviços, diante das necessidades de atenção à saúde da população. A Conferência de Alma-Ata (URSS, 1978) teve influência no Brasil, e valorizou a Atenção Primária para toda a população, o direito à saúde e a difusão da proposta de promoção de saúde. Esta concepção supera os limites institucionais do próprio setor da saúde demandando uma rede de ações conjuntas com outros setores como a Educação, Justiça, Habitação e Trabalho.

A tônica da promoção de saúde ainda não norteava a maioria das iniciativas de Integração Docente Assistencial (IDA) ⁵⁰ implementadas nos anos 80. Estas se mostraram limitadas quanto à possibilidade da população usuária, dos gestores e dos profissionais dos serviços de saúde, influenciarem na trajetória do processo educativo. Ciente desta limitação, a proposta do Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde) foi elaborada, e

⁵⁰ Integração Docente Assistencial foi definida como “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” (Programa geral de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde no Brasil. Acordo OPAS/MS/MPAS/MEC, Brasília, 1979, p.3, *apud* MARSIGLIA, 1995)

implantada nos anos 90, enfatizando o caráter tripartite (universidade, serviços e comunidades). As metas propagadas pelo Programa UNI foram ambiciosas e visavam profundas transformações, a serem alcançadas a médio e longo prazos, almejando: *“a construção de um novo paradigma que venha influenciar a educação das profissões de saúde no século XXI, do mesmo modo que o paradigma flexneriano o fez no século XX”* (CHAVES & KISIL, 1999).

Resumindo, nas últimas três décadas, no Brasil, houve um acúmulo de experiências de aproximação entre o ensino médico e os serviços de saúde. Foi possível contar com algum apoio legislativo e financeiro no que toca, por exemplo, a incentivos ministeriais aos hospitais de ensino que fossem integrados à rede de serviços, e às faculdades que desenvolvessem atividades em unidades da rede pública de saúde, além de outros organismos fomentadores, como a Fundação Kellogg (Programa UNI). Não obstante os interessantes processos e resultados alcançados por muitas destas experiências, estas iniciativas são ainda periféricas na maioria das escolas médicas.

De todo modo, deve-se levar em conta que o impulso para a mudança do aparelho formador do ensino superior não emerge apenas na área da saúde. TEIXEIRA (1993) e GOULART (1993) remarcam que, no contexto das dificuldades decorrentes de uma crise que tem raízes econômicas, políticas e culturais, faz-se necessário pensar um novo papel para a universidade brasileira.

“[...] a Universidade deve ser uma real instância de pensar o novo, de experimentação de novas soluções, de ruptura com a rotina e de busca de novos paradigmas.”
(GOULART, 1993, p.477)

Tomando para si o desafio de contribuir para a reformulação do ensino médico, em março de 1991, reuniu-se em Brasília (DF) uma comissão com representantes de diversas entidades ligadas à prática médica e ao ensino⁵¹, dando origem a um importante movimento. O objetivo deste encontro era eleger um grupo de trabalho que teria a missão de avaliar a educação médica e fomentar o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde. Independentemente de governos, sob a coordenação da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM) e secretariada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), foi formada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) (BASILE, 1998).

O projeto CINAEM desenvolveu-se em fases, com a participação das escolas médicas brasileiras (EMB) de forma voluntária e consentida através da assinatura de termo de adesão. Participaram da primeira fase, respondendo a um questionário de diagnóstico, 76 escolas. Os parâmetros para avaliação foram debatidos em fóruns nacionais e regionais que congregavam entidades e EMBs participantes, privilegiando dinâmicas que instigassem um processo intensamente participativo. Com base em um modelo amplo de análise da formação médica, que abrangia “desde as bases sociais determinantes até o produto final, enfatizando o papel do aparelho formador no contexto desse complexo conjunto de elementos” (BASILE, 1998).

⁵¹ Conselho Federal de Medicina - CFM; Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM; Conselho Regional de Medicina de Estado do Rio de Janeiro – CREMERJ, Associação Nacional de Docentes de Ensino Superior / Sindicato Nacional - ANDES/SN e Direção Executiva dos Estudantes de Medicina – DENEM

O movimento CINAEM juntamente com outros fóruns como a Rede UNIDA⁵² e a ABEM organizaram espaços de discussão diante do panorama social brasileiro e da necessidade de repensar a legitimidade da universidade e da própria profissão médica. A partir da construção de um consenso da comunidade acadêmica⁵³, foram formuladas as novas diretrizes curriculares para o ensino da medicina e para as demais graduações em saúde.

Após um longo processo de negociações, foram homologadas as diretrizes do curso médico em 2001 pelo Conselho Nacional de Educação, que evidenciam a necessidade de transformação do aparelho formador e de suas relações com a sociedade, no preparo dos graduandos para o exercício da Medicina.

⁵² A **Rede UNIDA** reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social. A principal idéia-força da Rede Unida é a proposta de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias. Tem como premissa a modalidade de co-gestão do processo de trabalho colaborativo, em que os integrantes compartilham poderes, saberes e recursos.

São eixos de discussão: Novos Modelos Pedagógicos; Diversificação dos Cenários de Ensino-Aprendizagem e Intersetorialidade na Formação Profissional. Funciona com uma secretaria executiva, atualmente em Londrina, que procura dinamizar as relações entre os membros, propondo debates e intervenções organizadas em eventos, e questões relevantes das políticas de saúde e educação no Brasil. (<http://www.redeunida.org.br>, acessado em 29/11/2006)

⁵³ O consenso aqui referido, diz respeito ao das representatividades participantes no movimento de reformulação das EMB. Embora, tenha sido resultado de vários embates, ainda assim não representa os interesses de amplos setores das instituições formadoras, que são mais conservadores em relação à mudança do ensino médico.

3.2_ DIRETRIZES CURRICULARES DA GRADUAÇÃO MÉDICA E PROCESSOS DE ENSINO, APRENDIZAGEM E AVALIAÇÃO NA ESCOLA MÉDICA.

A preocupação com a reformulação curricular para a educação médica, na superação do modelo *flexneriano*, tem estado presente também em países do hemisfério norte. No final da década de 60, já eram ensaiados novos programas em McMaster (Canadá), irradiando posteriormente experiências em universidades consagradas como Maastricht (Holanda), Havard (EUA) e outras 60 instituições de ensino.

ALMEIDA (1999) identifica dois importantes movimentos com a perspectiva de reformulação da Educação Médica, que tiveram origem na Europa e nos Estados Unidos e multiplicaram sua atuação mundialmente: a proposta “*Changing*” (Mudando a Educação e a Prática Médica: Uma Agenda para a Ação) lançada pela OMS em 1991 e a proposta “*Network*” (Aprendizagem Baseada em Problemas em Instituições de Ensino orientadas para a Comunidade) já existente no final dos anos 70, mas que só passou a ter presença significativa na América Latina no início dos anos 90.

No Brasil, trabalhos referentes à implantação de novos eixos curriculares têm sido publicados recentemente pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMENA), pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), pela Universidade Federal Fluminense (UFF), pela Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), dentre outros. (KOMATSU & outros, 1999; TURINI, 2000; MARINS & PIRES, 2004).

As premissas enfatizadas nas diretrizes promulgadas em 2001 incluem: integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino, e entre conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, além da inserção responsável desde o início do curso dos estudantes em atividades formativas nos serviços de saúde e o estímulo à participação ativa destes na construção do conhecimento. Estas ênfases vêm ao encontro do aprimoramento das experiências de integração docente-assistencial, nas quais os estudantes têm oportunidade de inserir-se mais precocemente na realidade dos serviços básicos e da população assistida. Para além do simples contato, é salientado o papel transformador que essa inserção pode gerar, tanto no âmbito do projeto pedagógico, como no próprio cotidiano do serviço de saúde e na promoção da qualidade de vida da comunidade abrangida.

“[...]é preciso fomentar relações de confiança mútua entre prestadores de serviços de saúde, usuários e comunidades, na construção de estratégias de promoção de saúde, e prevenção de agravos, não apenas na perspectiva comportamentalista, de eliminação de fatores de risco, mas a partir de troca de informações sobre condições específicas de vida, trabalho e lazer, onde ambos sujeitos, clientes e profissionais possam refletir e aprender sobre o outro, enriquecendo-se mutuamente”(AGUIAR, 2001).

O desenvolvimento de habilidades profissionais, que até então enfatizavam procedimentos como coleta de materiais para exames e semiologia, amplia-se para incluir a comunicação adequada, a percepção de direitos, a autonomia na busca do conhecimento, humildade para reconhecer a provisoriidade e a *incompletude* (BACHELARD, 1996) dos saberes. A responsabilidade para com a coletividade na qual atua, senso crítico na indicação e utilização de tecnologias, capacidade para reconhecer, negociar e resolver problemas, dentre outros, passam a compor objetivos educacionais e demandam estratégias de avaliação.

A época contemporânea impõe ao mundo científico a superação do isolamento dos conhecimentos na *camisa de força* das disciplinas. A fragmentação e a especialização do conhecimento atendem às demandas referentes à Modernidade, período de consolidação e legitimação das diferentes ciências, a partir da Revolução Tecnológica e Industrial. Propiciam também definições legais na disputa pelas fronteiras do mercado de trabalho especializado. Mais recentemente, a velocidade na produção do conhecimento, impulsionada pela informática, ou as redes de comunicação *online* e a complexidade dos problemas que comprometem a qualidade de vida no planeta têm gerado a busca de “um paradigma mais permeável no tratamento das questões do mundo da vida” (NICOLESCU, 1999) (MORIN, 2000).

Para o conhecimento médico hegemônico, que se constituiu mergulhado em concepções herdadas do Mecanicismo e do Organicismo (LUZ, 1988), lidar com conhecimentos menos objetivos é quase uma heresia. É necessária uma reconciliação entre as ciências sociais e as naturais, usualmente presentes na abordagem da saúde, e as humanidades (arte, alteridade, sensibilidades e afetos) em prol de uma “*pedagogia mestiça* da vida” (FERLA *apud* CECCIM & FEUERWERK, 2004, p.50).

Os desafios para as escolas médicas e seus docentes são diversos, e implicam em uma profunda mudança organizacional e cultural. O tecido institucional necessita ser recomposto em diferentes níveis, através da atenuação das fronteiras disciplinares, quebra da dicotomia entre ciências básicas e a clínica, revisão da didática empregada superando o formato preponderantemente *expositivo*, atividades mais participativas, com grupos menores e tutorias, com o estudante como agente da aprendizagem. Nesta concepção de educação, além dos conteúdos cognitivos de cada tema, dilemas éticos e

profissionais devem ser enfocados contribuindo para o desembaraço e o exercício de raciocínio crítico do estudante (VENTURELLI, 1997).

As exigências de capacitação do corpo docente para elaborar e atualizar projetos pedagógicos, que contemplem o dinamismo das novas diretrizes curriculares e, que realize mudanças na sua prática pedagógica articulando conhecimento tecnocientífico às dimensões da própria vida humana, constituem um imenso obstáculo a ser superado (PIERANTONI & RIBEIRO, 2001).

Já não basta ao (à) docente da graduação médica, o investimento apenas no aprimoramento de seus conhecimentos técnicos específicos, ele (ela) deve contar com um programa de desenvolvimento pedagógico na instituição educacional que atua. Para ter papel ativo na discussão do projeto político pedagógico do curso, não basta que o(a) docente de medicina, que geralmente tem pouca familiaridade com o campo da educação, acumule conhecimento conceitual em relação às diferentes teorias da aprendizagem. Mais que isto, é fundamental que este(a) docente ao dialogar com as diferentes teorias pedagógicas, problematize constantemente suas próprias práticas como educador (a).

Há diferentes maneiras de aprender, de acordo com as combinações entre os elementos “experiência”, “ambiente”, e capacidades individuais/maturação que configuram formatos desde a habituação (estímulo-resposta / comportamentalista) e os condicionamentos clássicos e operantes, até a formação de comportamentos complexos (RIBEIRO, 1998).

A teoria comportamentalista, consolidada pelo psicólogo americano Skinner na década de 50, foi hegemônica durante muito tempo e ainda é recorrente em várias situações educacionais, inclusive no ensino da Medicina. Nesta a fonte dos comportamentos (os estímulos) é externa (ambiente), vinculada ao meio e não aos esquemas internos individuais.

Em contraponto, foi tomando corpo no campo da educação contribuições de teorias já enunciadas no princípio do século XX (a cognitiva de Piaget⁵⁴, o sócio-interacionismo de Vygotsky⁵⁵, a aprendizagem significativa de Ausubel⁵⁶ e a

⁵⁴ A teoria cognitiva, compreende as pessoas como agentes/sujeitos e não meramente reagentes no processo de aprendizagem. A epistemologia genética de Piaget (1896 / 1980) foi a principal referência para esta construção. Na concepção piagetiana, o desenvolvimento humano obedece certos estágios hierárquicos, que decorrem do nascimento até se consolidarem por volta dos 16 anos. A ordem destes estágios (ou estágios) seria invariável e inevitável a todos os indivíduos. A aprendizagem só ocorre mediante a consolidação das estruturas de pensamento, portanto a aprendizagem sempre se dá após a consolidação do esquema que a suporta, da mesma forma a passagem de um estágio a outro estaria dependente da consolidação e superação do anterior.

Estádio sensório-motor (do nascimento aos 2 anos) - a criança desenvolve um conjunto de "esquemas de ação" sobre o objeto, que lhe permitem construir um conhecimento físico da realidade. Nesta etapa desenvolve o conceito de permanência do objeto, isto é constrói esquemas sensório-motores e é capaz de fazer imitações, construindo representações mentais cada vez mais complexas

Estádio pré-operatório (dos 2 aos 6 anos) - a criança inicia a construção da relação causa e efeito, bem como das simbolizações. É a chamada idade dos porquês e do faz-de-conta.

Estádio operatório-concreto (dos 7 aos 11 anos) - a criança começa a construir conceitos, através de estruturas lógicas, consolida a conservação de quantidade e constrói o conceito de número. Seu pensamento apesar de lógico, ainda está preso aos conceitos concretos, não fazendo ainda abstrações.

Estádio operatório-formal (dos 11 aos 16 anos) - fase em que o adolescente constrói o pensamento abstracto, conceitual, conseguindo ter em conta as hipóteses possíveis, os diferentes pontos de vista e sendo capaz de pensar cientificamente (PIAGET, 1990, p.28)

⁵⁵ A teoria da sócio-interacionista aponta que a passagem de um estágio ao outro não é tão espontâneo assim, estando condicionado por campos e dimensões não explorados por Piaget. Os estudos de Vygotsky (1896/1934) postulam uma dialética das interações com o outro e com o meio, como desencadeador do desenvolvimento. Enquanto Piaget defende que a estruturação do organismo precede o desenvolvimento, Vygotsky acena que é o próprio processo de aprender que gera e promove o desenvolvimento das estruturas mentais superiores. Para Vygotsky e seus colaboradores, o desenvolvimento é impulsionado pela linguagem.

⁵⁶ A teoria da aprendizagem significativa valoriza as experiências educativas prévias sobre a assimilação do conhecimento novo. Seu principal teórico foi David Ausubel, psicólogo da Educação nascido na cidade de Nova York em 1918, que sofreu na sua infância perseguições na escola, devido a sua origem pobre e judaica. Muito incorformado com a arbitrariedade e a violência da educação da época, após sua formação acadêmica no Canadá, dedicou-se a defender uma educação prazerosa e que fizesse sentido para o aprendiz. Assim, ressalta duas condições para a construção de significado: um conteúdo potencialmente significativo e uma atitude favorável para aprender significativamente. Há necessidade de uma postura pró-ativa que favoreça o estabelecimento de relações entre o novo e o já presente na estrutura cognoscitiva em questão.

“motivacional” de Bruner⁵⁷) que enfatizam cada qual com sua particularidade, a importância do papel ativo do aluno na sua aprendizagem. Em outras palavras, o aprendiz interage com seu contexto (meio) para construir ativamente o conhecimento, ao invés de ser apenas um receptáculo de estímulos.

Mais recentemente, numa vertente também da aprendizagem significativa, César Coll⁵⁸, psicólogo da Educação e docente da Universidade de Barcelona, defende a eleição de currículos com temas transversais, voltados para os contextos e necessidades locais e o aprimoramento permanente do professor para operar esta proposta. Na opinião deste pesquisador catalão, se o currículo novo não apresentar funcionalidade diante da aplicação às situações reais e não se relacionar às circunstâncias nas quais os estudantes estiverem envolvidos, nem a memorização por si só garantirá a retenção do conhecimento (COLL *apud* RIBEIRO & LIMA, mimeo).

“Aprender, sob a perspectiva construtivista, não se equivale, portanto, nem à acumulação nem a simples substituição de informações. O saber estrutura-se como uma rede de conexões que cada sujeito faz reelaborando associações singulares que ampliam e ganham novos sentidos à medida que é capaz de desenvolver novas relações, envolver-se na resolução de problemas que esclarecem novas questões e assim por diante, abrindo-se para aprendizagens mais complexas.”(RIBEIRO, 1998, p.46)

⁵⁷ Contemporâneo de Ausubel, nascido em 1915, o americano Jerome Bruner, chamado “O Pai da Psicologia Cognitiva”, desafiou também o paradigma do behaviorismo. Um aspecto relevante de sua teoria é que o aprendizado é um processo ativo, no qual aprendizes constroem novas idéias, ou conceitos, baseados em seus conhecimentos passados e atuais. O aprendiz seleciona e transforma a informação, a contextualiza, constrói hipóteses e toma decisões, contando, para isto, com uma estrutura cognitiva. Nessa concepção o aluno é colocado em uma situação ativa, encarado como o construtor de sua própria aprendizagem e situando o professor como elemento desafiador e não apenas como um fornecedor de respostas prontas.

Para Bruner, a aprendizagem não está vinculada restritamente ao estágio de desenvolvimento, como foi preconizado por Piaget. Outras importantes proposições suas são: que a inteligência desenvolve-se para além do ambiente da escola; que a motivação para aprender deve ser independente de recompensas ou de castigos imediatos; que se deve liberar o estudante das amarras da pré-existência de respostas corretas e favorecer a este a invocação de informações (BRUNER, 1973).

⁵⁸ César Coll foi assessor técnico no grupo que formulou os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) no Brasil para a educação fundamental e média brasileira no final da década de 90.

Duas propostas pedagógicas construtivistas diferenciadas que vêm sendo utilizadas por algumas escolas de formação para saúde, que pretendem repensar os seus currículos e os instrumentos didáticos para tal, são a Metodologia da Problematização e a Proposta de Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) (BERBEL, 1998, p. 140).

A “*Problematização*” tem boa indicação em situações em que os temas estejam relacionados com a vida na sociedade. Esta metodologia é adequada às experiências nos cenários práticos de ensino – aprendizagem, nas quais são desenvolvidas interações universidade/serviço/comunidade (foco deste trabalho investigativo). Sua implementação ocorre em etapas que visam uma leitura mais complexa da realidade, sendo elas:

- 1) Observação cuidadosa de dada situação;
- 2) Identificação de problemas-chave e seus possíveis determinantes;
- 3) Teorização através da investigação propriamente dita (ida a biblioteca – consulta a livros, periódicos, jornais, pesquisas já realizadas, utilização dos recursos da informática e da internet, consulta a especialistas). As informações obtidas são tratadas e registradas;
- 4) Formulação de hipóteses de solução;
- 5) Aplicação à realidade.

O PBL (*Problem-Based Learning*) é o eixo principal do aprendizado teórico do currículo de algumas escolas de Medicina, cuja filosofia pedagógica é centrada no aluno. Um elenco de situações é preparado por uma Comissão Docente específica. Os diversos temas escolhidos são transformados em problemas para serem estudados em um grupo tutorial (composto pelo tutor responsável por oito a dez alunos). Existe uma planificação bastante intensa da carga horária dos alunos, que

deve estar predominantemente dedicada à busca ativa de informações (DRINAN, p.315).

Na busca ativa de conhecimentos por parte dos estudantes, que é uma tônica em comum à problematização e ao PBL, um importante advento tecnológico que vem influenciando a Educação como um todo, tem sido a informática⁵⁹.

As Ciências e a própria Medicina têm se apropriado do recurso da informática, a partir da sistematização de bases de dados especializadas, legitimadas por entidades acadêmicas. O acesso virtual (domínio público ou privado) a periódicos e outras publicações, imprime um ritmo mais veloz à necessidade de atualização do conhecimento. O papel primordial da escola neste contexto cibernético, além de qualificar o estudante na utilização deste recurso, aperfeiçoando ferramentas de busca, é contribuir para o desenvolvimento do seu espírito crítico diante da avalanche informacional.

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) tem ganhado espaço no ideário formativo médico, sendo tema de debates filosóficos interessantes a respeito da concepção investigativa do fazer médico. Nesta, a produção de evidências probabilísticas, a partir de pesquisas clínicas e utilização do arsenal metodológico da Epidemiologia Clínica, define protocolos diagnósticos, terapêuticos e até programáticos

⁵⁹ Nos últimos dez anos, a expansão da inclusão digital, não obstante que essa não ocorra de forma equitativa, tem causado grande impacto principalmente na vida das gerações mais jovens e a *reboque* na dos mais velhos. As redes *internáticas* e a modalidade informativa do *hipertexto* impõem novas formas de comunicação e de busca de conhecimento, que também chegaram às escolas.

A própria Educação a Distância (EAD) vem ganhando terreno na formação universitária, formatada em modalidades mistas que intercalam módulos conceituais virtuais, práticas e avaliações presenciais, com tutoria especializada. Apesar da graduação médica não apresentar esta modalidade educacional, algumas de suas características já têm sido incorporadas informalmente nos cursos que migraram para o formato modular e optaram por privilegiar o ensino ativo, como na orientação dos grupos de estudantes no processamento dos desafios propostos. Além de ser também, uma modalidade interessante para o investimento institucional no desenvolvimento de seu corpo docente.

visando à sua aplicabilidade tanto na prática clínica como na saúde coletiva. Portanto neste enfoque, a experiência profissional pura já não é suficientemente legitimada enquanto fonte exclusiva de conhecimento, atualmente o médico é recomendado a apropriar-se também (criticamente) das ferramentas MBE para qualificar a sua prática clínica.

O docente, por sua vez, deve incentivar o papel ativo do estudante na aprendizagem e abdicar do ideal conservador de *senhor absoluto do saber* sem, contudo abandonar o seu lugar de tutor que facilita e monitora o processo de aprendizagem. O uso da internet facilita a comunicação virtual entre o estudante e seu preceptor, além do horário formal de aula. Então, novas modalidades de contrato pedagógico podem ser feitas no início do curso.

A introdução isolada de novas tecnologias educacionais sem que o projeto pedagógico institucional seja discutido de forma ampla dificilmente produz inovações duradouras. Para a escola médica integrar seu currículo às situações da realidade e incentivar seus formandos a uma atitude mais ativa e investigativa, faz-se necessário mobilizar várias questões, entre estas, interesses e poderes diferenciados. Tanto os estudantes como os docentes não compartilham de um mesmo ideal de ser médico.

As concepções sobre a relação do saber e a aprendizagem que regem a prática de ensino, usualmente não estão explícitas no currículo formal, estas acabam fazendo parte do *currículo oculto* (SACRISTÁN *apud* RIBEIRO, 2003, p, 49). Muitas contradições da prática institucional acadêmica podem ser elucidadas a partir desta compreensão. Um exemplo contundente destas distorções é a disputa por carga horária pelas diferentes disciplinas nos cursos médicos, as quais contradizem as

diretrizes que recomendam a integração curricular em prol da formação generalista médica e a priorização dos problemas de saúde mais prevalentes no país.

Ainda que as diretrizes curriculares para o ensino médico indiquem uma formação voltada para a realidade social brasileira e a minimização de suas desigualdades, o caráter reprodutor dos padrões relacionais que permeiam a sociedade na qual a escola está inserida, *o mundo do mercado e a exclusão social*, não deve ser subestimado. Em contraposição, escolas que promovem releitura de comportamentos e valores naturalizados pela cultura, de forma a *relativizá-los*, no processo de *problematização* podem produzir sujeitos mais críticos e capazes de elaborar conhecimento mais rico acerca do mundo que os rodeia. O tema do ensino de atitudes, como o da formação para uma prática mais reflexiva e transformadora da realidade suscita a polêmica sobre a constituição de valores, que não se referem apenas à aprendizagem do ofício em si.

No questionamento de valores que dissociam a prática médica de seu contexto social, dando a esta uma falsa feição de neutralidade e verdade, há necessidade de reconhecer o papel histórico e os interesses envolvidos na constituição do campo científico da Medicina. Neste percurso, de *desconstrução* de concepções culturais dominantes que foram legitimadas como modelos únicos para a compreensão do humano pela positividade científica, em prol do reconhecimento das diversidades culturais existentes no mundo da vida, novas práticas em saúde podem ser pensadas. Não se trata de um relativismo radical, porém o mundo contemporâneo coloca para a categoria médica e a própria Ciência, o questionamento das posturas hegemônicas expressas historicamente a favor de uma visão de viés funcionalista, que considera desviantes, primitivos e patológicos aqueles que não se enquadram no que é estabelecido

como modelo de normalidade e evolução (cultural). Superar *etnocentrismos*, *reducionismos* e pré-concepções não é um desafio apenas para os estudantes, mas também para os docentes e os profissionais de saúde.

É difícil discutir formação profissional, se não se abordar questões delicadas, porém concretas, que envolvem valores e atitudes. As práticas desenvolvidas nos diversos cenários de ensino e aprendizagem trazem com frequência à tona questões relacionais (profissional/usuário; estudante/usuário; profissional/estudante; preceptor/estudante; *inter-equipe* de saúde; entre o grupo de estudantes, etc.), para quais a problematização faz-se necessária na elucidação de estereótipos, preconceitos mútuos, dogmas e crenças de origens diversas.

As escolas, especialmente as voltadas para a formação de profissionais de saúde, devem prever em seus currículos espaços para trabalhar valores relativos a componentes subjetivos e materiais da condição humana, já que o peculiar do objeto em questão diz respeito à vida, à morte e a dilemas com os quais, no geral, a cultura ocidental não está à vontade⁶⁰. A discussão de tais temas não deve estar restrita às aulas teóricas das disciplinas de ciências sociais e humanas, incorporadas por algumas escolas de Medicina na sua grade curricular. Um projeto pedagógico integrador do curso merece ser compartilhado pelas diferentes disciplinas (no caso da permanência da modalidade disciplinar, que ainda é a mais freqüente entre as escolas médicas). Elaborar conexões entre o vivenciado nos cenários de prática e as discussões conceituais

⁶⁰ Ainda que o tema da morte seja usualmente um tabu para a cultura ocidental moderna, dada a sua característica predominantemente individualista ela está mais sensibilizada para a perda de entes queridos. No Brasil, a naturalização da sociedade, como um todo, diante dos preocupantes índices de mortalidade por causas violentas de jovens oriundos de grupos sociais menos privilegiados é um sinal de uma cultura hegemonicamente pouco solidária.

nas aulas teóricas no campus da escola é um caminho para *ressignificar* as observações e as experiências tidas e dar sentido aos conceitos emergentes, engendrando novas reflexões.

A viabilidade da implantação de um projeto pedagógico inovador tem íntima relação com as modalidades avaliativas vigentes. Há duas vertentes de avaliação fundamentais: 1) a avaliação dos programas educacionais, que pode ser realizada pelos próprios cursos (auto-avaliação); e/ou por instituições externas (Ministério da Educação / MEC); 2) a avaliação dos processos de ensino e aprendizagem.

Do ponto de vista das escolas médicas, as estratégias de avaliação devem ser sempre aperfeiçoadas, tanto nas situações de auto-avaliação e reflexão sobre missão, currículos, estratégias de ensino e aprendizagem, como na avaliação discente. Há uma crescente insatisfação com os atuais recursos utilizados, porém esta temática requer a articulação entre elementos técnicos, políticos e éticos (AGUIAR & LUGARINHO, 2006).

Os processos avaliativos devem superar o caráter eminente somativo e de quantificação cognitiva para estabelecer dinâmicas mais formativas. Uma cultura avaliativa institucional mais participativa merece ser fomentada, na perspectiva de desenvolvimento acadêmico, incluindo docentes e discentes e ampliando-se para os demais atores envolvidos no processo educativo (funcionários da instituição educacional como os técnicos de laboratórios e os administrativos, pessoas atuantes nos projetos desenvolvidos nos cenários diversos como usuários e profissionais dos serviços, dentre outros). A proposta da Educação Permanente é referência fundamental na formulação de novas práticas avaliativas.

A aproximação entre o MS e o MEC para a formulação conjunta de políticas voltadas para a formação das profissões de saúde não é algo simples. Apesar de algumas iniciativas interessantes neste sentido, como o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED)⁶¹, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE)⁶² e do indicativo presente na política de Educação Permanente, ainda há muito por ser feito.

Em 2004, foi criado o Fórum de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS)⁶³ que tinha como missão a articulação de entidades de formação numa perspectiva multiprofissional comprometida com a integração a rede assistencial, a *intersectorialidade* e a integralidade. Tinha como objetivo também acompanhar a política do MEC para a formação profissional em saúde em nível superior. O diálogo com MEC foi instituído através da interlocução do Instituto de Estudos e Pesquisa Anísio Teixeira (INEP), órgão responsável pela operacionalização do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), na negociação sobre os instrumentos de avaliação de cursos utilizados pelo governo visando à adequação à lógica das diretrizes homologadas em 2001.

⁶¹ O PROMED foi uma proposta de apoio às escolas médicas, que queriam adequar seus processos de ensino, produção de conhecimento e de serviços às necessidades do sistema de saúde do país. Foi uma ação interministerial (MS/MEC) coordenada, que reafirmou as orientações contidas nas Diretrizes Curriculares dos Cursos Médicos. Os projetos das 20 escolas selecionadas entre 48 candidatas, foram apresentados em dezembro de 2002.

⁶² Em dezembro de 2005, houve uma nova seleção, nos moldes do PROMED, porém tendo um caráter multiprofissional. Para o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE – foram classificados 38 cursos de graduação em Medicina, 27 de Enfermagem e 25 de Odontologia (PORTARIA No- 2530, de 22 de dezembro de 2005, Ministério da Saúde).

⁶³ O FNEPAS é composto pelas seguintes instituições: ABEM; Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO); Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO); Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP); Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); Rede UNIDA; Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE); Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Pública; Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) e Rede Nacional de Terapia Ocupacional.

Não obstante a grande expectativa gerada a partir da divulgação do caráter participativo do SINAES por seus autores, inclusive com uma intensa agenda do FINEPAS acompanhando o trabalho das Comissões Assessoras da área de saúde, houve um descompasso no processo.

Quando em maio de 2006, o INEP divulgou um documento para orientar as comissões de avaliadores de cursos, a estrutura deste foi bastante semelhante ao instrumento anterior às diretrizes curriculares, este foi único para todas as áreas do conhecimento, não tendo sido incorporadas as especificidades da área de saúde, debatidas nos fóruns participativos. O FINEPAS, mesmo diante da conjuntura desfavorável, decidiu manter a mobilização e interlocução com o MEC e o MS, com a perspectiva de construir uma estratégia de fortalecimento das diretrizes curriculares e sua *implementação* em todo o território nacional (AGUIAR & LUGARINHO, 2006).

Outra temática importante também, que o FINEPAS tem participado ativamente, que se relaciona indiretamente com os projetos pedagógicos e os processos avaliativos das graduações de Medicina, é sobre a discussão e institucionalização das residências multiprofissionais. Não obstante a resistência das entidades corporativas médicas à participação da Medicina em Programas de Residência Multiprofissional, a ABEM tem se colocado favorável a mesma. A fomentação de uma cultura na saúde que valorize o trabalho interdisciplinar já deve estar presente na graduação, quando os futuros profissionais são expostos a processos de ensino, aprendizagem e avaliação nos cenários de prática que incluam atividades multiprofissionais.

É bom salientar que os estudantes de Medicina direcionam muito de suas expectativas de formação no sentido do ingresso na Residência Médica e, pode ser dito que grande parte dos

docentes compartilha desta prioridade e configuram suas atividades educativas também com este objetivo. Os processos seletivos dos diferentes Programas de Residência Médica no país, por conseguinte, deveriam estar em consonância com as premissas das diretrizes curriculares, o que é pouco freqüente.

As atuais diretrizes para os cursos de Medicina referem-se à aquisição de conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades, gerais e específicas, na perspectiva de mudanças na formação visando que os egressos estejam mais aptos para lidar com os contextos diferenciados de saúde da população brasileira.

Será que ao migrarem de um modelo de planejamento curricular que era(é) hegemonicamente baseado em objetivos⁶⁴ para o de competências, os cursos de graduação na área da saúde, especialmente o de Medicina, passa/ram(rão) a tratar de forma diferenciada os processos de ensino, aprendizagem e avaliação existentes nas suas práticas educacionais?

⁶⁴ A definição dos objetivos curriculares era(é) recorrentemente feita a partir de uma concepção empírico-positivista da ciência, que tinha(tem) como perspectiva estabelecer o controle neutro do processo de aprendizagem. Nesta abordagem, o comportamento do aluno não deve ter ambigüidades, garantindo a avaliação da eficiência do processo. Tal perspectiva nega a possibilidade dos fins educacionais sofrerem influências do processo educativo, durante o desenvolvimento das atividades curriculares (LOPES, MIMEO).

3.3_ A(S) ÓTICA(S) DAS COMPETÊNCIAS.

Na virada do século XX para o XXI, a maioria das diretrizes dos cursos de graduação em saúde homologadas pelo MEC (disponíveis em ALMEIDA, 2003) adotou o modelo de ensino por competências a partir do entendimento de que as mudanças no mundo do trabalho estão a exigir alterações profundas no modelo de formação profissional, demandando o ajuste entre os atributos individuais (reforçados no modelo de ensino por objetivos) e a organização do trabalho.

RIBEIRO⁶⁵ (2003) remarca o caráter polimorfo do conceito de competência e a multiplicidade de suas aplicações, conforme situações variadas, por diferentes agentes e interesses. Esta autora lembra que há inclusive autores, como Roppé & Tanguya, que questionam se realmente ocorreu uma nova configuração conceitual, ou se é apenas mais uma nova investida para dar maior cientificidade aos campos de educação e de trabalho.

A crítica mais geral em relação à utilização da noção de competência na avaliação de processos de trabalho e educativos, refere-se à impressão imediata que esta denominação se relacionaria à concepção na qual cada vez mais a lógica do mercado exige para ocupar os melhores postos, candidatos mais bem preparados e ajustados às artimanhas capitalistas de cada momento. Complexificam-se as exigências e exclui-se mais. A linha de montagem fordista já não é a principal lógica que indica a forma de organização do trabalho e que define os melhores postos. A simples divisão entre o trabalho mecanizado realizado pelos operários e o trabalho intelectual da gerência é superada por uma “reengenharia” do processo do trabalho que visa também à *otimização* de recursos, porém com maior

⁶⁵ Eliana Cláudia Ribeiro é docente e pesquisadora do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES / UFRJ) e, ocupa atualmente a Coordenação de Ensino e Divulgação Científica do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Sua produção teórica tem contribuído para a reflexão sobre a utilização conceitual de competência no campo formativo e do trabalho na saúde.

sofisticação administrativa. Os trabalhadores privilegiados devem ser criativos e talhados à lógica da produção globalizada. Por outro lado, amplia-se a terceirização da mão de obra e dos meios de produção, o que é uma estratégia que compromete de forma substancial o cumprimento de direitos trabalhistas e *precariza* as condições de trabalho. Esta maior fragmentação do processo de produção fragiliza ainda mais a organização dos trabalhadores na luta por seus interesses.

KUENZER (2002) defende que a avaliação de competência do(a) estudante no ensino profissionalizante ou do trabalhador(a) no processo de trabalho⁶⁶ não deve estar restrita apenas ao caráter técnico na realização da atividade, mas também incluir a contextualização histórico-social que estes(as) elaboram a respeito do que estão realizando. Esta autora relata ainda que a aquisição de competências não acontece apenas no território escolar ou da formação profissional, mas que inclui os demais campos da vida. Cabe aqui uma digressão: como migrar de um significado de competência que se associa à exclusão (competição no mercado) para uma perspectiva mais dialógica com as situações da realidade, na qual noções de cidadania e compromisso social estejam presentes?

Ainda que com contornos imprecisos, a noção de competência deve ser problematizada em suas potencialidades de apreensão na discussão com diferentes atores, sobre a relação da escola com o mundo do trabalho.

No senso comum, há duas vertentes de concepções de competência: a primeira é a que checa a legitimidade de uma

⁶⁶ Faço aqui uma ressalva para a função social do trabalho nos setores da saúde e da educação, na perspectiva que ambos os setores estariam vinculados a “promoção de bem estar” (OLIVEIRA, 1988). No contexto empresarial dos meios de produção é pouco provável que a avaliação da competência do(a) trabalhador(a) esteja vinculada a uma práxis crítica e transformadora que este(a) tenha em relação às suas condições materiais de existência e à própria sociedade em que vive.

pessoa ou instância para julgar ou decidir sobre um fato e a segunda a que se refere à expertise de um sujeito numa dada matéria (HILAU *apud* RIBEIRO, 2003).

Inicialmente, o termo competência não designava a qualidade de uma pessoa ou instância, tinha um caráter mais corporativo. As corporações exerciam forte influência no estabelecimento da ligação entre saber especializado e a legitimidade social, bem como as diferenciações das ocupações e profissões. Quanto ao requisito legitimidade profissional, a Medicina possui razoável credibilidade social, tendo acumulado sólida base cognitiva e seu título atesta saber especializado e direito ao exercício profissional. Sua corporação defende firmemente a reserva de mercado.

Historicamente, a conceituação sobre desenvolvimento de competências tem raízes no comportamentalismo, tendo influenciado a educação nos anos 60 e 70. A acepção atual mais corrente da competência como capacidade do indivíduo, deslocou seu sentido para o conteúdo psico-cognitivo, representado por conjunto de saberes e *savoir-faire*⁶⁷, deixando de lado sua característica de relatividade social (HILAU *apud* RIBEIRO, 2003).

⁶⁷ Segundo Perrenoud (2000), *competências não são elas mesmas saberes, “savoir faire” ou atitudes, mas mobilizam, integram e orquestram tais recursos. A mobilização só é pertinente em situação, sendo cada situação singular, mesmo que se possa tratá-la em analogia com outras, já encontradas. A competência consiste em interpretar a situação, identificar conhecimentos específicos e colocá-los em relação, a partir de complexas operações mentais que vão além de simples memorização, numa orquestração diante do vivido.*

As noções de *saber fazer* e das competências parecem intercambiáveis nos diferentes contextos que se apresentam. Há um saber fazer empírico, oriundo da ação, compreendendo as lições tiradas da experiência prática. Já o saber fazer cognitivo corresponde às operações intelectuais necessárias à formulação, à análise e à resolução de problemas, à concepção e à realização de projetos, à tomada de decisão, à criação ou à invenção (BOTERF, 2003).

Para Perrenoud todo o saber fazer é uma competência; porém uma competência pode ser mais complexa do que um saber fazer e estar mais articulada com conhecimentos teóricos. Assim como o saber fazer pode funcionar como recurso mobilizável por uma ou mais competências de nível mais alto.

Não obstante, o uso corrente mais limitado do conceito é importante remarcar que não se pode separar o conteúdo cognitivo do caráter distintivo da competência (qualidade social). Esta questão está também inscrita no campo de interesses, relações e hierarquia de poder na sociedade.

A Psicologia genética de Piaget também é uma importante referência para esta discussão, ao estabelecer um sistema de relações conceituais entre as funções adaptativas básicas das pessoas e as atividades intelectuais mais sofisticadas no desenvolvimento global de um indivíduo. O indivíduo age numa situação particular dentro da sua bagagem cognitiva como um todo, há a cada nova aquisição uma reestruturação do adquirido. Por outro lado, *a ligação do sujeito à ação ultrapassa a adaptação imediata, o processo que resulta da resolução de um problema se inscreve numa dinâmica de mais longo prazo em termos de construção de sujeito* (RIBEIRO, 2003, P.57).

A construção de um saber individual se relaciona com a trajetória de vida do indivíduo, porém a organização cognitiva supera a simples contextualização do saber. Há também a possibilidade de improvisação. A reprodutibilidade de um protocolo de ação no campo social tem a ver com a leitura do indivíduo de seu próprio papel, o que permite a ele decodificar o contexto da situação e se apropriar das suas próprias referências cognitivas para a realização do trabalho.

Há então três pontos confluentes de análise, na discussão da competência médica: a evolução objetiva das “funções profissionais” e postos de trabalho que fixam as condições de prescrição social da ação (análise sobre o processo saúde-doença-cuidado e as práticas em saúde); os mecanismos cognitivos empregados no curso da ação; e as lógicas de construção de saberes associadas às trajetórias sociais e profissionais dos indivíduos (RIBEIRO, 2003).

Para situar a discussão sobre competências no trabalho em saúde, é importante compreender as características deste para além do componente técnico-procedimental. Para Deluiz (2001) são características do trabalho em saúde:

- Trabalho reflexivo – as decisões a serem tomadas implicam na articulação de vários saberes que provêm de várias instâncias, tais como formação geral (ênfase no conhecimento científico), formação profissional (com ênfase no conhecimento técnico) e experiências do trabalho e do social (qualificações tácitas), sendo estas mediadas pela dimensão ético-política. Diante de incertezas decorrentes das demandas e descontinuidades, há necessidade de prontidão no atendimento a todos os casos, inclusive aos excepcionais. Por isto, não se pode seguir uma lógica rígida como a racionalidade dos critérios de produção material. É difícil definir normas fechadas e formas de avaliação (a análise de produtividade não pode ficar restrita apenas ao quantitativo);

- Heterogeneidade e Complexidade – coexistem nas instituições de saúde diversas formas de organização do trabalho que muitas vezes não se articulam de forma adequada, estão presentes nos ambientes de trabalho diferentes culturas que necessitam relacionar-se (as dos usuários e as das diferentes categorias profissionais) produzindo conflitos e/ou pactuações;

- Fragmentação em várias dimensões (conceituais entre pensar/saber e técnica, especializações, relações rígidas de hierarquias e subordinação).

Dado a complexidade das múltiplas mediações que caracterizam o trabalho em saúde e a singularidade de cada caso (que usualmente não é valorizada), o estabelecimento de padrões de ações que traduzam o processo de produção destas é muito difícil.

Para a análise de mobilização de saberes, há de se superar também a abordagem de conhecimentos disciplinares, pois estes não são os únicos empregados no contexto da ação profissional. Os conhecimentos tácitos são mais difíceis de serem traduzidos de forma consciente e voluntária.

As competências não são observadas diretamente, mas por meio de suas manifestações na prática profissional, o que as distingue do desempenho (produto manifesto da ação). A observação e descrição de atividades para apreender competências, na identificação de como se articulam saberes teóricos, habilidades de resoluções de problemas, os saberes práticos desenvolvidos pela experiência e a hierarquia de valores dos profissionais são questões desafiadoras à lógica cartesiana. Em consequência desta limitação, é possível aproximar-se *do que se faz* (a tarefa), mas não *do como se faz* (como se articulam os atributos), e como isso se relaciona com o contexto (GONCZI *apud* RIBEIRO, 2003).

Então, a noção de competência ainda tem sido mais utilizada como associação à ação, reverberando o viés *corpportamentalista* e do *condutismo* (predominante nos Estados Unidos e na Inglaterra), que ao suprimir a inteligência formalizadora, reduz a competência ao desempenho observado na ação.

O construtivismo francês aborda a competência como construção social, numa investigação participante e transformadora envolvendo diferentes atores, incluindo os próprios trabalhadores. Mas mesmo sendo definidas de forma mais ampla, as competências são expressas sob a forma de uma lista de atividades segundo emprego que lhe é atribuído. Se o processo reflexivo coletivo não se perpetua e novas pactuações e respectivas validações são feitas, há o risco de enrijecimento normativo.

Na superação de análises dos processos de trabalho e aprendizagem condutivistas (que compreendem a competência como uma habilidade que descreve o que a pessoa pode fazer para atingir resultados esperados), funcionalistas (relacionadas à estabilidade do entorno como o mercado, tecnologia, instituição e relações sociais), Deluiz (2001) discute a possibilidade de construção de uma matriz crítico-emancipatória. Com referencial do pensamento crítico-dialético, esta apropriação “pretende não só ressignificar a noção de competência, atribuindo-lhe um sentido que atenda os interesses dos trabalhadores, mas também possa apontar orientadores para a investigação do processo de trabalho” (RAMOS, 2006, p.85).

Incorporar além das dimensões ético-políticas, sócio-históricas, ambientais, culturais e relacionais do trabalho, numa compreensão do processo de trabalho na formação de trabalhadores é sempre uma aproximação, que não pode ser reduzida a metodologias de análises totalitárias (RAMOS, 2005). É com esta perspectiva, de reconhecer suas limitações, que o uso da referência das competências será tratado no diálogo com as experiências estudadas no trabalho de campo desta investigação.

PEREIRA (2006, p.314) coloca como principal desafio ao aparelho formador médico, a elaboração de um currículo integrado (*correlacionado*), *que tenha como base a compreensão do real como totalidade histórica e dialética*. Na sua concepção, a pedagogia das competências não é capaz por si só, de converter o currículo em ensino integral. No caso da Medicina, tal reflexão deve ser feita, tendo em vista que na maioria das escolas médicas, existe a tradicional fragmentação do curso por disciplinas, que competem entre si por prestígio e horário na grade curricular. O hábito de revisitar e atualizar coletivamente o projeto político pedagógico do curso, embora

previsto nas diretrizes curriculares, não é cultivado. Mas esta questão também se inscreve na necessidade de investimento no desenvolvimento docente e, carga horária deve ser prevista para planejamento e realização de atividades integradas.

Para se ter um avanço na formação médica, na perspectiva da integralidade, a leitura das diretrizes curriculares veiculadas através de competências, *deve estruturar e promover experiências de ensino e aprendizado em contextos diversos, que permitam ao sujeito, a partir de um processo de múltiplas descontextualizações e recontextualizações, elaborar uma rede de significações em um processo contínuo de abstração favorecedor da transferência de conhecimentos* (RIBEIRO, 2003, p.64).

Com base no exposto, torna-se possível vislumbrar mudanças necessárias na formação profissional e no cuidado à saúde.

“[...] em futuro próximo esperamos avançar num processo de redemocratização interno ao aparelho formador de médicos, com renegociação de autoridade entre professores e alunos, médico e paciente, mediando novas relações a serem estabelecidas entre serviços e usuário e dentro das equipes de saúde. Neste novo contexto, teremos profissionais preparados para lidar com diferenças culturais, sociais, gêneros, de etnia, de valores e representações sobre saúde e doença, favorecendo a criação de estratégias efetivas para alcançarmos a integralidade do cuidado e equidade do direito à saúde”.

(AGUIAR, 2001, p.165)

Para isso uma das estratégias educacionais que vêm gerando polêmicas nos fóruns de ensino médico, é a incorporação de novas parcerias que propiciem ao formando lidar com situações concretas do processo de trabalho na saúde. A formação em diferentes cenários que incluem o cotidiano assistencial e de vida da população possibilita ao estudante mobilizar competências que articulam técnica e cidadania. Esta é a temática abordada a seguir.

3.4_ DIVERSIFICAÇÃO DOS CENÁRIOS DE ENSINO E APRENDIZAGEM: O CONTEXTO DA PRÁTICA.

Tradicionalmente, a aprendizagem prática da medicina é circunscrita de forma prioritária ao ambiente hospitalar. O deslocamento do hospital universitário do *locus* de exclusividade para a formação do futuro profissional abre possibilidades desta ocorrer em múltiplos cenários de ensino-aprendizagem. Os defensores desta iniciativa têm como objetivo a aproximação dos estudantes das diversas nuances da realidade social nas quais se produz e reproduz o processo de saúde-doença e (des)cuidado.

Serviços de atenção básica de saúde, domicílios, organizações não governamentais, escolas, creches, associações de moradores, asilos, ambientes de trabalho, locais de lazer comunitário são espaços⁶⁸ que permitem ao estudante conhecer e lidar com os diferentes arranjos estabelecidos entre os sujeitos que neles atuam, em medida que estes contribuem para a saúde, adoecimento e restabelecimento ou agravamento. Nesta interação, são mobilizados preceitos morais e éticos orientadores das condutas individuais e coletivas, fortalecendo “a inter-relação entre métodos didáticos pedagógicos, áreas de práticas, vivências e a utilização de tecnologias cognitivas e psicomotoras” (FEUERWERKER & OUTROS, 2000).

Por outro lado, os novos cenários de ensino aprendizagem por si só não garantem um avanço na qualidade da formação, como chama atenção OLIVEIRA (1988) ao analisar as resistências no aparelho formador perante os projetos de IDA experimentados em unidades primárias, nos anos 80. Esta autora

⁶⁸ Para Milton Santos (1996), o conceito de espaço é indissociável dos seres humanos que o habitam e que o modificam todos os dias, através de sua tecnologia. Na sua concepção híbrida do espaço, este é ao mesmo tempo forma (como as estruturas de uma imagem de satélite da cidade) e função (o processo de ações humanas que constroem a paisagem).

critica a redução dos problemas da graduação à polaridade hospital universitário *versus* prática em serviços básicos, sem que sejam analisadas outras questões essenciais que envolvem o modelo assistencial predominante. Algumas já foram aqui discutidas anteriormente, como a superação de falsas dicotomias, que permeiam as representações de profissionais da academia e também de trabalhadores do serviço: a oposição entre a clínica e a epidemiologia e entre assistência e prevenção. A perspectiva da integralidade deve estar presente tanto na unidade básica e seus diversos cenários comunitários de atuação como no hospital.

Atividades extra-muros desenvolvidas por estudantes das diferentes graduações em saúde costumavam estar mais associadas aos projetos de extensão universitária⁶⁹ e nos desdobramentos das experiências do Programa UNI na década de 90. Até hoje, o movimento de extensão ainda é bastante presente nos debates sobre as mudanças curriculares das graduações da saúde. A peculiaridade da extensão na saúde decorre principalmente do fato desta reunir atores sociais (estudantes, docentes, profissionais e comunidade) que já são adeptos à proposta da formação e da pesquisa em outros contextos que não exclusivamente os mais tradicionais (hospital, ambulatório e laboratório de ciências experimentais). Há na perspectiva da extensão o compromisso com a qualidade de vida das comunidades, nas quais atua. A vocação da extensão seria exatamente dar concretude ao papel social da universidade.

“A extensão universitária abre um universo que todo estudante deve experimentar e se deliciar desde o primeiro período. É em diálogos informais e troca de experiências que

⁶⁹ A política nacional de extensão vem sendo pactuada pelas Instituições de Ensino Superior integrantes do Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. Está expressa no Plano Nacional de Extensão, publicado em novembro de 1999, o qual define como diretrizes para a extensão a *indissociabilidade* com o ensino e a pesquisa, a interdisciplinaridade e a relação bidirecional com a sociedade (<http://www.renex.org.br/areas.php>, acessado em 15/01/2007).

eu venho aprendendo o que é educação popular, o que é ajudar as pessoas sem ser assistencialista, o que é Comunidade, o que é interdisciplinaridade, autonomia e cidadania. Não é uma simples questão de saber o que é doença, é saber o que é ser doente nesse país”.

(GONDIN⁷⁰, 2006, p.108)

A universalização da proposta da diversificação dos cenários de ensino e aprendizagem para todos os graduandos, conforme indicam as atuais diretrizes curriculares do curso médico, requer o envolvimento de um número maior de docentes. O que também acarretará mudanças na estrutura do curso, seja em relação à carga horária destinada a estas práticas, como a integração horizontal e vertical⁷¹ destas atividades ao curso como um todo, para que não se reproduza o isolamento predominante.

Na unidade básica e nos cenários comunitários, há maiores oportunidades para que os estudantes de Medicina, juntamente com os de outras graduações de saúde, participem de atividades de promoção de saúde e ações que envolvam a *intersectorialidade*, ao lidarem com problemas locais que necessitam da formulação e intervenção de políticas públicas efetivas. O diagnóstico de saúde local a partir da unidade básica de saúde deve envolver uma ampla rede de serviços, instituições e organizações sociais que atuam no território referido (MACHADO, GONÇALVES E ALBUQUERQUE, 2006).

⁷⁰ Fernanda Godin era estudante de Medicina da Universidade Federal da Paraíba quando participou da publicação “Perplexidade na Universidade: Vivências nos Cursos de Saúde”. Neste livro podem ser encontradas narrativas significativas sobre os dilemas vivenciados pelos estudantes diante de uma formação tutelada pela racionalidade biomédica.

⁷¹ A integração horizontal refere-se à articulação dos temas emergidos no campo da prática às discussões teóricas travadas nas demais disciplinas do período.

A integração vertical refere-se à integração curricular nos diferentes períodos do curso. Neste caso, seria importante a exposição dos estudantes nos diferentes períodos às atividades práticas nos cenários de atenção básica, correlacionando suas vivências nestes locais ao acúmulo reflexivo nas demais disciplinas do curso.

O investimento em cenários práticos de ensino e aprendizagem intenciona colocar o estudante frente a situações cotidianas dos serviços e da vida da população assistida, na ambição de transpor as fronteiras teóricas das disciplinas, rompendo a dicotomia de uma prática não reflexiva e uma teoria não contextualizada. O desafio da contextualização é o de uma formação mais pró-ativa e comprometida com a qualidade da atenção e da vida da comunidade local, pois nesta perspectiva a aprendizagem não tem um caráter apenas técnico. Não se trata de visitar cenários de prática ou apenas exercitar procedimentos, mas de vincular-se a projetos de atuação responsável para com o serviço e a população assistida.

“A orientação para contextos práticos ou situações do conhecimento prático adota um sentido muito diferente ao dos propósitos produtivos que caracterizam o conhecimento desenvolvido por meio de modalidades técnicas”

(FELDMAN, 2001, p.81)

A concepção de prática utilizada aqui se filia ao que SCHÖN (1992) definiu como “prática reflexiva”. Baseada na oferta de oportunidades de prática, em que as situações são incertas, singulares ou conflituosas, nas quais os estudantes são instigados a desenvolver a capacidade reflexiva. A metodologia de problematização é afim a este percurso, para o qual o estudante necessita lançar mão de várias modalidades do conhecimento. Desenvolver competências para negociar planos terapêuticos; realizar atividades educativas coletivas que dialoguem com os diferentes saberes presentes; trabalhar em equipe; adaptar protocolos assistenciais à realidade local e participar de espaços representativos de discussão das questões

de saúde local (conselhos locais de saúde), são exemplos de situações educativas que lidam com incertezas e complexidade⁷².

Diante de tais características, há uma necessidade de agregar e recompor trabalhos até então setorizados, aprimorar a comunicação entre os diferentes membros da equipe, promover maior compartilhamento decisório e humanizar o processo do cuidado tanto na dimensão técnica especializada, como a ética-política; comunicacional e de inter-relações pessoais.

Argumentos contrários à importância da inserção dos estudantes nas realidades dos serviços de saúde, não são pouco frequentes nos debates do Ensino Médico. Estes remetem à inadequação dos espaços físicos e dos recursos disponíveis; distorções da prática clínica em relação aos protocolos preconizados; dificuldades para se garantir uma supervisão local afinada ao projeto pedagógico do curso; instabilidade na relação com as gerências da unidade e das secretarias de saúde; resistência dos trabalhadores da unidade que interpretam a presença da universidade como ameaça à sua “autonomia”; pouca familiaridade dos docentes com a lógica dos serviços; dentre outros. Muitas destas explicações negativas emergem de forma paralisante, veiculando uma concepção reprodutora do distanciamento entre a formação e a assistência, que vela inclusive a crítica do papel frágil que a universidade tem tido em defesa do SUS.

É bom salientar que a integração entre ensino e trabalho poderá ser facilitada ao trazer o estudante para dentro dos serviços de saúde, porém o processo de ensino e aprendizagem

⁷² “É nesse contexto (dinâmico e de incertezas) que se situam algumas competências aceitas hoje como genéricas ou transocupacionais (aprender a aprender, capacidade de trabalhar em grupo e manejar conflitos, autonomia na busca de conhecimento, entre outras), as quais colocam importantes questões para a universidade pela contraposição entre as práticas que ela preconiza e as demandas por um perfil que nela não se desenvolve” (RIBEIRO, 2003, p.38).

não se reduz a uma adaptação à realidade, este deve trabalhar o real e o possível, com uma perspectiva transformadora (PEREIRA, 2006).

Tomar situações (da realidade) vivenciadas nos serviços de saúde como oportunidades de aprendizagem, é assumir a possibilidade da observação de práticas que não correspondam aos preceitos de integralidade. Nem por isto, tais experiências devem ser evitadas. Devem ser investigados os fatores que levaram às referidas distorções da prática e através de um processo estratégico de mediações com os atores envolvidos, estabelecer redes de cuidado, que motivem a superação dos problemas detectados. É importante salientar, que esta rede de cuidado se contrapõe a *verticalização* das relações entre a universidade e o serviço.

O papel da preceptoria nos cenários de prática é fundamental na interlocução entre interesses institucionais diferenciados, no estímulo a uma postura mais ativa do estudante e na inclusão dos usuários do serviço de forma mais participativa no planejamento das atividades formativas. Mediar situações para quais as insatisfações dos profissionais da unidade com o próprio processo de trabalho não sejam associadas à presença dos estudantes no serviço, é um exercício permanente. Desenvolver relações de confiança, sem paternalismos e autoritarismos, é um desafio cotidiano para este educador, seja ele(a) um(a) trabalhador(a) da unidade convidado à supervisão ou o(a) docente que está responsável pelo grupo de estudantes no cenário de prática, mas que não tem vínculo empregatício com o serviço. Nestas duas modalidades, o(a) preceptor(a) necessita transitar e ter familiaridade tanto com o projeto pedagógico do curso como conhecer as *tramas* do serviço (ALBUQUERQUE & OUTROS, 2006).

Um instrumento freqüente que tem sido utilizado para formalizar a presença da universidade no serviço é a assinatura de convênios entre a instituição educativa e as coordenações de recursos humanos das secretarias de saúde às quais os serviços / cenários de prática estão vinculados. Neste, são tratadas diferenciadas formas de contrapartidas, desde o pagamento de valores de acordo com o número de estudantes, investimentos em recursos materiais para a unidade (obras físicas; aquisição de insumos e equipamentos), consultorias técnicas, cursos para os profissionais da unidade, dentre outras. Mesmo quando os acordos são plenamente cumpridos, os convênios não asseguram a configuração de parcerias de fato. Para que haja correlações de forças favoráveis à parceria, além dos acertos político-administrativos nos órgãos centrais, o exercício da mediação é cotidiano e local.

Numa interpretação mais crítica das atuais diretrizes curriculares para a graduação médica, os novos cenários práticos de ensino-aprendizagem devem oferecer possibilidades educativas para além da simples mudança de espaço físico (FEUERWERKER & outros, 2000). O fato de a aprendizagem prática, ocorrer em cenários diversos, não garante que essa aprendizagem seja reflexiva e comprometida.

SCHÖN (2000) relata que a formação de profissionais reflexivos implica na incorporação da qualidade dinâmica de “reflexão-na-ação” pela qual o conhecimento tácito é convertido em “conhecimento-na-ação”. Nesta proposição, deve-se romper a crença da relação de antecedência da educação ao trabalho, no sentido de uma relação de concomitância entre estes. Para SOUZA SANTOS (1994), a própria sobrevivência da universidade depende da sua capacidade de se articular com a sociedade e produzir conhecimento relevante, deixando para trás a imagem de *torre de marfim*.

Reformulações curriculares, eleições de novas competências e atuação em novos cenários de ensino e aprendizagem não são sinônimos de mudanças automáticas na educação médica. Esses deslocamentos devem estar fundamentados em um comprometimento político social evitando restringir-se à dimensão técnico-metodológica do processo educacional.

No Brasil, a discussão sobre a importância relativa da prática em processos de ensino e de aprendizagem vinculados a projetos de transformação educacional/social, tem estado mais presente na literatura do Ensino Médio, no que toca à educação técnica profissionalizante (FRANCO, 1989 ; KUENZER, 2001). Sendo assim, tomo como referência a literatura que tem consubstanciado a discussão da *politecnia* em saúde⁷³, de modo a enriquecer o debate sobre a interação entre teoria-prática na Educação Superior dos cursos da saúde, em particular na formação médica.

⁷³ “A idéia de politecnia envolve a articulação entre trabalho intelectual e trabalho manual, implicando uma formação que, a partir do próprio trabalho social, desenvolva a compreensão das bases da organização do trabalho na nossa sociedade e que, portanto, nos permite compreender o seu funcionamento” (SAVIANI, 2003, p.142).

3.5_ O TRABALHO COMO PRINCÍPIO EDUCATIVO NA FORMAÇÃO MÉDICA, PARA ALÉM DA VISÃO REPRODUTORA DO CAPITAL.

Pode parecer incongruente adentrar na discussão do valor do trabalho na formação médica brasileira a partir de reflexões operadas no campo da educação técnica, porém a opção por este percurso busca revelar as influências da cultura tradicional educacional que produziu a fragmentação entre trabalho intelectual e trabalho procedimental e as reações a esta apropriação descontextualizada do valor social do trabalho. Parto de uma perspectiva que o trabalho médico não pode estar descolado de sua função social, isto é mobilizar-se por questões para além do imperativo exclusivo do mercado.

O entendimento do *trabalho enquanto princípio educativo*⁷⁴ tem sofrido ressalvas, tanto no que diz respeito ao contexto histórico existente em cada país, como questões epistemológicas do ponto de vista do papel social da educação.

No último século, no período entre 30 e 60, necessidades trazidas pela industrialização e expansão do capitalismo monopolista deram uma nova racionalização à educação, com a imposição da produtividade e a concepção da técnica como um novo *humanismo* (FRANCO, 1990).

Para Marx a associação do trabalho como substrato da formação da consciência humana, se refere aos primeiros estágios do desenvolvimento da sociedade, quando os homens e mulheres travavam uma luta coletiva contra a natureza a favor

⁷⁴ Isabel Brasil Pereira, professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da FIOCRUZ, chama atenção para que *a compreensão do trabalho como princípio educativo, no movimento de repensá-lo na vida contemporânea, não se reduza apenas ao trabalho como princípio pedagógico, que, por sua vez não se confunda com o ativismo do aprender fazendo* (PEREIRA, 2006, p.314).

da sobrevivência de seu grupo e quando a propriedade dos meios de produção e de seus frutos era comum. Isto foi modificado com a divisão social do trabalho, as relações de propriedade privada e a exploração do homem(mulher) pelo(a) homem(mulher) .

“Ao atuar sobre a natureza externa a si, modificando-a, o ser humano modifica simultaneamente sua própria natureza[...]”
(MARX apud FRANCO, 1989, p.32)

Em contraponto à visão positiva, a incorporação tecnológica acentuou a alienação dentro da própria atividade produtiva. No capitalismo, principalmente de países dependentes, o significado do trabalho para maioria, é garantir a sobrevivência, ao contrário do caráter emancipatório e humanista, a atividade *laboral* não é fonte de criatividade ou realização pessoal. Na sociedade brasileira, visualizar o princípio educativo do trabalho ainda é mais problemático, tendo em vista que para muitos além de alienante, o trabalho é escasso, precário e mal remunerado.

A transformação do processo de trabalho, de sua base na tradição até sua base na ciência, é consequência de acúmulos históricos de conquistas que não se traduziram em ganhos iguais para todos os homens e mulheres. A divisão hierárquica entre o trabalho manual e o intelectual também significou desigualdade de oportunidades para a formação e inserção no mercado entre os diferentes grupos sociais. No Brasil, isto é claramente expresso no seu sistema educacional, no qual as escolas públicas à revelia do esforço de Anísio Teixeira (1900/1971)⁷⁵

⁷⁵ O pensamento de Anísio Teixeira deve ser situado no movimento educacional renovador brasileiro, cujas bases encontram-se no *escolanovismo* surgido em fins do século XIX, na Europa e nos Estados Unidos. Este movimento opunha-se às práticas pedagógicas tidas como tradicionais, visando uma educação que contemplasse a integração do indivíduo à sociedade e, ao mesmo tempo, que ampliasse o acesso de todos à escola. No Brasil, o escolanovismo desenvolveu-se no momento em que o país sofria importantes mudanças econômicas, políticas e sociais (urbanização e industrialização). Estava de acordo com certas concepções de John Dewey (1859/1952), nas quais a educação é o único meio realmente efetivo para a construção de uma sociedade democrática, que respeite as características individuais de cada pessoa, inserindo-a em seu grupo

nas décadas de 40 e 50, têm enfrentado condições críticas de funcionamento nos últimos cinquenta anos (VALLA, 1989). O mercado de trabalho formal por sua vez, também não é incentivador na busca de melhores oportunidades, para a maior parte da população brasileira (FRIGOTO & CIAVATTA, 2003).

A reforma de 1^o e 2^o graus (lei 5692/71) ocorrida no sistema educacional em pleno regime militar, planejada e executada de forma autoritária, pretendia responder fundamentalmente a necessidade de formar contingentes jovens para desempenhar funções produtivas:

“[...] um modelo centrado no adestramento de certas habilidades sem o conhecimento desta habilidade, e, menos ainda, das articulações dessa habilidade com o conjunto do processo produtivo” (SAVIANI apud FRANCO, 1989, p.37)

Apesar da tentativa de estender para todo o segundo grau a perspectiva *tecnicista* da educação, o que ocorreu de fato foi a manutenção de um ensino para a elite visando preparar o aluno para a seleção ao curso universitário, enquanto para a maioria restante que ainda persistia nos bancos escolares, o dito ensino profissionalizante⁷⁶.

social com respeito a sua unicidade, mas como parte integrante e participativa de um todo. Há um deslocamento filosófico da educação de uma tradição humanista-cristã para um humanismo tecnológico. Anísio acreditava ser possível a reconstrução da educação brasileira em bases científicas.

⁷⁶ O ensino técnico-profissionalizante tornou-se um arremedo, com raras exceções que estavam circunscritas às unidades modelos. As insatisfações no meio educacional cresceram, mas ainda assim a nova LDB aprovada apenas em 96 não correspondeu às expectativas dos setores que defendiam uma formação profissionalizante mais crítica. A regulamentação do ensino profissional ocorreu por decreto (2208) em 1997, tendo um viés autoritário e pouco sensível aos interesses das classes populares, reproduzindo a visão de uma economia periférica.

“Logo, essa regulamentação do ensino profissional está em sintonia com a nova ordem mundial, porque coloca o Brasil enquanto mais um dos muitos submissos às exigências dos países capitalistas centrais, mas é anacrônica, uma vez que limita nosso sistema de ensino profissional a lógicas produtivas ultrapassadas. Melhor dizendo: enquanto o desenvolvimento das forças produtivas tem exigido um trabalhador com formação ampla, o ajuste (ou seria desajuste?) do processo de ensino-aprendizagem no Brasil caminha no sentido inverso”. (MARTINS, 2000, p.84)

A representação social que predomina sobre o ensino técnico no Brasil parece ser a de se constituir enquanto alternativa a não possibilidade de ingressar na universidade e ainda a possibilidade de melhorar a colocação no mercado de trabalho, tendo em vista que muitos estudantes destes cursos profissionalizantes já trabalham. Forja-se uma cultura pouco crítica na sociedade a respeito do ensino profissionalizante e do próprio sistema educacional. Ações afirmativas que rompam com esta distorção só aconteceram mais recentemente e mesmo assim ainda muito restritas.

Então para o trabalho não só o conhecimento da técnica é essencial, mas a atitude do sujeito para com o trabalho⁷⁷. As relações subjetivas do homem e da mulher com o trabalho estão condicionadas pelas relações sociais objetivas que se refletem na consciência humana.

A luta apenas pela ampliação do acesso ao sistema de educação não resolve, é indispensável explicitar que tipo de educação está sendo proposta. Levar em conta os aspectos políticos, econômicos, culturais e históricos da educação é essencial a qualquer reformulação curricular. Os currículos são frutos de uma arena de interesses, não são espelhos apenas dos que detêm o poder.

⁷⁷ Os debates trazidos ao campo educacional pela Nova Sociologia da Educação (MOREIRA, 1990), particularmente por Michael Young (1915/2002), na Inglaterra a partir da década de 70, podem contribuir para o contato com a complexidade das relações entre educação e trabalho. Tema este, tão próprio à discussão atual sobre a reformulação do ensino médico no Brasil.

O pensamento de Young tem como foco o currículo, tendo percorrido uma longa trajetória, inicialmente de viés funcionalista (denunciando a reprodução da estratificação social pela escola), passou pelo interacionismo simbólico e a fenomenologia e por último aproximou-se do neomarxismo, visando focalizar questões de cultura e conhecimento, inter cruzando fatores macro e micro políticos.

Young (1986) critica as dicotomizações freqüentemente ressaltadas no meio educacional entre escola e trabalho, defendendo que seja pauta educacional a discussão do valor do trabalho e suas implicações sociais e econômicas, visando contribuir para uma cultura mais comprometida com o trabalho e com a inclusão tecnológica.

“Desnaturalizar e historicizar o currículo existente é um passo importante na tarefa política de estabelecer objetivos alternativos e arranjos curriculares que sejam transgressivos da ordem curricular existente” (MOREIRA & SILVA, 1994, p.31)

A partir da década de 90, têm sido publicados trabalhos nacionais com a perspectiva da investigação sobre relações entre currículo e inclusão social no campo da educação fundamental e média. Uma questão importante levantada é que a discussão curricular não deve se restringir apenas ao como fazer, mas é fundamental dizer o porquê do fazer, isto é, identificar qual o perfil profissional que se almeja com a formação referida (SILVA, 1990). É bom lembrar que na prática o currículo que de fato é exercitado, nem sempre corresponde ao que é declarado. Em territórios de prática, a distância entre o que acontece e o que está postulado *burocraticamente* fica ainda mais visível.

No campo da saúde, experiências formativas pioneiras que buscavam interlocuções mais inclusivas entre cidadania e trabalho se deram na profissionalização e qualificação de técnicos de enfermagem (Projeto Larga Escala⁷⁸ na década de 80 e o PROFAE⁷⁹ a partir de 2000).

⁷⁸ O Projeto Larga Escala, implantado na década de 80, como parte do Acordo de Cooperação entre os MS, MEC e Ministério da Previdência Social e OPAS, foi pioneiro no Brasil na área da saúde, no sentido da interlocução entre prática e teoria na formação e na assistência. Este nasceu da necessidade de solucionar dois graves problemas, que atingiam os serviços de saúde e o sistema educacional: a dificuldade do sistema educacional integrar teoria e prática; e a incapacidade dos serviços de saúde de estabelecer programas de formação do pessoal de enfermagem que superassem as propostas de treinamento, de caráter emergencial e pontual. Essa iniciativa teve como pontos-chave a inclusão e a descentralização sendo o seu principal resultado a influência exercida na conformação e desenvolvimento de diversos outros projetos de formação profissional e de capacitação de recursos humanos em saúde, como o Desenvolvimento de Unidades Básicas de Saúde, a Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) (CASTRO, 2006).

⁷⁹ Em outubro de 1999, foi publicada a portaria 1262/GM, do Ministério da Saúde, instituindo o PROFAE. Tendo iniciado as primeiras turmas em 2000, em 2003 já estava em todo o Brasil, sendo então coordenado pela SGTES. Buscou o fortalecimento das instituições que trabalhavam com Recursos Humanos da área de saúde, dando apoio técnico e financeiro para a qualificação e educação profissional. Este processo envolveu vários parceiros institucionais, comprometidos com o desenvolvimento humano dos trabalhadores, com a gestão dos serviços e com a regulação do mercado de trabalho na área de saúde, com foco na Enfermagem,

Nos últimos 20 anos, a visão formativa da politecnicidade em Saúde, mais próxima da perspectiva do trabalho como princípio educativo, vem tomando força com a estruturação de unidades de pesquisa e formação, como a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPJV/FIOCRUZ, inaugurada em 1988).

É possível tecer a discussão sobre o trabalho enquanto princípio educativo no ensino médico. Em consonância com as questões apresentadas em relação à formação para uma prática profissional mais engajada, as atuais diretrizes curriculares para o curso médico estão mais de acordo, se comparadas à legislação para o ensino médio profissionalizante. No entanto, a lei não assegura por si só, mudanças de fato. As escolas médicas são arenas de conflitos e convencimentos, tendo estas disputas sido acentuadas ainda mais perante a proposta de reformulação do ensino.

No contexto da formação na área da saúde, a prática está diretamente associada a lidar com questões de vida e morte, que requerem em tese, compromisso ético e político. Tais princípios são essenciais à formação cidadã, tão defendida por teóricos que vêem a possibilidade da educação através do trabalho superar o propósito de responder apenas à demanda imediata do mercado (MARTINS, 2000).

Por outro lado, esta temática não pode ser tratada apenas como uma discussão filosófica a ser apresentada em aula expositiva teórica. É no contexto da prática, nas relações

que corresponde a 47% do setor. Dentre as ações que visavam o fortalecimento da proposta de qualificação em sintonia com os princípios do SUS, mas respeitando as diversidades regionais, estão: o Curso de Formação Pedagógica para a especialização de Enfermeiros; a Modernização e Criação de Escolas Técnicas de Saúde do SUS; a elaboração e implantação de um Sistema de Certificação de Competências Profissionais; e a implementação de um Sistema de Informação sobre o Mercado de Trabalho da Enfermagem.

travadas no processo de trabalho, que o exercício da cidadania pode ser mais propriamente problematizado.

Nesta perspectiva pedagógica, são mobilizados valores e experiências que o educando já traz de sua história de vida. O estudante que chega ao ensino universitário tem uma trajetória prévia de formação escolar e pessoal⁸⁰. Decerto, que a formação para o exercício de uma cidadania plena (SANTOS, 1987) não está restrita apenas aos conteúdos assimilados na sala de aula, porém o papel da escola ainda é, no mundo contemporâneo, referência importante neste processo. Qualquer reforma do nível universitário certamente necessitará dialogar com os ensinos fundamental e médio, assim como é provável que transformações ocorridas na educação básica também acarretem impacto no ensino superior.

A profissão médica no Brasil, apesar de ter perdido seu caráter liberal-autônomo e já se ressentir de certo abalo à sua legitimidade enquanto privilégio de autoridade (SCHRAIBER, 1993), ainda guarda imagem de prestígio na sociedade. O reconhecimento do caráter social da profissão e do próprio papel da universidade é um aspecto que contribui para a valorização da prática médica e, respectivamente, do seu aparelho formador. A formação médica necessita legitimar-se constantemente, para isto assume compromissos, mesmo que muitas vezes não tão explícitos, com um determinado projeto social.

As bases do modelo da Educação Médica hegemônico foram constituídas na estrutura social capitalista (SCHRAIBER, 1989).

⁸⁰ O acesso ao curso médico não se dá da mesma maneira para todas as estratificações sociais e os motivos que levam jovens a se candidatar à graduação médica também são heterogêneos. As recentes políticas afirmativas educacionais, como as cotas para ingresso na universidade pública para estudantes provenientes de escolas públicas e grupos étnicos considerados mais vulneráveis, ainda não chegaram de forma significativa aos cursos de Medicina.

As limitações que se pretende superar incluem a ênfase na biotecnologia desvinculada da realidade epidemiológica e a preponderância da assistência hospitalar, características estas que estão intimamente vinculadas às dinâmicas do mundo do mercado (CORDEIRO, 2001). Os cenários de ensino e aprendizagem do SUS representam a possibilidade de novos significados às práticas discentes, docentes e das próprias universidades perante a sociedade, numa formação mais crítica, para qual o trabalho possa vir a ser um princípio educativo (RIBEIRO, 1998).

“[...] o trabalho teria condições de ser educativo apenas se fosse, ao mesmo tempo, uma atividade impulsionada por motivos e necessidades construídas socialmente e direcionadas à satisfação de necessidades sociais como finalidade direta dos produtos do trabalho.”
(FRANCO, 1989, p. 34)

Emerge o entendimento de que o profissional da saúde deve ser educado para atuar no contexto de conflito e contradição. A dialética é algo familiar às ciências sociais, já para a cultura biomédica que está ancorada na busca de precisão técnica (LUZ, 1988), a recontextualização de suas práticas no diálogo cotidiano com as situações apresentadas, não é algo tão simples. É bom lembrar que a grande maioria dos docentes e preceptores que atuam no serviço de saúde, também foi formada em um modelo eminentemente técnico e tende a reproduzi-lo.

Dentro dessa postura metodológica crítica do potencial educativo do trabalho, *o senso comum e a realidade complexa e diferenciada sempre serão os pontos de partida para construir uma visão crítica da realidade* (PEREIRA, 2006, p. 315). É necessário desnaturalizar o senso comum, o que não significa desqualificar as diversas culturas das classes e grupos sociais que transitam e interagem nos cenários de ensino aprendizagem. Ir além do senso comum na articulação entre teoria e prática

não deve ser traduzir pela desvalorização dos saberes não científicos. O próprio saber científico necessita ser recontextualizado também, evidenciando-se que conhecimento e interesse caminham juntos (HABERMAS, 1980). É fundamental não excluir da análise situacional a variedade da vida social, possibilitando que práticas educativas mais inclusivas sejam exercitadas no processo dialógico entre formação cidadã, trabalho e saúde.

3.6_ PRÁTICAS EDUCATIVAS MAIS INCLUSIVAS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

O brasileiro Paulo Freire (1920/97) é uma referência internacional no campo da Educação. Pode se dizer que as bases de suas reflexões sobre a problematização na contextualização do processo do conhecimento são afins às idéias construtivistas. Freire assume incondicionalmente o papel político do educador, acentuando o compromisso da Educação com a formação de sujeitos que tomam para si a construção da sua própria história e lutam por uma sociedade mais justa.

Sob influência do pensamento *freiriano*, experiências brasileiras de educação em saúde que acontecem em diferentes campos de prática (serviços de saúde, *coletivos populares*, atividades de formação, dentre outros) vêm se articulando através de uma rede⁸¹. Esta tem como afinidade a construção compartilhada do conhecimento, a valorização do saber popular, a criatividade e o compromisso com práticas em saúde

⁸¹ Nota coletada no site da rede: <http://www.redepopsaude.com.br> (acessado em 10/10/2006)

“A Rede de Educação Popular e **Saúde** é uma articulação de profissionais de saúde, pesquisadores e lideranças de movimentos sociais que acreditam na centralidade da Educação Popular como estratégia de construção de uma sociedade mais saudável e participativa, bem como de um sistema de saúde mais democrático e adequado às condições de vida da população.

A Rede surgiu em 1998, como uma evolução da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde (ANEPS). Ela procura integrar os protagonistas das tão diversificadas iniciativas de reorientação da assistência à saúde e de luta por melhores condições de vida da população que têm se organizado na América Latina, inspiradas na Educação Popular. A integração entre saber científico e saber popular e entre iniciativas de técnicos e de ativistas de movimentos sociais têm resultado na construção compartilhada de soluções extremamente criativas e mobilizadoras na área da saúde. Até há bem pouco tempo, estas iniciativas se encontravam dispersas, sem uma organização que as tornasse capazes de influenciar mais fortemente no jogo político e institucional em que são definidas as políticas de saúde e de formação de recursos humanos.

Com a estruturação da Rede, passamos a estar presente nos Congressos de Saúde Coletiva, em entidades como a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) e na interlocução com o Ministério e Secretarias de Saúde, defendendo os princípios da Educação Popular como instrumento de gestão das práticas sanitárias. Temos realizado eventos nacionais e estaduais, organizamos uma lista de discussão pela Internet e publicamos boletins e livros. Hoje os educadores populares do setor saúde podem se sentir participando de um movimento organizado. A produção teórica sobre este tema aumentou enormemente.”

(assistência e formação) não autoritárias e voltadas para a defesa dos direitos constitucionais.

“Para a Educação Popular⁸², educar é antes de tudo um processo de humanização, educar é humanizar (não é ensinar, nem socializar) Educar é entender como todo ser humano carrega uma vontade, uma possibilidade de ser. Educar é tornar possível que o ser humano seja humano”.
(ARROYO, 2000)

Tais prerrogativas não costumam fazer parte do arsenal prescritivo médico. A hegemonia da racionalidade biomédica tende a desqualificar o conhecimento que não seja científico e objetivo. A escuta do outro é seletiva e a subjetividade é tida como algo prejudicial; que desvia o enquadramento diagnóstico da morbidade a ser tratada. Tal atitude é incentivada ao longo da graduação médica tradicional e tem recebido críticas severas de amplos setores da sociedade. Esta “*desumanização*” da prática médica, muitas vezes é citada como motivo para que haja uma maior busca por outras racionalidades terapêuticas.

O debate sobre a humanização⁸³ das práticas em saúde tem estado na ordem do dia, da sociedade, da academia e no próprio setor de serviços. Programas gerenciais sobre esta temática têm sido elaborados e políticas de formação de recursos humanos em saúde com cunho *humanizador* têm sido enunciadas nas diferentes instâncias governamentais e também no setor privado. Faz-se necessário uma prática profissional que supere a incorporação tecnológica acrítica.

⁸² “O adjetivo popular do nome educação popular não se refere ao público a quem se dirige. Como está se vendo em muitas universidades brasileiras, a educação popular é uma proposta pedagógica que pode ser aplicada à formação de estudantes e doutores. Profissionais e estudantes universitários vivem também situações de opressão e estão submetidos a condições institucionais degradantes”.
(VASCONCELOS, 2006, p.293)

⁸³ O termo Humanização da Saúde é alvo de polêmica, já que alguns não concebem uma prática assistencial sem que esta seja humana. De qualquer forma, o próprio MS constituiu programas de qualificação da atenção utilizando tal nomeação, desde 2004 (vide o HumanizaSUS / Secretaria de Atenção à Saúde / Núcleo Técnico de Política de Humanização).

O sentido da humanização aqui colocado, também se refere ao processo do cuidado, na construção de práticas em saúde menos *alienantes*, no fortalecimento da capacidade crítica profissional e na prevenção de doenças ocupacionais decorrentes dos desgastes no processo de trabalho em saúde. A humanização da assistência requer também *cuidar de quem cuida*. Isto é também discutir o processo de trabalho médico e as relações que este profissional constrói no cotidiano assistencial.

A medicina contemporânea não se constitui apenas em procedimentos diagnósticos e curativos, o perfil da cronificação do adoecimento e o envelhecimento populacional recuperam as dimensões do cuidar, do aproximar-se e do diálogo entre pessoas nesse processo. O médico não é o único protagonista do processo de cuidado, ele deve interagir com a equipe de saúde, com a família, com a comunidade e com o próprio paciente visando à integralidade das ações (PINHEIRO & MATTOS, 2003). Desenvolver competências comunicativas⁸⁴ é essencial e, esta aprendizagem significativa não se dá primordialmente, em sala de aula.

No debate da organização do trabalho, a noção de equipe é fundamental para o fortalecimento de uma cultura de trabalho mais acolhedora e co-responsável. O pacto sempre a ser renovado em relação às atitudes e aos valores que privilegiam o respeito à vida; o direito à saúde; a “humanização” da assistência; a participação social e a defesa da qualidade do SUS.

⁸⁴ As diretrizes curriculares da Educação Médica também apontam para a qualificação técnica, mas não se restringem a esta, ampliando-a para a dimensão ético-política; comunicacional e das relações interpessoais e de equipe.

O trabalho em equipe multiprofissional, tão necessário ao desenvolvimento de programas assistenciais e à integralidade das ações, na maioria dos serviços ainda não é prática dominante (PINHEIRO, 2001). Em geral, os processos de trabalho na saúde têm estado mais centrados organizacionalmente na assistência e liderança médica, não obstante a presença das outras categorias (no caso específico da enfermagem, na maioria das vezes é ela a que mais tempo permanece em contato com os assistidos). É difícil para a categoria médica superar a posição histórica de hierarquia na equipe, para estabelecer relações mais horizontais com os envolvidos no processo de cuidado. Deve-se questionar se a presença de estudantes de diferentes cursos de graduação em saúde, com seus respectivos preceptores nos serviços, poderia imprimir projetos que fortalecessem a proposta de maior integração à equipe multiprofissional. Minha opinião é que experiências formativas interdisciplinares nos serviços de saúde são caminhos produtivos para uma mudança cultural no setor, ainda que esta seja uma construção que demanda reflexão e prática cotidiana e permanente.

Ainda que não seja hegemônica, a perspectiva construtivista pode contribuir em muito no processo de reformulação do ensino médico, no redirecionamento metodológico e conceitual da atitude docente e na interação que se dá entre os estudantes e os cenários de aprendizagem. A relação entre docentes/preceptores/supervisores e os estudantes também necessita cuidados, o que não se traduz em paternalismo da tutoria e/ou *infantilização* dos educandos. O (A) educador(a), ao invés do *habitus*⁸⁵ da transmissão, pode

⁸⁵ O conceito de *habitus* foi desenvolvido pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu com o objetivo de pôr fim à antinomia indivíduo/sociedade dentro da sociologia estruturalista. Relaciona-se à capacidade de uma determinada estrutura social ser incorporada pelos agentes por meio de disposições para sentir, pensar e agir.

incentivar as potencialidades dos aprendizes na busca responsável do conhecimento e na prática reflexiva, o que muitas vezes exige a problematização de atitudes e de visões de mundo (incluindo a sua própria).

Paulo Freire com muita propriedade refere-se à educação como um processo que envolve muitos aspectos, entre eles: a coletividade; a singularidade; a afetividade; a autonomia; a diversidade e a criatividade. Nenhuma educação é neutra, há sempre uma perspectiva política, isto é de valores, que a permeiam (FREIRE,1997).

A prática educativa no campo da saúde, tanto na formação e treinamento em serviço, como nas diversas ações realizadas junto à população assistida nas unidades de saúde e comunidades, necessita reciclar dinâmicas e alimentar o fôlego criativo. Há nesta perspectiva, uma vontade transformadora na construção de sujeitos autônomos e significados compartilhados.

Os ruídos comunicacionais entre profissionais e usuários dos serviços de saúde são fatores que contribuem para o abandono e a baixa adesão terapêutica aos protocolos preconizados pelos programas de saúde vigentes nas unidades básicas e nos outros níveis de atenção da saúde. Estes programas enfrentam, com frequência, empecilhos na sua implantação, apesar dos esforços na sua formulação no que toca as questões da prevenção, diagnóstico precoce e da

“Habitus é então concebido como um sistema de esquemas individuais, socialmente constituído de disposições estruturadas (no social) e estruturantes (nas mentes), adquirido nas e pelas experiências práticas (em condições sociais específicas de existência), constantemente orientado para funções e ações do agir cotidiano” (SETTON, 2002, p.63). O habitus não é destino, é produto da história, é um sistema de disposição aberto, que é continuamente confrontado e afetado por experiências novas (BOURDIEU, 1992, p.108).

disponibilização de recursos para alcançar melhores indicadores de saúde. A Epidemiologia já algum tempo vem se deparando com este “gap”, ao apontar hábitos que têm associação comprovada através de evidências científicas com processos mórbidos; o esperado seria que a orientação clínica baseada nestes estudos e as campanhas de esclarecimentos voltadas para tal fossem suficientes para reformulá-los. O fato é que mudança comportamental não é algo mecânico, implica em mobilizar questões culturais e da própria história pessoal de cada um, além dos meios necessários.

Na abordagem tradicional *higienista*, baseada na ameaça e no fomento ao temor do *risco* do adoecimento, receitas e regras para uma vida mais saudável são prescritas sem que exista apropriação da causa pelo emissor (profissional de saúde) ou pelo receptor (“paciente”); não há comunicação efetiva e nem negociação de um projeto de mudança de hábitos. A massificação no tratamento dessas questões provoca *culpabilização* dos que estão em situações mais vulneráveis.

No processo de cuidado na saúde, os profissionais são chamados a desenvolver a sua escuta e a incluir os que são alvo de seu cuidado na elaboração e pactuação do projeto terapêutico possível. O enfrentamento dos problemas de saúde implica em uma rede de ações macro e micro-estruturais *interagentes*⁸⁶, que produzam sujeitos coletivos *anteados* com direitos e responsabilidades, no entanto, sem anular as singularidades e, ainda conquistando a possibilidade de *ressignificá-las* (ALBUQUERQUE, 2000).

⁸⁶ Providências em diferentes níveis, exemplo: intersetoriais governamentais; organizações não governamentais; parcerias multiprofissionais nas unidades locais de assistência e apoio familiar e comunitário.

Os profissionais de saúde, principalmente os que atuam no SUS, encontram muitas vezes no seu trabalho cotidiano situações bastante difíceis de lidar, como nos casos de completa escassez material dos assistidos, que compromete inclusive a possibilidade de uma vida digna; crianças e jovens vivendo em contexto de violência familiar; o poder do tráfico de drogas e o conflito armado nas comunidades de favela; a fragilidade dos órgãos de segurança na defesa dos direitos civis das populações expostas à violência urbana; dentre tantas outras mazelas decorrentes de um modelo econômico excludente. Viabilizar no processo formativo dos profissionais de saúde oportunidades de vivenciar e problematizar experiências em equipes de saúde que busquem superar a paralisia diante de situações de alta vulnerabilidade social, promovendo redes protetoras e fomentadoras de resiliência⁸⁷ é um grande desafio contemporâneo à educação inclusiva (ASSIS & outros, 2006).

A perspectiva de atuar em rede é uma lógica que pode romper com a fragmentação de conhecimentos em prol de uma visão mais complexa do *mundo da vida*, estabelecendo intercâmbios de experiências e fortalecendo a viabilidade de propostas afins. Esta modalidade associativa tanto pode caracterizar uma nova roupagem aos ideais utópicos de transformação da convivência humana em prol de menos desigualdades e um mundo melhor para todos ou, apenas se traduzir em agrupamentos por interesses específicos/pontuais. SOUSA SANTOS (2000) ressalta a importância do não desperdício de experiências no alicerce de propostas contra-hegemônicas à globalização econômica.

⁸⁷ Resiliência pode ser entendida como a superação de problemas, quando se relaciona “ambos os conceitos sob a ótica da organização individual, de grupos ou instituições em que persistentemente predomina a busca de resolução dos problemas, visando o pleno crescimento e desenvolvimento” (ASSIS & outros, 2006, p.9).

O movimento de identificar experiências com potência inovadora e compor redes de reflexão e intervenção é uma modalidade de agir-educativo, à qual o estudante de Medicina pode ser precocemente exposto, como no caso da articulação de ações intersetoriais na saúde, no mapeamento histórico-cultural da comunidade na qual está atuando e no intercâmbio de suas próprias experiências educativas (seja como educador ou educando).

Esta perspectiva do cuidado, na humanização da prática assistencial e educativa médica ainda está longe de ocupar os espaços de formação tanto curricular como nos estágios extracurriculares em serviço de saúde. LEVY (2006) realizou um estudo que através da técnica de grupo focal com estudantes de Medicina, numa escola onde o projeto pedagógico tinha como perspectiva a formação generalista e “humanista”, tendo a saúde de família como eixo norteador do curso. Os depoimentos de alguns alunos descrevem os seus dilemas diante do enfrentamento nos estágios extracurriculares, quando os médicos e os demais estagiários (de outras escolas médicas) estranhavam as suas posturas acolhedoras no relacionamento com os pacientes, são bastante significativos.

“Muitas vezes a gente é criticada. Você é médico e não é enfermeiro, essa coisa de ficar conversando... Isso é coisa de enfermeiro! Você é médico, vai atender. (aluno B2).”

“[...] foi o que ele falou, a fila está grande prescreve e manda embora. Chama o próximo. Ou então: não se envolve tanto assim com os pacientes não, fica querendo saber da vida deles [...] você vai ficar aí perdendo seu tempo, fazendo essas coisas. Isso é coisa de psicóloga, coisa de enfermeiro, você é médica. (aluna B4).” (LEVY, 2006, p.82)

Os mesmos estudantes apontam ainda a contradição existente dentro da própria escola onde estudam, com os professores de especialidades clínicas em adotarem uma

abordagem distinta da orientação dos docentes vinculados à saúde coletiva e ao PSF. Nestes relatos, percebe-se uma tensão permanente entre uma prática que incorpora a escuta e a participação do usuário nas decisões do seu projeto-terapêutico (com referência à integralidade) e a que reproduz um distanciamento na relação médico-paciente, sendo fundamentalmente prescritiva e centrada na decisão médica, o que é afim ao tipo ideal da racionalidade biomédica.

No contexto atual, no qual a participação é tida como um dos lemas das novas relações pretendidas no campo da saúde, os futuros profissionais em formação devem ser estimulados a lidar com demandas de grupos organizados⁸⁸. Mais do que apenas responderem às pressões, os profissionais são convocados a assumir o importante papel de atores na tecelagem de redes que buscam resolutividade e melhoria da qualidade assistencial (ARROYO, 2001).

Experiências formativas que propiciem os estudantes de medicina oportunidades de problematizar a saúde como direito, mas também como conquista, podem contribuir para uma atuação profissional mais comprometida com a integralidade e a inclusão social.

⁸⁸ Algumas iniciativas vêm sendo organizadas pela DENEM e outros fóruns que aglutinam movimentos de estudantes universitários da área da saúde, com o apoio do Ministério da Saúde, como o VERSUS (Projeto de vivência e estágio na realidade do SUS, tendo como principal meta sensibilizar e mobilizar profissionais em formação para uma atuação ativa de compreensão, construção e viabilização do SUS, gestão do setor, organização de práticas de atenção à saúde, formação e desenvolvimento profissional e controle social) e o VERSUS Extensão (Projeto de vivência e inserção comunitária/movimentos sociais que tem o objetivo de ampliar o processo de formação acadêmica e fortalecer as relações entre universidade, a comunidade e o SUS. É um estágio vivencial-reflexivo, que não visa prestar assistência direta à população, e, sim, construir caminhos coletivos, numa perspectiva da educação popular em saúde)

3.7_ INOVAÇÕES NA EDUCAÇÃO MÉDICA: A CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO DAS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA.

Terminologia oriunda do campo administrativo, desde os anos setenta, a inovação tem sido referência obrigatória e recorrente no campo educacional, sendo empregada para expressar a melhoria do estado de coisas vigente. Desde então, o conceito e a prática da inovação educacional transformaram-se significativamente. Enquanto nos anos sessenta e setenta, a inovação foi uma proposta predefinida para que outros a adotassem e instalassem em seus respectivos âmbitos, nos anos noventa, os trabalhos sobre o tema destacam o caráter autogerado e diverso da inovação (MESSINA, 2001).

É importante ressaltar que a adoção, nos anos 80, da inovação como bandeira pelos grupos que definiam as políticas no campo educacional na América Latina, em consonância com o mundo que se globalizava economicamente, conferiu a esta uma oficialidade e, por conseguinte um potencial conservador / normativo. Então, é necessário problematizar o lugar no qual se situa a inovação, por quem e para quem ela é pensada. Qual o sentido da inovação em questão? Sua racionalidade é essencialmente instrumental? Há alteridade? É geradora de autonomias e parcerias criativas⁸⁹?

A utilização do termo inovação aqui, difere da apresentada por ALMEIDA (1999), na classificação baseada em MATUS (1993), que o situa como um nível mais simples (fenomênico) de mudança. Na perspectiva de Márcio Almeida, os demais níveis

⁸⁹ Segundo Paulo Freire (1986), os seres humanos têm possibilidade de ser co-criadores, o que os libera de serem meros executores das programações sociais e de ficarem subordinados às metodologias bancárias. Metodologias inovadoras nascem não só no ensino, mas no conjunto da vida social.

em ordem crescente de concretização de mudanças e, por conseguinte mais privilegiados, seriam reforma e transformação.

Não é tônica deste trabalho, a classificação de níveis de mudanças ou fazer distinções entre inovação e mudança, ainda que MESSIANA (2001) conclua que não são categorias equivalentes, pois a primeira teria característica intencional, tendo sido gestada no século XX no campo administrativo, enquanto a segunda, não é necessariamente planejada e, tem sido uma preocupação permanente da filosofia e posteriormente das ciências sociais e naturais.

Em concordância com o que é defendido por BRANT (2005), o sentido aqui conferido ao termo inovação é o da *dialecricidade*. A perspectiva dialética do processo de inovação introduz algo novo que altera não só a quantidade (grau de mudança), mas a qualidade também. Independente do grau, inovar significa alterar posições, abalando de alguma forma a rigidez da composição anterior, mesmo que não haja uma ruptura radical imediata entre o novo e o velho. Há a expressão do que é diverso à linearidade dos acontecimentos, podendo ser até decorrente da influência de forças contra-hegemônicas.

“[...] alterações que buscam construir novos processos de formação dos profissionais e novas relações com a estrutura sócio-econômica envolvendo, nessas relações, outras, referentes aos conteúdos, processos e métodos de ensinagem.⁹⁰ Inclui, portanto, alterações significativas no currículo que podem se tornar o embrião de transformações importantes na relação universidade-escola-comunidade” (BRANT, 2005, p.99).

⁹⁰ BRANT & SILVEIRA (2004, p.97) definiram *ensinagem*, baseadas na visão de BLEGER, como um processo no qual “ensino e aprendizagem, passos dialéticos e inseparáveis, solidariamente relacionados se fundem, gerando um processo único em permanente movimento”.

Mesmo concordando com o caráter relacional destes dois processos, que muitas vezes acabam por ser analisados como um único processo, este trabalho adere à idéia que há especificidades de cada um e que as mesmas merecem ser explicitadas, nos diferentes arranjos relacionais que se expressam em cada contexto educacional.

Na pesquisa em educação, uma definição aceita de inovação é a de uma série de intervenções, decisões e processos, com certo grau de intencionalidade e sistematização, que tratam de modificar atitudes, idéias, *visões culturais*, conteúdos, modelos e prática pedagógica. Traduz-se na introdução de projetos e programas, materiais, estratégias de ensino e aprendizagem, e outras formas de formular, organizar, gerir e avaliar o currículo. Esta definição pode ser ampliada para incluir a análise das ideologias, das relações de poder, dos contextos sócio-culturais, das conjunturas político-econômicas, das políticas educativas e o grau de implicação nestas por parte dos diversos agentes educativos (CARBONELL, 2000).

Algumas discussões atuais do campo da educação acrescentam subsídios às práticas educativas das escolas médicas, no sentido da construção de dinâmicas interativas que visem mudança. Na visão de CARBONELL (2000), experiências de maior potência de inovação educacional ocorrem em espaços mais informais, nos quais existe menos controle normativo e acadêmico, o que ele chamou de “subsistemas educativos”. Estes cenários permitiriam uma maior flexibilidade na diversificação curricular. No contexto do presente trabalho, não se pretende a defesa da *informalidade*, mas a aproximação de experiências reais na interface entre universidade/serviço/comunidades, que ofereçam propostas inovadoras para o desenvolvimento de competências profissionais.

As experiências de parcerias entre a universidade e as comunidades envolvidas nos projetos de extensão universitária têm mais facilidade na expressão de inovações nas dinâmicas relacionais entre as pessoas da academia e as dos serviços e as das comunidades envolvidas, já que há uma disposição prévia dos estudantes, docentes, profissionais e assistidos quando decidem participar da respectiva iniciativa. Quando esta

proposta é universalizada para a graduação como um todo, como é preconizado nas atuais diretrizes curriculares, surgem resistências e dificuldades maiores para sua implantação.

Ao invés de utilizar a referência do modelo experimental, tão familiar à produção de conhecimento médico, o estudo da *experencição* (formação e assistência) nos cenários práticos de ensino e aprendizagem possibilita identificar a emergência de processos transformadores educacionais e assistenciais. Às vezes, ainda que haja previamente uma intencionalidade de mudança, podem ocorrer fatos inusitados e significativos.

“[...] recusando o compromisso com a estabilidade de certezas na produção do conhecimento, a pesquisa pode ser um desenho que se faz de movimentos e um acompanhamento de processos em transformação.”
(PINHEIRO et al., 2006, p.39)

Na contracorrente da visão que desqualifica o relato/análise de experiência⁹¹ por não ser reconhecido como fonte cientificamente válida, este estudo parte do pressuposto de que é justamente na riqueza das dinâmicas de produção de saberes e práticas sociais no *espaço-tempo molecular* (da experiência no cotidiano), que a interlocução entre os planos micro e macropolíticos acontece, constituindo inovações ou não.

PINHEIRO *et al.* (2005, p.40) propõem uma matriz de análise de experiências inovadoras na formação em saúde, baseada na cartografia “guattari-deleuziana”, que reúne três dimensões nucleadoras de categorias na elucidação dos territórios de mobilização dos atores envolvidos. O macroterritório, o microterritório e o território molecular são sucessivamente apreendidos como dimensão macro (políticas

⁹¹ “A experiência é sempre organizada pela história evolucionária do corpo e também pela cultura e situações organizadas parcialmente pela linguagem” (GENDLIN *apud* DUTRA, 2002).

setoriais relativas à formação e à assistência à saúde e aos movimentos sociais envolvidos), dimensão micro (as instituições de ensino e de saúde) e a dimensão molecular (que se refere à unidade mínima de experiência da vida / implicação de desejo e singularidade no cotidiano vivenciado). Uma leitura mais rica de uma experiência busca mapear as interlocuções entre estes territórios e suas dimensões envolvidas.

É na organicidade do plano molecular (apropriação *gramsciana* do termo) que há possibilidade de *desalienação*, isto é “um processo de singularização de si, do cotidiano e das práticas do mundo”. A dimensão molecular se expressa como dimensão de práxis, que consegue romper com padrões e certezas instituídos, na luta contra-hegemônica à dominação e exploração no espaço do cotidiano (ALBUQUERQUE, 1994; PINHEIRO et al., 2005).

A análise de experiências locais concebe o cotidiano como *o lugar onde ações desenvolvidas, sejam simbólicas ou práticas, produzem sentidos e se configuram em práxis*, territórios de interação e construção de protagonismos (PINHEIRO & CECCIM, 2005, p.18).

Não se pretende uma uniformização nas formas como se expressam as inovações nas experiências educativas vivenciadas nos distintos cenários de prática, nos quais os estudantes de Medicina estejam inseridos, nas diferentes regiões do país. É justamente na riqueza do contexto local, que é possível investir na criatividade e no potencial relacional entre os diferentes atores na mediação (negociação) de ações coletivas comprometidas com práticas em saúde mais democráticas. Aposta-se, assim, na capacidade inventiva dos atores sociais envolvidos na *atividade industrial da saúde* (práticas *poiéticas*

produtoras de diferenças), no sentido inverso à força da inércia diante da captura mecanicista do processo de trabalho.

Contudo, como bem pontua LEITE (2003), *as inovações estão situadas na linha de tensão entre saberes e poderes*. Não há como efetuar mudanças educativas na prática de saúde local, sem lidar com a dinâmica dos poderes locais. Conflitos de interesses e resistências às mudanças propostas e/ou em curso fazem parte do processo dialético de acúmulo/perda de poder por parte dos atores sociais (coletivos e individuais) envolvidos. Diferentes fatores e arranjos entre estes, incluindo questões corporativas e aspectos das relações interpessoais, podem estar relacionados aos ruídos comunicacionais expressos na dificuldade de se construir localmente um projeto compartilhado transformador da formação e da assistência à saúde. A análise de experiências permite a problematização destas questões.

“Fazer circular os saberes _ socializar as informações e os debates, _ é o essencial dessa estratégia, de forma a ampliar a comunidade, construindo laço com outros trabalhadores e redes de comunicação permanente sobre as questões referentes ao trabalho em saúde, gerando sempre novas informações e incorporando novos olhares, conhecimentos e experiências” (BARROS, 2006, p.278).

No campo das experiências formativas e assistenciais de saúde, há o grande desafio de não dissociar a problemática científica e cognitiva, do plano político-institucional em que as práticas emergem. A produção de conhecimento em saúde deve estar conectada à vida, contagiada com outros domínios das ciências, das artes e da filosofia, afirmando o caráter *transdisciplinar* do campo e uma ética aliada à integralidade (BARROS, 2006).

O intercâmbio dos conhecimentos produzidos a partir dos relatos e estudos de experiências formativas médicas nos

cenários de prática vinculados ao SUS, que tenham características inovadoras, dinamiza o processo de implantação das diretrizes curriculares nas diferentes regiões do país e amplia o debate sobre o compromisso social do aparelho formador e o perfil do médico que se pretende formar.

Novos horizontes para a Educação Médica são visualizados a partir de processos de mudança cotidianos, tecidos nas interlocuções entre formação, gestão, assistência (cuidado) e a sociedade (este é o exercício da Educação Permanente). A construção de projetos mais democráticos e inclusivos na saúde necessita enveredar por este caminho, que é diverso e singular.

O trabalho de campo desta investigação teve como norte o mergulho na prática cotidiana de experiências educativas na formação médica que fossem *atenadas* com estas questões, isto é que estivessem comprometidas com a inserção responsável dos estudantes (no início da graduação) em cenários de atenção básica do SUS tendo como perspectiva a integralidade.

CAPÍTULO 4

- A PESQUISA DE CAMPO

OBJETIVOS E METODOLOGIA

4.1_ OBJETIVOS

4.1.1_ Objetivo Geral:

Analisar duas experiências recentes na graduação médica, desenvolvidas (em cenários de prática) na atenção básica (no SUS), no Rio de Janeiro, tendo como referência a interação universidade/serviço/comunidade, na perspectiva da integralidade.

4.1.2_ Objetivos Específicos:

- Conhecer as práticas pedagógicas (incluindo a avaliação) utilizadas pelos preceptores nos serviços estudados;
- Observar a atuação dos estudantes nos espaços de participação comunitária no serviço, com ênfase no desenvolvimento de habilidades comunicacionais e de negociação;
- Compreender como se dá a participação do estudante de medicina em propostas que envolvam articulação de ações multidisciplinares;
- Mapear como os diferentes atores envolvidos constroem suas visões em relação à parceria ensino/serviço/comunidade.

4.2_ METODOLOGIA

4.2.1_ DISCUSSÃO METODOLÓGICA

“A pesquisa remete-nos a um processo inacabado e contínuo que exige uma postura de busca permanente, seja no campo teórico, seja no metodológico” (MINAYO, 1989).

No que tange aos processos políticos, sociais e institucionais ocorridos na saúde, COHN & outros (1991) mostram que é necessário ir além da análise macro-estrutural e, evidenciar nas relações cotidianas dos serviços, como as pessoas⁹² e os grupos (atores sociais) envolvidos “constroem”⁹³ percepções a respeito das práticas de que participam e as modificam (ou não). No campo da educação, como apontam os trabalhos da Nova Sociologia da Educação (YOUNG, 1986; FORQUIN, 1993), houve também uma valorização dos estudos sobre os espaços cotidianos do fazer educativo.

O enfoque deste estudo privilegia a investigação da implantação de políticas educacionais macro-estruturais nas dimensões micro e *molecular*⁹⁴, isto é, como estas são

⁹² O uso do termo pessoa aqui pretende superar visões dicotômicas, tais como sujeito-objeto, indivíduo-sociedade. A exemplo do que é defendido por SPINK & MEDRADO (2000), a utilização do conceito pessoa busca enfatizar o foco sobre a dialogia, em vez de privilegiar a individualidade ou a condição de sujeito.

⁹³ O termo construir é aqui utilizado para diferenciar do sentido conferido à percepção como uma simples tradução (representação) de algo que pertence à realidade externa (concepção de mente como espelho da natureza). O sujeito interage historicamente com as informações a que tem acesso e produz conhecimento a respeito destas. É um processo de construção singular e interativo.

⁹⁴ *O termo molecular – caracterizando processos de singularização, subjetivação – surgiu fora da tradição marxista, embora a concepção de produção social, na qual se articula, dialogue, em várias situações com teses de Marx. A noção “molecular” está vinculada à revolução do Capitalismo Mundial Integrado e de seus processos de “produção de subjetividade” ou “padronização e agenciamento de comportamentos”, em especial através da mídia, como recurso de manipulação da massa, segundo os códigos que estabelece.* (MANCE, 1991).

Há dois sentidos diversos atribuídos ao adjetivo molecular: o que o utiliza como sinônimo de micro-social, restringindo-o aos movimentos pontuais de grupos específicos que não desenvolvem luta mais ampla para a superação do capitalismo e, o sentido mais aberto, crítico e revolucionário (com a qual este trabalho tem afinidade), o que significa romper com condicionamentos de dominação que se travam no cotidiano (nas relações pedagógicas, eróticas, econômicas, etc.) impostos pela cultura de massa produzida pelo capitalismo nos padrões culturais opressores tradicionalistas.

processadas nas dinâmicas das relações tanto entre os atores coletivos (instituições; organizações e grupos) como nas interpessoais, que ocorrem no cotidiano do serviço de saúde.

O método exploratório, inspirado na Antropologia, veio penetrar a produção de conhecimento no terreno da saúde coletiva e da educação com ênfase no nível local de prestação de serviços, constituindo-se num alargamento qualitativo do campo. Porém, não se deve perder de vista a análise contextual. Na compreensão dos processos locais, é necessário articular a esta as influências do nível mais geral. É com esta perspectiva dialética (GUATTARI, 1990) na análise de experiências da interação formação-prática profissional, que este trabalho visa contribuir.

A partir da segunda metade do século XX, a pesquisa de caráter local, terreno legítimo da antropologia, tem ampliado o seu domínio para os campos da produção do conhecimento na Educação e na Saúde. Este direcionamento permite desvendar, em contextos de prática, como são processadas as respectivas macropolíticas. Informa como a interação de diferentes fatores em cada experiência local (que é singular) pode sinalizar novos e/ou já conhecidos caminhos, que por sua vez provocam mudanças no interior dos respectivos setores e na própria sociedade. Isto é, o espaço institucional (micro) não é um simples local de reprodução das relações macroestruturais, é necessário que o pesquisador(a) identifique as contradições e as ambigüidades aí existentes (PAGE, 1996).

Há um movimento permanente de apropriação do macro pelo micro, por conseguinte há influências do micro em novas conformações do macro e vice-versa, ainda que os ritmos destes deslocamentos vetoriais não sejam os mesmos. Um bom exemplo para visualização destes deslocamentos são os embates travados

na construção do SUS. A proposta do SUS foi sendo *gestada* a partir de lutas contra-hegemônicas oriundas da sociedade nas décadas de 70 e 80. Quando finalmente a constituição de 88 definiu o sistema de saúde no país, grande parte dos profissionais, que atuavam nos serviços de saúde na época, não estava familiarizada com seus princípios. Desde então, os espaços cotidianos de serviço têm sido cenários de disputas quanto à reorganização da assistência e à ressignificação dos princípios do SUS. As porosidades e as resistências locais influenciam, por sua vez, no ritmo em que se processa a reforma sanitária brasileira (ALBUQUERQUE, 1994).

No campo teórico das ciências sociais, alguns enfrentamentos foram travados no sentido de dar legitimidade científica ao estudo do nível local. Weber foi um dos pioneiros a valorizar o estudo do particular no terreno da Sociologia e recebeu críticas severas dos defensores das escolas que privilegiavam os estudos macropolíticos. Por sua vez a Fenomenologia, que tem seu foco nas situações cotidianas da vida, também foi alvo de acusações semelhantes. Os teóricos da Escola de Frankfurt, apesar da diversidade de suas produções, tinham em comum a reflexão sobre questões relacionadas a então dita superestrutura, como a *cultura*, conferindo a esta um papel mais relevante na determinação dos fenômenos sociais, ao invés de simples subordinação ao modo de produção vigente. A própria Antropologia passou a se ocupar das sociedades *ditas complexas*, elegendo o estranhamento do familiar, no estudo dos diferentes grupos (“tribos”) que convivem em espaços da contemporaneidade.

O estudo do processo de ensino-aprendizagem em unidades básicas de saúde com o foco na interação entre atores da universidade, do serviço e da comunidade, tem interfaces com os campos da saúde e da educação. Neste espaço institucional,

convivem e disputam culturas heterogêneas, com tradições, histórias e até projetos distintos: a da Secretaria de Saúde, a da Gerência local, as das diferentes categorias profissionais que exercem seu trabalho na unidade, as dos usuários, as das lideranças das comunidades residentes nos arredores da unidade de saúde, a da instituição universitária, dos docentes e a dos estudantes. Elaborar uma cartografia de diferentes grupos, na sua ação e interação, disputas e parcerias em campo de prática, no sentido que GUATTARI (1986) defende, implica buscar mediações entre as questões do nível local e as da macroestrutura, já que, para este autor, não é possível fazer uma clivagem entre cultura e o mundo social.

O foco na experiência cotidiana coloca para o(a) pesquisador(a), um desafio interpretativo no entendimento dos significados que perpassam o(s) *senso comum (ns)* do(s) grupo(s) estudado(s). Nesta perspectiva, o *senso comum* não está baseado apenas na experiência pura, mas também nas reflexões que os *pesquisados* fazem sobre esta (GEERTZ, 2002). É do *senso comum* que se pode ter um indicativo dos diferentes vetores de consenso e dissenso.

O recurso da etnografia⁹⁵ é importante para estabelecer um diálogo entre a cultura estudada e aquela do(a) pesquisador(a), que busca dar sentido ao observado. Não é uma mera descrição do observado, mas através de descrições detalhadas deve oferecer possibilidades para que os leitores também formulem as suas próprias interpretações (WILCOX, 1982), avaliando a

⁹⁵ A etnografia recebeu várias definições, no processo de construção de uma ferramenta de investigação pelos antropólogos (a partir dos anos 20). Mais recentemente (década de 70), houve uma aproximação desta metodologia ao campo de educação.

Para GEERTZ (1978), a etnografia opera uma densa descrição que deve incluir tanto o significado e o comportamento isto é o conhecimento cultural do grupo e a forma como este é utilizado na interação social.

pertinência daquelas propostas pelo(a) pesquisador(a). Este trabalho não pretende ser um estudo etnográfico puro, mas incorpora alguns princípios indicados por este método investigativo⁹⁶.

Na perspectiva etnográfica, os informantes não são escolhidos por serem estatisticamente representativos de algum tipo ideal. Mas, para o(a) pesquisador(a) tirar qualquer conclusão de seu material, é necessário situar seus sujeitos em um contexto histórico e social. É só ao completar esse movimento interpretativo, indo do particular ao geral, que o pesquisador cria um relato etnográfico. *Sem esta "contextualização" (um tipo de representatividade post ipso facto), o "qualitativo" não acrescenta grande coisa à reflexão acadêmica* (FONSECA, 1999).

PINHEIRO & al. (2006, p.38) apontam que a cartografia, a etnografia e a pesquisa transdisciplinar⁹⁷, abordagens metodológicas com as quais este trabalho tem afinidade, partem do desafio de trabalhar “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 e certezas)”.

⁹⁶ O processo de investigação na etnografia deve focar uma situação e descobrir o que está acontecendo. Despir-se de pré-concepções, e explorar as situações pelas visões construídas por seus participantes.

- 1) Estranhar o familiar.
- 2) Observar o comum e analisá-lo, procurando entender sua dinâmica.
- 3) Ver qual é a relação entre a situação e o contexto.
- 4) Utilizar uma teoria social para guiar a observação.

⁹⁷ “O campo da saúde coletiva é, no que concerne a sua constituição de saberes, multidisciplinar, sua prática de pesquisa é com frequência crescente interdisciplinar, a partir de uma construção teórico-metodológica de objetos típica do campo, que é, por sua vez, muitas vezes transdisciplinar, face à natureza não-convencional das questões que coloca aos seus objetos, construídos já de modo pouco convencional em termos dos cânones vigentes em cada uma das suas disciplinas constitutivas” (LUZ, 2006, p. 29)

Estudar como ocorre o processo de educação médica em território de prática significa compreender o status da práxis⁹⁸ conferido à aprendizagem, isto é, até que ponto e como é fomentada uma cultura reflexiva sobre a prática no sentido de contextualizá-la visando o seu aprimoramento e enfatizando seu compromisso social (superando o seu caráter exclusivamente técnico) (SCHON, 2000). Embora a práxis não seja a face hegemônica da prática no mundo contemporâneo, Gadamer (apud BERNSTEIN, 1983) estabelece uma conexão desta com a ética hermenêutica (interpretativa). Mesmo que pressupostos filosóficos não costumem ser explicitados nos embates políticos, pode-se inferir desta reflexão que não cabe apenas aos especialistas e técnicos da sociedade moderna decidir sobre as políticas setoriais. Dar voz e visibilidade aos diferentes grupos que atuam no terreno estudado parece ser um caminho cada vez mais necessário, tendo em vista que definições ditadas por macroestruturas não se efetivam prontamente nos espaços locais, sendo necessárias negociações e adaptações. Além do que, os campos da saúde e da educação têm sido desafiados a adotar uma ética mais participativa e inclusiva.

A Vigilância Epistemológica (BACHELARD, 1996), exige que o(a) pesquisador(a) não confunda sua investigação com uma mera plataforma de defesa de interesses políticos, de qualquer grupo que seja. O que não significa que os estudos sociais não possam contribuir na elaboração de políticas públicas mais adequadas à efetivação democrática. Para tal, o(a) investigador(a) necessita assumir que a perspectiva de sua análise não é neutra, explicitando “*de que local está falando*”.

⁹⁸ Marx e Engels vão mostrar que o homem só conhece aquilo que é objeto de sua atividade, e conhece porque atua praticamente. A práxis, portanto, é compreendida como atividade material, transformadora e orientada para a consecução de finalidades (KUENZER, 1991).

LATOUR (1987) aponta a característica contingente de atividades científicas, sendo esta circunscrita às condições e oportunidades locais. A atividade científica é sempre permeada por decisões, até mesmo na escolha dos instrumentos de pesquisa das ciências (incluindo as que pretendem ser experimentais). As vicissitudes do(a) pesquisador(a) pautam as decisões nas escolhas metodológicas (LATOUR and WOOLGAR, 1979).

O paradigma da complexidade, bem representado pelas idéias do pensador francês Edgar Morin, problematiza o dogmatismo científico, refletindo acerca do fazer científico, do conhecimento e do critério de verdade/realidade. MORIN (1985) identifica que há um elo entre objetividade e intersubjetividade. Nesta perspectiva, a objetividade é perpassada pela dialogia que emerge de uma comunidade científica de tradição crítica.

Neste estudo, quero deixar claro que as referências de análise utilizadas incluem as minhas próprias experiências enquanto profissional de saúde e docente em cursos de graduação médica (a preceptoria em serviços de atenção básica e as inquietações decorrentes destas vivências) e, o diálogo que estabeleço com a leitura da produção teórico-reflexiva de grupos de pesquisa que buscam contribuir para a defesa do SUS e a mudança na formação do profissional de saúde. No relato e na análise do observado, buscarei explicitar de que lugar opera a minha leitura, na possibilidade da alteridade do leitor.

A *reflexividade* na pesquisa qualitativa é uma abertura do(a) pesquisador(a) a problematizar seus próprios pontos de vista, o que não significa uma adesão ingênua ao relativismo extremo. É posicionar-se como pessoa em transformação, mas que possui critérios éticos (construídos histórica e socialmente) e valores coerentes com estes. De alguma forma, a postura de

abertura do(a) pesquisador(a) à emergência de novas articulações na produção de conhecimento no processo investigativo é uma condição para a pesquisa qualitativa, pois não seria pertinente a realização de uma investigação, cujos pressupostos já estão dados, desde o início, como tese conclusiva.

Estes e outros pressupostos metodológicos afins que orient(ar)am este estudo podem ser encontrados na discussão do Construcionismo Social, que tem raízes na Sociologia do Conhecimento (fundada na década de 20 por Max Scheler e Karl Mannheim) e mais recentemente na década de 60 na obra de Peter Berger e Thomas Luchmann, *A Construção Social da Realidade*. A inovação conferida a esta linha de pensamento é a valorização do conhecimento do senso comum (o conhecimento que as pessoas têm da realidade) e a crítica à compreensão intelectualista do conhecimento que o restringe ao pensamento teórico (SPINKER & FREZZA, 2000).

Alguns autores da Psicologia Social, como Kenneth Gergen, apropriaram-se desta perspectiva construcionista, para investigar os processos pelos quais as pessoas descrevem e compreendem o mundo em que vivem (incluindo a si mesmos). Nesta *desfamiliarização* de antigos pressupostos científicos, Tomás Ibáñez (Universidade Autônoma de Barcelona), na década de 90, apontou quatro temáticas da lógica da ciência moderna que necessitavam ser superadas: a dualidade sujeito-objeto; a concepção representacionista do conhecimento; a retórica da verdade e o cérebro como instância produtora de conhecimento.

Dito de outra forma, nós apreendemos os objetos a partir de categorias que construímos nas interações historicamente situadas. Assim sendo, *a hegemonia dos sistemas de categorias depende das vicissitudes dos processos sociais e não da*

validade interna dos constructor (SPINKER & FREZZA, 2000, p.28). O pensamento assim tem sua condição na interface entre cérebro e sociedade, “*e, portanto, não numa substância, mas num processo*”, devendo então ser objeto de investigação das ciências sociais (IBANEZ *apud* SPINKER & FREZZA, 2000, p.30).

O estudo da *dialogia*, dos processos relacionais e da comunicação encontra na perspectiva construcionista grande relevância. Nesta concepção de linguagem (atividade compartilhada), é através dos momentos interativos entre as pessoas, nos quais elas têm que reagir continuamente umas às outras espontânea e praticamente, através de uma compreensão ativa e responsiva, que se poderá compreender como as pessoas se constroem (RASERA & JAPUR, 2001).

O Construcionismo emerge no contexto da crise paradigmática enfrentada pela ciência nas últimas décadas, que pode ser situada através de diversas transformações produzidas pelas críticas ideológicas da Escola de Frankfurt, e do movimento feminista, da crítica retórica-literária pós estruturalista e das já mencionadas contribuições da sociologia do conhecimento.

A proposta *desfamiliarizante* do Construcionismo provoca também severas objeções (reações), além da preocupação que suscita entre as tendências acadêmicas que se configuraram no *status quo* da Modernidade, diante da ameaça da perda do status científico da Psicologia, já que a perspectiva construcionista contesta seus cânones⁹⁹ (CASTAÑON, 2004). As críticas mais recorrentes ao Construcionismo têm como principais alvos o “relativismo” e “o reducionismo lingüístico”.

⁹⁹ Em contrapartida ao *discurso normal* sobre ciência (em referência à distinção que Thomas Kuhn faz em sua obra de 1970, *The Structure of Scientific Revolutions*, sobre ciência normal e revolucionária).

Como construções históricas e culturais, as categorias e os princípios de análise não podem ser invariantes. Entretanto, esse relativismo histórico e cultural se dá numa perspectiva de análise de “tempo longo”¹⁰⁰. No cotidiano, somos produtos de nossa época e não escapamos das convenções, das ordens morais e das estruturas de legitimação.

“A pesquisa construcionista é, portanto, um convite a examinar essas convenções e entendê-las como regras socialmente construídas e historicamente localizadas. É um convite a aguçar nossa imaginação e a participar ativamente dos processos de transformação social. Impõe-se, em contrapartida, a necessidade de explicitação de nossas posições: não a escolha arbitrária entre opções tidas como equivalentes, mas opções refletidas a partir de nossos posicionamentos políticos e éticos”.

(SPINKER & FREZZA, 2000, p.20)

Quanto ao reducionismo lingüístico, apesar do construcionismo reconhecer a centralidade da linguagem nos processos de objetivação que constituem a base da sociedade, isto não se traduz na afirmação que todos os fenômenos se reduzam à linguagem, ou seja, que o estatuto de objeto de conhecimento tenha natureza apenas lingüística. *A questão do sentido não pode mais ser respondida somente no âmbito da língua, da sintaxe e da semântica*, mas deve considerar o senso comum. Mary Jane Spink, docente e pesquisadora da Pós Graduação em Psicologia Social da PUC-SP, propõe a

¹⁰⁰ SPINK & MEDRADO (2000) postulam a necessidade de trabalhar o contexto discursivo na interface de três tempos históricos:

- o tempo longo - que marca os conteúdos culturais, definidos ao longo da história da civilização;
- o tempo vivido - das linguagens sociais aprendidas pelos processos de socialização (ressignificação dos conteúdos históricos, é o território dos *habitus*) e;
- o tempo curto - marcado pelos processos dialógicos (o que possibilita o entendimento da dinâmica de produção de sentidos, gerando também a possibilidade da compreensão, da comunicação e a construção discursiva das pessoas nas interações sociais *face-a-face*).

Permanências e diversidades permeiam todos os tempos históricos, sem distinções de grau e orientam as práticas discursivas das pessoas.

abordagem teórico-metodológica da *Produção de Sentidos* para análise de práticas discursivas.

O discurso está relacionado ao uso institucionalizado, que pode ocorrer tanto no nível macro dos sistemas políticos e disciplinares, como no nível mais restrito dos grupos sociais. No mesmo contexto histórico, é possível identificar discursos que podem competir entre si ou criar versões distintas e incompatíveis acerca de um dado fenômeno social (SPINK & MEDRADO, 2000).

Embora a estrutura de reprodução social (linguagem vista a partir das regularidades) esteja presente, o conceito de discurso não desconsidera a diversidade e a não regularidade presentes no uso diário da linguagem pelas pessoas. *Usualmente, é pela ruptura com o habitual que se torna possível dar visibilidade aos sentidos.* O(A) pesquisador(a) deve estar sempre convidando os participantes à produção de sentidos (SPINK & MEDRADO, 2000, p.45).

“O conceito de práticas discursivas remete aos momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentidos, ou seja, corresponde aos momentos ativos do uso da linguagem, nos quais convivem tanto a ordem como a diversidade”.

(SPINK & MEDRADO, 2000, p.45)

Nos relatos das observações, através das narrativas destas, buscarei trazer à tona temáticas que suscitaram polêmicas na problematização das vivências tidas nos cenários por parte dos estudantes, preceptores e demais protagonistas presentes. O que moveu a observação de campo não foi identificar apenas o consenso e a convergência (dos estudantes, docentes, gestores, dentre outros) no sentido das diretrizes curriculares, mas explicitar também dificuldades, dissensos e ainda contradições em relação a estas.

Na perspectiva bakhtiniana, linguagem é, por definição, uma prática social. Inclusive, o pensamento é também dialógico. A compreensão dos sentidos é sempre um confronto de inúmeras vozes. É uma polissemia, cujos repertórios interpretativos são históricos e culturalmente constituídos, no diálogo contínuo entre sentidos novos e antigos¹⁰¹.

As implicações desta concepção redirecionam a reflexão sobre rigor e validação científica, trazendo para o cenário a polissemia, a reflexividade e a ética. A pesquisa é tomada como prática social, portanto atravessada por questões de poder.

“Na perspectiva construcionista o rigor passa a ser concebido como a possibilidade de explicitar os passos da análise e da interpretação de modo a propiciar o diálogo”.
(SPINK & MENEGON, p. 102)

O desafio é ressignificar a objetividade como *visibilidade*, isto é explicitar o processo de interpretação, tomando-o como inacabado: compreender a dialogia na dupla acepção de elemento básico da produção de sentidos no encontro entre entrevistador(a) e a voz do entrevistado(a) (ao vivo ou cristalizada em texto ou imagem), e do sentido da interpretação no encontro entre pesquisador(a) e seus pares. Durante todo o percurso da pesquisa, o(a) pesquisador(a) está imerso(a) no processo de interpretação.

É no confronto entre o que é familiar (experiências prévias e reflexões decorrentes da revisão bibliográfica inicial) e os sentidos contruídos no processo de pesquisa e de interpretação, que emergem as categorias de análise. As categorias não podem ser compreendidas de forma desvinculada do uso e história de

¹⁰¹As pessoas, nos jogos das relações sociais, estão inseridas num constante processo de negociação, desenvolvendo trocas simbólicas, num espaço de intersubjetividade (*interpessoalidade*) (SPINK & MEDRADO, 2000).

sua construção, elas não têm valor ou sentido intrínseco (SPINK & MENEGON, 2000).

Este trabalho reúne contribuições da pesquisa etnográfica no que diz respeito à observação (participante) de campo e, relaciona a mesma à perspectiva da análise das “práticas discursivas e produção de sentidos”, no que foi vivenciado na interação com as experiências de ensino e aprendizagem observadas e nas entrevistas realizadas. O recurso da narrativa permeia o relato da observação participante e das entrevistas, a análise e o diálogo com as experiências estudadas.

Walter Benjamin (1892-1940), crítico literário e ensaísta alemão, tinha como conceito central de sua filosofia a experiência e, como expressão desta a narrativa.

“Dizia ele que a narrativa é uma forma artesanal de comunicação. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Embora, na sua opinião, a narrativa estivesse desaparecendo, esta seria a forma de comunicação mais adequada ao ser humano, já que reflete a experiência humana”.(DUTRA, 2002)

A narrativa distingue-se do romance, no sentido que não impõe conclusões ao leitor. Na narrativa, o sentido é tecido no processo, à medida que a experiência é contada e (re)interpretada.

Segundo Benjamin (1994), um aspecto que favoreceu o declínio da narrativa foi o surgimento de uma nova forma de comunicação, a informação. Esta última ocorre no contexto da consolidação da burguesia e o instrumento da imprensa. A informação passa a ser uma ameaça à cultura da experiência, pois pretende explicar os fatos de forma fechada, o que não acontece com a narrativa. Na narrativa, o contexto psicológico

da ação não é imposto de forma absoluta ao leitor, sendo ele livre para interpretar conforme suas próprias experiências.

Ao invés de ser uma lembrança acabada da experiência, a narrativa reconstrói a experiência. Para ECO (1993), narrar alguma coisa consiste na “faculdade de intercambiar experiências”, a “obra aberta”.

“A narrativa contempla a experiência contada pelo narrador e ouvida pelo outro, o ouvinte. Este, por sua vez, ao contar aquilo que ouviu, transforma-se ele mesmo em narrador, por já ter amalgamado à sua experiência a história ouvida” (DUTRA, 2002).

“A narrativa é preciosa, pois conecta cada um à sua experiência à do outro e à do antepassado, amalgamando o pessoal e o coletivo. E o faz de uma maneira democrática ou, mas precisamente, da única maneira possível para que uma prática social seja democrática – fazendo circular a palavra, concedendo a cada um e a todos o direito de ouvir, de falar e de protagonizar o vivido e sua reflexão sobre ele”. (SCHMIDT apud DUTRA, 2002).

A narrativa não tem a ambição de transmitir um acontecimento, mas integrá-lo à “[...] *vida do narrador, para passá-lo aos ouvintes como experiência. Nela ficam impressas as marcas do narrador como os vestígios das mãos do oleiro no vaso de argila*” (BENJAMIN apud JESUS, 2000, p. 22).

Nesta perspectiva, a narrativa pode ser considerada como o meio pelo qual cada um de nós tenta dar sentido a si mesmo, construindo-se como um ser de palavras, a partir destas e dos vínculos narrativos que recebemos (LARROSA apud COSTA & GONÇALVES, 2006).

Assumir na composição metodológica desta investigação uma estratégia qualitativa da pesquisa fenomenológica, como a narrativa, significa adotar também o horizonte teórico e

filosófico da existência, compreendido na experiência vivida (DUTRA, 2002). Porém, o valor da experiência não se encerra apenas na sua narrativa existencial, mas no seu potencial de suscitar novos diálogos e caminhos.

O movimento interpretativo da teia de narrativas que constitui este estudo toma o sentido da “*fala que responde a uma virtualidade¹⁰² entreouvida*”. É uma exigência ao intérprete (leitor) colocada pela sua própria experiência com a obra (FIGUEIREDO, 1994). Neste sentido, investigações sobre experiências formativas na perspectiva da integralidade (e as análises destas) ganham legitimidade acadêmica, quando além de explicitar o constructor teórico e metodológico utilizado, incentivam novas produções reflexivas sobre práticas afins e os intercâmbios entre estas.

A triangulação, mencionada e operacionalizada neste estudo, busca a combinação de métodos heterogêneos, que são capazes de trazer à tona resultados contrastantes ou complementares, que possibilitam uma visão *caleidoscópica* do fenômeno em estudo (SPINK & MENEGON, 2000).

¹⁰² Virtualidade enquanto potencialidade. “*O que existe como faculdade, mas ainda sem exercício ou efeito atual. Suscetibilidade de se realizar*” (Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Nova Fronteira: RJ, 1986, p.1782).

4.2.2 _ RECURSOS METODOLÓGICOS

O trabalho de campo deste estudo adotou recursos metodológicos da pesquisa qualitativa, principalmente os do repertório da Antropologia.

4.2.2.a_ A Observação Participante

“A técnica da observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. [...] A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.”
(CRUZ NETO, 1994: 59)

Para conhecer certas dimensões de uma sociedade é importante a vivência e o contato durante um período de tempo razoável, pois existem aspectos da cultura que não aparecem à superfície a primeira vista (VELHO, 1978). O fato de estar familiarizado com os cenários e situações sociais do cotidiano, não significa compreender a visão de mundo dos diferentes atores e regras que estão por detrás de suas interações.

Como o campo de pesquisa não era totalmente exógeno aos meus olhos, tendo em conta a minha própria experiência na preceptoria de estudantes de Medicina em serviços de atenção básica do SUS, algumas etapas de aproximação e conhecimento etnográfico-político já haviam sido “queimadas”. Se por um lado esta vivência prévia contribuiu para um conhecimento do campo, por outro algumas distorções podiam advir daí. O grau de familiaridade do pesquisador(a) com o campo pode produzir vieses de interpretação, se este conhecimento prévio não for *relativizado* e objeto de reflexão sistemática. A construção do conhecimento pode ser comprometida pela rotina, hábitos e

estereótipos não problematizados. DA MATTA (1982) nos convida à reflexão: *"Temos um familiar que não é necessariamente conhecido e um exótico que é até certo ponto conhecido"*.

Para BOURDIEU (1980), a melhor forma de se *objetivar a relação objetiva e subjetiva* do investigador com o "objeto" é explicitar as condições de construção do conhecimento em questão. Aqui, isto se dá a partir da contextualização histórica da pesquisadora, no caso, sua experiência profissional em serviços de saúde e cursos de graduação, de forma a situar seu olhar na descrição e na análise das políticas vigentes de educação e de saúde e na identificação dos diferentes atores e interesses existentes nos cenários estudados.

A descrição da observação participante proposta estará voltada para evidenciar, no cotidiano do serviço básico (campo da pesquisa), repercussões da estratégia de integração universidade/serviço/ comunidades. Inclui relatar como se expressa (ou não) as parcerias (interações) entre estudantes, preceptores, profissionais e usuários para a melhoria da qualidade da assistência prestada, a adoção (ou não) de uma concepção ampliada da saúde que estimule a participação e outras influências existentes para a formação profissional de acordo com as novas diretrizes curriculares (ANEXO II).

4.2.2.b_ A Relação de Entrevista

A entrevista é uma relação entre pessoas com experiências diferentes e opiniões diversas que eventualmente compartilham o interesse por determinado tema. Este interesse versa sobre um conhecimento prévio por parte do entrevistado(a). Da parte do entrevistador(a) existe um conhecimento adquirido predominantemente na atividade de pesquisa e seu engajamento no projeto. Nesta relação deparam-se sujeitos, muitas vezes de gerações diferentes, com linguagem, culturas e saberes distintos. O diálogo então surge da interação das distintas percepções sobre o mesmo assunto.

Esta interação se dá num certo contexto, numa relação constantemente negociada. Numa conversa o locutor posiciona-se e posiciona o outro. A compreensão da pessoa passa por sua continuidade (identidade) e multiplicidade (*selves* posicionadas em múltiplas e contraditórias narrativas). Desta forma, na cena discursiva, muitas vozes podem ser ouvidas e não apenas as dos que enunciam perguntas e respostas (PINHEIRO, 2000).

Fazer entrevista implica em analisá-la e avaliá-la constantemente: enquanto é gravada e depois na transcrição, observando a relação estabelecida na ação daqueles que produzem o conhecimento. Cabe ao(à) pesquisador(a) articular as particularidades expressadas na entrevista com o contexto que pretende analisar (ALBERTI, 1989).

Neste estudo, os roteiros de entrevistas certamente têm íntima relação com o material advindo da observação, mas também foi interessante abrir espaços para a escuta de significados mais subjetivos de cada pessoa e de cada grupo (ANEXO III). A observação teve como desdobramento um registro de dados (diário de campo) oriundos da interação no

cenário de prática, dos diferentes atores-sujeitos. As entrevistas puderam apontar aspectos mais singulares da visão dos entrevistados.

“[...] ao abordarmos a entrevista como uma situação relacional por excelência, a expressão e produção de práticas discursivas aí situadas devem ser compreendidas também como fruto dessa interação, são pessoas ativas no processo de produção de sentidos. A entrevista passa então a ser reconhecida como um processo de interanimação dialógica”.
(SPINK & MENERGON, 2000, p.86)

4.2.2.c_ Análise Documental

Conjuntamente à elaboração dos roteiros de entrevistas e da observação participante, outras fontes foram identificadas para a coleta de dados que diziam respeito ao projeto e ao processo de ensino, aprendizagem e avaliação nos cenários de práticas observados: programas dos cursos e registros dos estudantes (relatórios dos trabalhos desenvolvidos e *portfolios*). O uso destes materiais manteve o objetivo de explorar a natureza entre as relações, a situação e seu contexto (WILCOX, 1982).

4.2.3_ CUIDADOS ÉTICOS.

Tendo como referência a postura ética segundo a proposta construcionista (SPINK & MENEGON, 2000, 91), tive a preocupação de respeitar no trabalho de campo e no processamento do material advindo deste, os seguintes aspectos:

- 1) Pensar a pesquisa como uma prática social, adotando uma postura reflexiva em face do que significa produzir conhecimento;
- 2) Garantir a visibilidade dos procedimentos de coleta e análise de dado;
- 3) Aceitar que a dialogia é intrínseca à relação que se estabelece entre pesquisadores e participantes.

Para a proteção dos participantes, foi aplicado o instrumento de consentimento informado (acordo inicial que sela a colaboração, passível de ser revisto posteriormente) a todos os entrevistados, houve o cuidado quanto ao anonimato, e o resguardo quanto ao uso abusivo do poder na relação entre pesquisador(a) e participantes (estabelecimento de uma relação de confiança entre as partes) (ANEXO I).

Antes do início do estudo de campo foi feita também uma apresentação da proposta da pesquisa às direções das unidades de saúde; às respectivas coordenações de curso; aos estudantes participantes e também aos usuários dos serviços incluídos nas atividades que foram observadas nos cenários de práticas. No campo, nas duas experiências observadas, não houve objeções à participação na pesquisa.

Outras estratégias foram adotadas para evitar constrangimentos e prejuízos aos participantes e colaboradores da pesquisa, tais como: o anonimato dos participantes; a

omissão dos nomes das instituições e serviços, bem como detalhes que poderiam facilitar a identificação. Se a contextualização dos atores no processo estudado é necessária, por outro lado, a personificação de posições e opiniões favoráveis ou críticas não favorece o objetivo da investigação, que é contribuir para o conhecimento sobre experiências de interação entre universidade, serviço e comunidade em atenção básica na educação médica. Mediar o cuidado para a não identificação personalista e/ou institucional da experiência e a contextualização da mesma foi um grande desafio, já que o tratamento singular dado a cada experiência (esta é a proposta desta investigação) exigia um detalhamento que certamente poderia contribuir na identificação da mesma pela comunidade acadêmica afim ao campo temático (Educação Médica).

4.2.4_ A OPERACIONALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO.

Em janeiro de 2006, após mapear a estrutura dos cursos de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, contatei coordenações de cursos de duas instituições educacionais, que a princípio cumpriam os critérios de inclusão na pesquisa¹⁰³, no sentido do desenvolvimento do trabalho de campo nos cenários de ensino e aprendizagem respectivos. Decorridos dois meses, já próximo ao início do ano letivo escolar, tive resposta negativa de uma das instituições consultadas, sendo argumentado por esta que o curso atravessava um período de transição pedagógica, o que poderia resultar em observação atípica, pois tanto docentes como estudantes estavam se adaptando ao novo formato. Tive que aguardar mais um mês para iniciar a aproximação do campo da outra instituição universitária, pois houve reajustes no respectivo calendário acadêmico.

Apesar da minha solicitação e a concordância da coordenação da respectiva disciplina, vinculada ao departamento relacionado à área de saúde coletiva, que tinha como cenário a atenção básica, não houve a oportunidade esperada de uma apresentação mais formalizada para o corpo docente/preceptoria como um todo, da proposta de minha pesquisa. Havia ficado combinado que eu seria convidada à reunião de planejamento da disciplina, o que não aconteceu. A pesquisa de campo teve início em junho de 2006, embora em final de março de 2006, eu já tivesse observado no campus universitário a apresentação dos trabalhos finais da disciplina

¹⁰³ Desenvolver experiência formativa em cenário de atenção básica do SUS que tenha componente(s) inovador(es) e a mesma estar inserida no âmbito curricular oficial do curso (não sendo possível antever questões relacionadas ao currículo oculto, como a não integração curricular de fato, que se expressou posteriormente durante a investigação), excluindo aquelas iniciativas isoladas de disciplina ou de grupo de atores.

referente às investigações realizadas pelos grupos de estudantes do semestre anterior, nos cenários de atenção básica¹⁰⁴.

No mesmo curso médico, foram observadas duas turmas em períodos letivos diferentes, durante quatro semanas cada, sendo que as referidas disciplinas cujos cenários de prática eram na atenção básica, ocupavam dois turnos de aulas semanais nas grades horárias dos respectivos períodos. Apenas um turno semanal acontecia no campo de prática, o outro era em sala de aula no campus da universidade, sendo este utilizado para apoio teórico, discussões de situações e casos ocorridos na unidade de saúde, planejamento e avaliação das atividades. Nos programas destas disciplinas não estava prevista esta organização, porém nas duas experiências observadas, o turno escolhido para que os estudantes estivessem no campo da prática tinha relação com a dinâmica assistencial da unidade, isto é o movimento dos usuários e dos profissionais.

A partir de contatos prévios e a oportunidade dos horários, acompanhei uma turma do terceiro período (observada de junho a julho de 2006) cujo cenário foi uma Policlínica Regional

¹⁰⁴ Um fato inusitado chamou minha atenção naquela tarde de março (era a segunda tarde, a primeira tinha sido no dia anterior), na qual observei a apresentação final dos trabalhos do segundo período, após o término das apresentações dos quatro grupos (que durou cerca de 3 horas) antes dos comentários finais dos professores e o planejamento do próximo semestre, foi comunicado aos estudantes que havia uma pesquisadora da faculdade de Educação presente na atividade e, que esta iria aplicar um questionário (que duraria em torno de 20 minutos) no final do encontro, sendo solicitado a participação dos mesmos. Observei que grande parte dos estudantes manifestou cansaço nesta segunda tarde do seminário final da disciplina. Após o anúncio que os professores entrariam em contato por correio eletrônico com os representantes da turma para enviarem o cronograma do semestre seguinte, constatei que grande contingente dos estudantes se dirigiu ao hall dos elevadores. Não tive informação posterior se a referida pesquisadora teve sucesso no seu intento de aplicar “o tal” questionário, pareceu-me que naquele momento isto não foi possível de ser concretizado. Este episódio fez me refletir sobre a pesquisa na educação, o quanto é necessário a formulação de metodologias que sejam mais integradas às realidades existentes e, como a aplicação de instrumentos em contextos não previamente conhecidos pode resultar em vieses importantes que comprometem a própria investigação. Se por um lado, o movimento investigativo de experiências educativas por parte de pesquisadores externos à situação estudada, que vem sendo intensificado nos últimos anos, é interessante, por outro pode resultar em certo esgotamento dos pesquisados diante da aplicação dos instrumentos das pesquisas (questionários, entrevistas, grupos focais, dentre outros).

(mais voltada para atenção básica local com pouca *resolutividade* em relação ao perfil secundário assistencial, com apenas um ano de existência) e outra do segundo período (observada de novembro a dezembro de 2006) desenvolvendo atividades em um Centro de Saúde em área periférica urbana (sendo esta unidade mais antiga e tendo uma tradição maior em relação à presença de estudantes e preceptores ligados à universidade, no seu cotidiano).

A intermediação para a minha entrada no campo, distintamente do meu desejo e do combinado inicial, não foi feita pela coordenação do curso do terceiro período, mas através do apoio de outros professores do departamento. No semestre seguinte, observei uma turma do segundo período, como já havia o contato prévio com o professor responsável pelo grupo no cenário de prática e a premência do curso já em andamento, não foi feito o contato prévio com a respectiva coordenação, o que reconheço como uma limitação para a compreensão da gestão do projeto pedagógico, além também da perda da interlocução com esta importante participante do processo de reforma curricular do curso.

No primeiro contato em ambos cenários de atenção básica, apresentei a proposta da minha investigação aos docentes, preceptores, estudantes, gestores e alguns profissionais e usuários da unidade de saúde envolvidos nas atividades que observei. Em todas as apresentações tive boa receptividade.

No primeiro encontro com o preceptor do segundo período, ainda no campus da universidade, quando eu estava articulando a minha ida ao campo, o mesmo comentou que na sua percepção seria mais interessante que eu observasse períodos mais tardios, pois os estudantes destes já desenvolviam atividades clínicas, o que não acontecia ainda nos dois primeiros anos do curso

médico. Tive então a possibilidade de explicitar com mais clareza, que a minha intenção era justamente estudar o início da formação nos cenários de prática da atenção básica, sendo do meu interesse mapear as ações desenvolvidas pelos estudantes de medicina que não tivessem caráter exclusivamente clínico. Então, o respectivo preceptor pareceu-me ter ficado mais satisfeito com a “adequação” dos objetivos da investigação, pois o tema, segundo ele, era de seu interesse.

Foram entrevistados os gestores dos serviços e os preceptores. As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente. Um caderno de notas (diário de campo) também foi utilizado, no registro das minhas impressões em relação às interações estabelecidas nas entrevistas e observações. As expressões, as entonações e os momentos peculiares que surgiram durante estes encontros mereceram atenção.

Embora eu não tenha entrevistado formalmente os estudantes, os profissionais e os usuários na unidade, registrei no diário de campo as conversas mais significativas “com e entre estes” que emergiram na observação (na chegada à unidade antes do início das aulas, os estudantes aguardavam na varanda coberta; ao término da atividade na unidade, muitas vezes eu retornava no mesmo ônibus com alguns estudantes que seguiam para a faculdade; também tive oportunidades de “pegar carona” com os preceptores, quando estes estavam com o seu próprio carro). Este material também faz parte da descrição e análise que virá em seguida.

Ao trabalhar os *dados qualitativos* decorrentes das entrevistas realizadas procurei articular as percepções dos entrevistados ao contexto onde estas foram produzidas, isto é:

“[...] a fala do sujeito social (fonte da investigação qualitativa) também é um limite para a investigação, pois ela é condicionada por aspectos da vida social, tais como as relações de poder, de trabalho, acesso aos bens culturais e inserção grupal” (DESLANDES, 1993: 58).

Os interesses e as relações de poder captadas por uma observação atenta, mais que limitações à investigação, são sinalizações para um conhecimento mais aprofundado do contexto observado.

Foram observadas as estratégias educacionais, o tipo de adesão dos estudantes à proposta, bem como o grau de institucionalização da experiência, a inserção da instituição acadêmica no contexto dos fóruns de escolas médicas, o “lugar”¹⁰⁵ do preceptor na instituição acadêmica, o “lugar” do curso (estudantes e preceptores) nos serviços e o “lugar” do usuário neste processo.

Elaborei o registro do campo durante as observações, ou imediatamente após as mesmas, para evitar maiores constrangimentos. Embora não tenha sido possível evitar totalmente os efeitos da minha presença nos cenários em estudo, estive atenta para incluir na interpretação possíveis conseqüências da chamada *reatividade* à observação que possam ter ocorrido (HAMMERSLEY e ATKINSON *apud* AGUIAR, 2000). Muitas vezes, os estudantes e os preceptores buscavam me incluir nas discussões e não era fácil frear o impulso para participar destas de forma mais contundente, dado o interesse que os temas me despertavam. Era então necessário “sinalizar”, de forma amena (gestualmente como um balançar de ombro, um olhar, um aceno,...) para não interromper o fluxo dos

¹⁰⁵ O “lugar” indica da onde se fala, como se está situado na dinâmica das relações que se processam no local observado. Indica o carisma, a legitimidade e também as posições que a pessoa ocupa nas relações de poderes identificadas.

acontecimentos, o que tínhamos acertado no início da minha ida ao campo, que a minha posição seria de observadora. Não era uma atitude de mudez total, o que não seria nada simpático, mas eu procurei mediar da melhor forma possível estes momentos (ainda que a vontade fosse de participar, argumentar e intervir com minhas opiniões nas discussões das situações e dos casos em pauta)¹⁰⁶. Ao término da atividade, eu procurava conversar com cada um sobre o ocorrido. O registro incluiu também impressões sobre gestuais e atitudes apresentadas pelos observados.

Os registros do diário de campo da observação participante foram *triangulados* com entrevistas e documentos existentes que permitiram uma maior aproximação da realidade e da trama dos cenários e serviços estudados, em sua complexidade, a partir da perspectiva dos envolvidos.

A análise e a *interpretação* na pesquisa qualitativa, segundo GOMES (1994), já devem estar presentes na própria fase de coleta de dados. Neste caso, mais uma vez acentua-se a necessidade do cuidado, para que a familiaridade com o campo estudado, não crie uma ilusão do pesquisador em ver conclusões, à primeira vista.

¹⁰⁶ Uma cena ilustrativa do dilema por mim enfrentado na sustentação do papel de observadora, na qual o grau de participação (espontaneidade) deveria ter certa limitação, para não incorrer em intervenções que pudessem alterar significativamente o rumo da observação (já que este estudo não se situa na linha da pesquisa-ação), ocorreu quando eu observava uma roda de discussão da preceptoria e dos estudantes. Estando sentada também na roda, os temas circulavam e de alguma forma a palavra era passada a mim. Houve um momento no qual na roda a partir da discussão de vulnerabilidade e ações afirmativas, emergiu o tema das cotas universitárias para candidatos provenientes de escola pública e auto identificados como de etnias específicas, foi quase consenso do grupo que na sociedade brasileira não havia discriminação racial, opinião com a qual não concordo, porém optei por silenciar.

Enquanto observadora, eu poderia ter sentado fora da roda, em um canto da sala, mas tenho a nítida impressão que minha experiência de participação em rodas de conversas no movimento da educação popular e na minha própria atividade de preceptoria com estudantes de Medicina, me impediu de assumir esta postura distanciada, além do próprio acolhimento do grupo, que sempre buscava me incluir nas atividades.

Nesta perspectiva, incluo em várias instâncias dos resultados a descrição de minha própria experiência na preceptoria em cenários de atenção básica em outra instituição acadêmica, nos últimos seis anos. Integro uma equipe de quatro docentes (todos com formação em saúde coletiva, mas com graduações diversas) numa disciplina do segundo período de um curso médico no Rio de Janeiro que atua em cenários de atenção básica do SUS. Além de discutir com os estudantes a temática dos programas de saúde existentes nas unidades básicas de saúde, desenvolvemos a proposta de “*Projetos de Trabalho*”¹⁰⁷. Esta proposta pedagógica tem como objetivo fomentar o diálogo entre as transformações que acontecem na sociedade, nos alunos e na própria educação, construindo relações mais significativas entre os serviços de saúde e o aparelho formador (ALBUQUERQUE & MACHADO, 2003). Esta linha de trabalho tem como principais tônicas repensar a missão institucional, eleger temas para investigação e no trajeto desta que é sempre

¹⁰⁷ No ano de 1996, participei de um seminário realizado na Universidade de Barcelona sobre Projetos de Trabalho, coordenado por Fernando Hernandez. Atualmente participo de um grupo de investigação relacionado ao Centro de Estudios sobre el Cambio en la Cultura y la Educacion (CECACE), que desde 2001 faz parte do Parque Científico de Barcelona e, é dedicado à compreensão dos fenômenos vinculados às transformações e emergências nas sociedades contemporâneas relacionadas com a cultura e a educação. Foi constituída uma rede internacional de pesquisas sobre narrativas de experiências educacionais inovadoras (há experiências na formação de profissionais de saúde), incluindo a América Latina (<http://www.cecace.org>, acessado em setembro de 2006).

Exemplo da aplicação na educação médica da metodologia construtivista “Projetos de Trabalho”, sistematizada pelo pesquisador-educador catalão Fernando Hernández da Universidade de Barcelona: ao longo do semestre, cada grupo (10 alunos) com seu respectivo preceptor, permanece um turno semanal em uma unidade de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, tendo como referência a identificação junto à gestão, aos profissionais, e à população local de uma situação para qual haja interesse investigativo. Os estudantes são apoiados na elaboração de um projeto de pesquisa participativa, problematizando situações cotidianas vivenciadas no local. São estimulados à busca ativa do conhecimento, a integrar a reflexão sobre a prática aos demais eixos curriculares do período (ciências humanas e biológicas), à reflexão sobre o modelo assistencial e os programas existentes, ao trabalho no coletivo, ao desenvolvimento de habilidades comunicacional e de escrita, à participação comunitária e à escolha de práticas educativas inclusivas. Ao final do período, os resultados das investigações são discutidos com a comunidade profissional e de usuários e apresentados para os demais grupos de estudantes. Em muitas situações, já vêm sendo observadas mudanças positivas na organização da atenção, nas relações estabelecidas entre as diferentes culturas institucionais envolvidas e na própria atitude do estudante (ALBUQUERQUE & OUTROS, 2004).

singular, aproximar a escola à vida cotidiana (HERNÁNDEZ, 1998).

Para interpretar os papéis desempenhados pelos diferentes atores participantes dos cenários estudados frente à proposta da parceria na educação médica, utilizei tanto a estratégia indutiva, a partir das percepções e termos relatados por cada entrevistado, e a dedutiva, buscando as relações entre os relatos destes e os conceitos e *insights* provenientes da literatura sobre o tema e da minha própria experiência. Sendo assim, é importante que as situações descritas sejam contextualizadas, para que o próprio leitor também possa fazer suas considerações. Identifico que a análise dos dados oriundos do trabalho de campo teve um caráter dialógico, ou seja, construcionista. Estabeleci um diálogo entre a minha própria experiência na preceptoria e a observação no trabalho de campo (destas outras experiências afins), incentivando, na medida do possível, os leitores a seus próprios *insights*. A estrutura do texto entremeará o formato narrativo sobre a experiência do trabalho de campo com alguns registros analíticos.

O processo de interpretação (*espiral da interpretação*) é concebido, então, como um processo de produção de sentidos.

“A análise inicia-se com uma imersão no conjunto de informações coletada, procurando deixar aflorar os sentidos, sem encapsular os dados em categorias, classificações ou tematizações definidas a priori”.

(SPINK & MENEGON, 2000, p. 106)

No processo de análise de uma pesquisa já existem categorias apriorísticas, antes mesmo da ida ao campo, mas estas não devem ser impositivas. Há um confronto possível entre os sentidos construídos no processo de pesquisa e de

interpretação e aqueles oriundos da familiarização prévia com o campo de estudo. É deste confronto que emergem as categorias de análise.

Como MINAYO (1989) propõe, foram feitos dois movimentos distintos e indissociáveis: o da compreensão do sentido daquele testemunho em seu conteúdo interno, e outro de analisar seus determinantes externos, isto é o contexto sócio-histórico do grupo social que está sendo pesquisado.

A partir da leitura repetida dos relatos (leitura flutuante da transcrição de gravações, dos dados da observação participante, do material das entrevistas, e os documentos), busquei apreender as estruturas de relevância dos depoimentos e das narrativas coletadas, as idéias centrais transmitidas sobre os temas levantados. Só mais adiante após possibilitar a emergência de novos sentidos, a organização do material foi feita segundo os principais temas relatados, visando às categorias previamente selecionadas e a articulação destas às categorias constituídas durante o processo de pesquisa. Não houve grandes confrontos em termos das categorias emergentes no processo da investigação.

As categorias apontadas a partir da revisão da literatura de educação médica e a minha própria experiência no campo foram: parceria, vínculo, cuidado, integralidade, intersectorialidade, negociação, participação, ensino ativo, aprendizagem significativa, problematização, inovação, inclusão e educação permanente.

As categorias que emergiram na análise do material de campo ou que receberam mais ênfase neste foram: trajetória, diversidade, desterritorialização, contextualização,

criatividade, motivação, comunicação, transformação, avaliação formativa e integração curricular.

O potencial de exteriorização (generalização) de pesquisas que analisam experiências não é a reprodução mecânica dos aspectos positivos encontrados nestas, visando à proposição de modelos. Ao invés de propor definições sociais ou leis culturais, o mais interessante deste tipo de investigação é possibilitar ao leitor fazer conexões e analogias entre certas particularidades que emergem na análise da experiência estudada, com outras em outros contextos.

São questões que nortearam esta pesquisa, na abordagem das experiências estudadas: Como vincular o aluno de forma crítica, responsável e útil quanto ao aprimoramento do modelo assistencial? Como utilizar o potencial da universidade para investir na *educação permanente* dos profissionais do serviço e outras parcerias com os serviços e as comunidades assistidas, visando à melhoria da qualidade da formação, da assistência e de vida?

As novas diretrizes curriculares orientam o papel do aluno como futuro sujeito de transformação. O aparelho formador estará apto a contribuir para esta premissa? Quais são os caminhos que as experiências estudadas apontam?

Ao iniciar o trabalho de campo eu tinha a premissa, a qual foi reforçada no decorrer do mesmo, que a mudança na formação em saúde avança na *sustentabilidade* das inovações, quando experiências com iniciativas concretas na perspectiva da integralidade têm oportunidades de dialogar entre si, potencializando a emergência de novas proposições.

CAPÍTULO 5

- RELATO E ANÁLISE:

**A TECELAGEM COTIDIANA NO CAMPO DA
SAÚDE, DIALOGANDO COM EXPERIÊNCIAS NA
FORMAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA.**

5.1_TRAJETOS E TRAJETÓRIAS.

... Meio dia, ao contrário da última ida ao campo¹⁰⁸, o sol estava escaldante. Por desconhecimento me dirigi ao ponto de ônibus errado, no sentido inverso do terminal. Sede, calor e expectativa por chegar me assolavam. Conteí com a gentileza de um vendedor ambulante que me indicou a localização do terminal e a plataforma. Retornei os mil metros, catando os poucos locais no caminho que tinham sombra e finalmente descobri que a imponente construção ao estilo boulevard era o tal terminal.

Muitas pessoas no vai e vêm, sons musicais concorrentes das barracas dos comerciantes... , a sensação de aventura me bateu. Tive talvez nostalgia, da época das viagens ao nordeste, quando mais jovem a minha bagagem era uma mochila. Acabei fazendo uma associação com as reflexões da pesquisa, mais uma vez percebo que a observação de campo já se inicia no trajeto. A importância de transitar nas diversidades das realidades e contextos sociais, para estar mais aberta à compreensão do universo que é a assistência pública à saúde. Fiquei pensando que a maioria dos meus alunos da escola privada médica que trabalho não tem costume de andar de ônibus, inclusive ocorreram várias situações que estes estudantes disseram não andar de ônibus por considerar um transporte inseguro e desconfortável. Algumas vezes, houve a tentativa de justificar a ausência na aula e reivindicar o abono da falta, pelo fato do colega que dava carona não poder ir aquele dia (isto era mencionado da forma mais “natural” possível). Houve uma vez, que uma aluna falou que sua mãe lhe proibia de andar de ônibus. Confesso que aquilo me causava certa irritação, mas eu procurava contextualizar e problematizar a questão, conversando com os estudantes. Refletia também sobre como eu lidava com a autonomia de deslocamento na cidade de meu filho de 13 anos, que era muito diferente de como meus pais procederam quando eu tinha a idade dele. Será que a classe média mais favorecida (que é a origem

¹⁰⁸ Na aula anterior, devido à chuva intensa e à localização da unidade de atenção básica ser em área com descontinuidade do asfalto e da pavimentação, o que provocava frequentemente alagamento e poças de barro, o encontro dos estudantes com os preceptores foi transferido para o campus da faculdade. Os alunos foram avisados na manhã do mesmo dia da mudança, havendo tempo para tal, pois a aula era no período da tarde. Eu também consegui me informar previamente, pois no trajeto para o local, liguei para o celular do preceptor para confirmar a minha ida, tendo sido possível redirecionar o trajeto. Este foi meu primeiro contato com esta turma do segundo período.

do grande contingente de meus alunos) está criando seus filhos ainda com mais segregação do que há 30 anos? Que repercussões teria isto para um estudante de Medicina que fosse exposto já no início do curso a se defrontar com situações de assistência na atenção básica do SUS, aonde a maioria dos usuários são pessoas de outros grupamentos sociais?

Lembrei da minha ida diária para a Ilha do Fundão, no tempo de estudante, quando eu tinha apenas 18 anos. Eram outros tempos, mas como a experiência do transporte coletivo havia sido significativa na minha adolescência, ainda que criada em Ipanema nos idos anos 70, tive oportunidade de presenciar diálogos entre os demais passageiros moradores de outras regiões da cidade e observar cenas pouco freqüentes na zona sul carioca daquela época, como insuficiência de infra-estrutura urbana e a lida diária da sobrevivência dos trabalhadores que batiam ponto, os subempregados e os desempregados [...].

[...] final de tarde e da atividade no campo, fui para o ponto de ônibus, lá encontrei com o grupo de estudantes do segundo período de Medicina que eu observara. Comecei a conversar com a professora auxiliar na preceptoría, que também aguardava a condução. O ônibus não demorou tanto, estranhei que todo mundo, inclusive os estudantes, entrassem pela frente sem passar pela roleta, só eu paguei a passagem e a professora mostrou seu passe de terceira idade. Depois, já sentada no ônibus, um estudante me contou que existia uma ordem do tráfico atuante na área, para que os moradores daquele pequeno bairro periférico não pagassem passagem no coletivo.

(Diário de Campo, 16 de novembro de 2006)

Durante o trabalho de campo, tive a oportunidade de conversar em vários momentos com alguns estudantes dos grupos observados. Um tema frequentemente tratado nestas conversas, foi como tinha sido para cada um o processo de escolha da profissão médica e o ingresso no curso. Percebi que

grande parte dos estudantes já residia no Rio de Janeiro, no entanto havia alguns jovens que vieram de outros estados na intenção de prestar vestibular para estudar naquela universidade. Foi o caso de uma aluna do grupo do terceiro período, natural de uma pequena cidade no litoral baiano, viera para o Rio de Janeiro para fazer o curso preparatório para o vestibular três anos antes. Na primeira tentativa, não conseguira passar para a universidade pública em questão, sendo aprovada no curso médico de uma instituição privada. Como a família não dispunha dos recursos necessários, não ingressou na escola para qual havia sido aprovada, tendo estudado e trabalhado meio expediente para custear sua estadia até a aprovação que aconteceu no vestibular do ano seguinte. Esta aluna relatou a grande luta que travou para estar naquele momento cursando medicina numa instituição pública. Observei que esta estudante era bastante participativa nos debates entre os alunos e os respectivos preceptores, que aconteciam após a atividade prática na unidade, sendo afirmativa nas críticas à postura dos profissionais que não cumpriam a carga horária de trabalho, à falta de material e de medicamentos, dentre outras situações que sinalizavam inadequação na assistência.

No grupo do segundo período, chamou-me atenção um aluno que demonstrava bastante interesse nas atividades desenvolvidas no cenário de prática, tinha iniciativas positivas, pesquisava no intervalo entre as aulas sobre os temas tratados, incentivava aos colegas a participarem. Tomei conhecimento que ele morava próximo à universidade e que seu pai era médico e também conhecido do preceptor do grupo.

O grupo do segundo período teve a oportunidade também de escutar, algumas vezes, o relato da tímida estudante paraguaia que viera ao Brasil para estudar Medicina ao narrar

sobre a pobreza e as dificuldades enfrentadas pelas populações dos “chacos” para conseguir assistência à saúde.

É interessante remarcar a heterogeneidade existente nos grupos de estudantes observados, embora todos tivessem idades bastante próximas (18 a 21 anos), havia experiências de vida diferenciadas. Estas diversidades tornam-se mais visíveis na convivência nos cenários de prática de grupos menores de estudantes com suas respectivas preceptorias. A riqueza está na maior possibilidade dos preceptores incentivarem nestes cenários de ensino e aprendizagem, a criação de espaços para a reflexão coletiva e a expressão das singularidades existentes. Fato este, mais difícil de ocorrer nos grupos maiores nas disciplinas preponderantemente teóricas, ou nas disciplinas que tenham atividades práticas, mas que não favoreçam uma interação mais dialógica entre os estudantes e destes com seus professores.

Através das entrevistas realizadas com um dos preceptores¹⁰⁹ (eram dois por grupo) de cada grupo, pude conhecer as trajetórias profissionais respectivas. O docente do terceiro período tinha ingressado no ano anterior no departamento, no último concurso, quando então veio viver na cidade da universidade, antes morava em outro estado. Em torno de 45 anos, psicólogo, com doutorado em saúde coletiva, tinha experiência prévia acadêmica, tanto em pesquisa como ensino. Nos últimos anos, havia se dedicado a projetos de reorganização da assistência à saúde em unidades e redes regionais na perspectiva do acolhimento e da democratização da gestão e do processo de trabalho em saúde.

¹⁰⁹ Preceptor(a) é todo(a) profissional de nível superior que atua na docência e supervisão de alunos de graduação no campo em questão (serviços básicos de saúde), podendo ou não ter vínculo empregatício com a faculdade, sendo ou não contratado como professor.

A preceptora auxiliar do terceiro período, era uma jovem médica que estava no terceiro ano da residência na área de saúde pública e havia se graduado na mesma universidade. Tinha uma boa experiência na atenção básica daquela região, inclusive era também preceptora de um outro grupo do quarto período em um centro de saúde local, na qual havia desenvolvido atividades assistenciais e de planejamento nos dois primeiros anos da residência. Apesar de sua vinculação positiva à proposta de investimento na formação nos cenários de atenção básica do SUS e sua boa interação com o grupo de estudantes na Policlínica, a mesma só permaneceu na preceptoria até o meio do semestre, pois fora chamada para tomar posse como médica de família em outra cidade (na qual morava), por aprovação em concurso público realizado no ano anterior.

O docente do segundo período vinha de uma formação médica mais tradicional, graduado em 1977 na mesma universidade que lecionava.

_ “Fiz a Residência de Clínica Médica, na época, que era uma residência mais geral e minha prática inicial foi mais assistencial, mas logo fiz concurso para o Departamento de Medicina Clínica. Trabalhei como professor de Clínica Médica na área do Hospital Universitário, por oito anos. Até que por assumir responsabilidade no ensino, no ambulatório do hospital, comecei a lidar com as pessoas e também por experiências prévias, pelo próprio curso de graduação, felizmente eu já tinha algumas experiências de inserção na comunidade, eu tive oportunidade de ter aulas no antigo posto que era uma espécie de posto-escola... foi uma experiência muito interessante, que me fez primeiro entender esta relação com a comunidade, a coisa da aproximação de algo extra-muros, de uma atividade da universidade”.

“[...] por outro lado eu sempre tive, pela própria formação mais de cunho pessoal, da questão da trajetória de vida, um questionamento sobre a questão da equidade, da questão da injustiça social. Quando eu também fazia parte do quadro do antigo INAMPS, ajudei a implantar o Serviço de Emergência em um hospital geral situado em bairro nobre e me incomodava o fato dos pacientes da favela próxima não terem entrada naquela unidade. Então tudo aquilo, a gente vai acumulando [...] uma série de experiências, em que eu fui me aproximando um pouco mais do campo da Medicina Social. Até que eu resolvi fazer o Mestrado em Saúde Coletiva nos anos 90/91. Aí na volta do mestrado, eu fiz esta transição, para o Instituto de Saúde da Comunidade, saindo do Departamento de Medicina Clínica. Com isto eu comecei a trabalhar com a graduação, com as disciplinas da graduação e com o currículo novo de Medicina, que foi implantado na primeira metade dos anos 90. Havia participado de várias discussões para a implantação do currículo novo, acompanhei bastante a questão das diretrizes curriculares, então me interessava por demais que o currículo novo desse certo”.

(Entrevista realizada em 30 de novembro de 2006)

Tive pouco contato com a outra preceptora do segundo período, pois nas seis vezes que fui ao campo, ela só esteve presente em duas e nestes respectivos dias não houve oportunidade de realizar uma entrevista mais formalizada. Nas conversas breves que foram possíveis nos intervalos das atividades com os estudantes, nos dias que nos encontramos, eu soube que ela já fazia parte do quadro de docentes do departamento ligado à saúde coletiva há mais de dez anos e não era natural do Rio de Janeiro, tendo passado parte da sua vida no Nordeste.

Pude perceber que apesar das experiências profissionais diferenciadas dos três preceptores entrevistados, eles já traziam da época de estudante questionamentos frente ao modelo

biomédico e estavam implicados na luta pela mudança da formação médica.

Nas entrevistas realizadas com as gestoras das duas unidades, cenários de prática dos grupos que acompanhei, tomei conhecimento que a direção da Policlínica era ocupada por uma assistente social, que residia na mesma cidade, era especialista em educação e saúde, tendo sua trajetória profissional voltada principalmente para saúde do trabalhador e saúde mental. Há alguns anos teve a experiência de ser professora visitante em curso de graduação de Serviço Social e pretendia desde então cursar o mestrado profissional em saúde coletiva na área de planejamento e gestão. A presença da universidade na unidade foi apontada como uma forma de aproximação para o seu retorno à academia. Um fato marcante na sua trajetória de vida foi um processo de adoecimento grave que a afastou do trabalho no início de 2000, tendo retornado dois anos após, a convite do Secretário Municipal de Saúde para dirigir uma unidade básica de saúde próxima ao local onde a policlínica seria construída. Na unidade básica teve a oportunidade de conhecer com detalhamento a região e participar de fóruns comunitários de saúde, nos quais um dos temas debatidos foi a definição do perfil assistencial da Policlínica que foi inaugurada em 2005. As propostas sinalizadas para a Policlínica era que essa viesse a ser um pólo regional para assistência à deficiência e à terceira idade.

A diretora da unidade básica, onde o segundo período desenvolvia suas atividades, estava no cargo há dois anos, era odontóloga, lecionava num curso de graduação de Odontologia (outra universidade) e também atuava no seu consultório particular no período noturno e no final de semana. Residia em outro município. No seu relato, disse ter conhecimento da importância na trajetória de trinta anos da unidade, da presença

da universidade no cotidiano da atenção, porém revelou que esta integração teria sofrido um dissenso nos últimos anos e que era sua intenção voltar a investir nesta aproximação.

Durante o tempo que acompanhei os dois grupos, pude observar alguns momentos de interação dos estudantes com usuários das respectivas *unidades-cenários*. Valorizei na observação como no processo de ensino, aprendizagem e cuidado, os preceptores e os estudantes tratavam as histórias de vida relatadas pelos assistidos.

O segundo período trabalhou com o tema do envelhecimento e desenvolveu atividades com um grupo de idosos e alguns estudantes tiveram oportunidade de fazer visita domiciliar a idosos da comunidade assistidos pelo preceptor, que era clínico da unidade e atendia no turno da manhã. Uma das atividades interativas com o grupo de idosos foi uma oficina de memória realizada na escola municipal vizinha ao centro de saúde, tendo sido convidado um outro professor do Departamento da Saúde da Comunidade, médico com habilidade literária reconhecida na universidade, para a coordenação da mesma. Foi bem interessante observar as falas na roda composta pelos estudantes, os idosos e os preceptores, da qual também participei. Houve oportunidade de conhecer um pouco mais, além das histórias pessoais, a história da localidade. A partir da leitura de uma crônica de Ferreira Gullar sobre reminiscências de sua infância, emergiram imagens suscitadas pelos antigos moradores do bairro. A origem do povoamento há cerca de sessenta anos, quando então a paisagem era de roça, com noites escuras iluminadas por nuvens de vaga-lumes. A chegada do bonde, a construção da via rodoviária, os bichos de estimação que povoaram as vidas daquelas pessoas, todas estas lembranças envolveram a roda numa atmosfera poética. Muitos participantes estenderam seus relatos a terras longínquas, como o casal de

portugueses e os nordestinos procedentes de diferentes cidades interioranas e litorâneas. Os estudantes mantiveram mais uma atitude de escuta, ainda que poucos tenham se exposto e contado de si. Pude perceber que embora o objetivo inicial da oficina tenha sido incentivar os idosos a exercitar a memória e a lidar melhor com as dificuldades decorrentes dos lapsos desta, outro sentido foi sendo construído no desenrolar da atividade, o de uma maior aproximação entre os diferentes integrantes da respectiva roda.

Poucos estudantes do grupo do segundo período tiveram oportunidade de participar de uma visita domiciliar acompanhando o preceptor, já que não havia estrutura para tal (o distanciamento das atividades desenvolvidas pelos módulos de PSF em relação ao centro de saúde e a própria autonomia do preceptor na unidade em relação à assistência domiciliar de seus pacientes e o uso do próprio carro para deslocamento para áreas não tão próximas). Já no final do semestre letivo, pude acompanhar o preceptor e dois estudantes na visita a dois pacientes assistidos no ambulatório de clínica do centro de saúde, que necessitavam de cuidados especiais e estavam com mais dificuldades para comparecer à consulta na unidade.

O trajeto de carro pelo bairro encharcado pela chuva, com uma arquitetura popular assimétrica de casas com “puxados” em tijolos expostos que cresciam desordenadamente entre terrenos *desarborizados*, nos remetia a vida árdua de seus habitantes na luta diária pela vida.

[...] os dois alunos escolhidos colocaram os jalecos, eu também o fiz, e saímos com o preceptor para as visitas domiciliares. Os outros alunos, que permaneceriam no centro de saúde, foram orientados pelo preceptor a lerem e discutirem um texto recentemente publicado no Globo, do Roberto da Matta, sobre poder e saber. Foram distribuídas cópias.

Não fiz registro em ato nas visitas, achei que não seria adequado. Registrarei aqui o que ficou de mais significativo. Continuava chovendo, barro pelo caminho, fomos de carro. O preceptor explicou que escolheu 2 pacientes em locais onde era mais tranquilo. Após rodarmos pelas ruas do bairro, atravessamos uma grande via. Na realidade era uma estrada, onde, segundo o preceptor, ocorreram atropelamentos de pacientes seus. Fiquei sabendo que uma das senhoras que tinha estado no último grupo, costumava caminhar desde lá até o posto. O preceptor disse que iríamos primeiro visitar uma senhora diabética, que tinha tido erisipela, mantendo úlceras de perna sérias. Tinha sido cuidada em casa por sua filha e ele próprio com a ajuda de uma interna (estudante de medicina do último período do curso) realizava os curativos diários. Ele tinha feito tudo para evitar a internação, pois sabia que na idade dela a hospitalização geralmente cronificava mais ainda a situação, com risco de escara, infecção hospitalar, etc...

Quando chegamos ao local da casa, o carro ficou estacionado na parte de baixo, era uma “pirambeira danada” para subir e escorregadia, não havia local para se apoiar (imaginamos como a velha senhora, que gostava muito de dar suas saídas à rua para vender AVON, fazia). Não tive tanta dificuldade para subir, mas a descida foi incrivelmente difícil (depois conto adiante). Chegamos ao topo na casa, a filha nos recebeu simpaticamente, tudo na casa tinha um visual de cuidado, limpo e jeitoso, porém não havia medidas de segurança ou de facilitação da autonomia para uma pessoa idosa (estes comentários não foram explicitados no interior da casa, mas posteriormente já no carro quando conversamos sobre a visita). A senhora (paciente) estava sentada no sofá da pequena sala. O preceptor apresentou todos, os estudantes ficaram a vontade, também procuraram conversar, embora ele próprio tenha conduzido mais a conversa. Eu permaneci mais silenciosa. A filha nos contou que havia ido ao Hospital Universitário para pegar remédio, na Farmácia Universitária

(preços mais em conta), mas que lá apesar da receita lhe venderam uma medicação com posologia diferente. O preceptor posteriormente comentou da importância da orientação da prescrição. A filha disse que faz doces sob encomenda e que a mãe costuma quando ela sai, pegar alguns na geladeira. Durante nossa permanência lá, outro filho que também mora na casa apareceu, mas não se manifestou muito após cumprimentar-nos. O preceptor então procedeu ao exame clínico, auscultou o tórax e examinou os membros inferiores da paciente, fez algumas orientações, pediu para que a levassem ao posto no dia seguinte. Depois, nos despedimos (me lembrei muito da minha experiência em Tiradentes/MG, no primeiro ano após a graduação, quando também me enveredava pelas estradas de barro para visitar uma velha senhora com erisipela, fazia o curativo, ainda ganhava um bocadinho de prosa e cafezinho com bolinho). *Chuviscava* na descida, meus sapatos eram inapropriados e foi muito difícil chegar ao carro, tive que pedir ajuda ao jovem estudante e em alguns momentos quase escorregamos.

No carro, o preceptor fez mais alguns comentários sobre a visita e a história da paciente, principalmente da sua vontade de continuar vendendo AVON e de todo o esforço que foi fazer os curativos diários. Retornamos ao outro lado da grande via, foi perceptível o risco no entroncamento, carros em alta velocidade e grande fluxo. Havia passarela para o pedestre, mas não próxima. Rumamos para a segunda visita domiciliar (a primeira havia tomado por volta de meia hora) e o preceptor contou a respeito do caso. Casal de idosos, cuja mulher era mais velha e iniciou quadro demencial, sendo cuidada pelo esposo. No mês anterior, ela teve uma queda em casa e foi assistida no pronto socorro do Hospital Geral Regional. O médico que a atendeu não investigou possível fratura de fêmur, a qual se confirmou dias após com a intervenção do preceptor. Estavam tentando “agilizar” a cirurgia para que a paciente não agravasse o quadro com escaras. Chegamos ao local da casa, o preceptor nos disse que antes da queda, o próprio marido levava todo o dia a mulher para caminhar na beira da rua (que não tinha calçada) e tinha sozinho levantado (construído) a casa de baixo, nas suas horas de folga do trabalho, para facilitar a vida da esposa. Tocamos a campainha e chamamos várias vezes na porta, embora escutássemos a voz lá de dentro (talvez falando ao telefone), o senhor demorou a nos atender. Um cachorro ladrava e provavelmente o senhor não esperava aquela visita. Quando nos atendeu, pareceu surpreso, mas receptivo. Não entramos na casa, conversamos no portão

mesmo. O senhor (60 a 70 anos) tinha um semblante cansado, disse que tinha passado a noite com a esposa no hospital, que esta estava internada há alguns dias a espera da cirurgia no Hospital Universitário. Lá não tinha poltrona para acompanhante e que ele tinha que passar a noite numa cadeira. Ele estava tentando ver se a filha ficaria naquele dia. O preceptor se mostrou preocupado com a demora na realização da cirurgia, falou que iria tentar visitar a paciente no hospital e ver o que poderia fazer. O senhor ficou bastante agradecido pela atenção do preceptor. Voltamos para o carro e o preceptor fez comentário das dificuldades da rede assistencial para assistir tais casos, como havia perda de oportunidade para prevenir as complicações dos danos em idosos.

Voltamos para o posto, os demais alunos disseram que leram o texto, que ficou por ser discutido na aula seguinte. O preceptor e os estudantes que foram às visitas, comentaram de forma sintética a experiência. O estudante que me apoiou na descida da pirambeira da primeira casa, contou da nossa quase queda no barro. Pareceu-me que os que não foram gostariam muito de ter ido.

Trecho do Diário de Campo, 30 de novembro de 2006.

A oportunidade de problematizar a trajetória dificultosa da população para ter acesso à assistência à saúde e, a impressão marcante que ficou da percepção distanciada dos profissionais que atuam nas unidades hospitalares em relação à realidade de vida das pessoas que assistem, foram fatos identificados como significativos pelos estudantes que tiveram a vivência destas duas visitas domiciliares.

No estudo realizado na Policlínica, pelo grupo do terceiro período sobre a assistência prestada a um rapaz paraplégico, os estudantes ficaram muito mobilizados pela insuficiência e baixa qualidade do registro no prontuário deste. Tomaram a iniciativa, com a concordância dos preceptores, de solicitar um encontro

presencial com o paciente, para conhecê-lo e com ele constituir informações sobre a sua trajetória pessoal, antes e depois do ferimento por projétil de arma de fogo que o incapacitou, cinco anos antes. Percebi como os estudantes estavam indignados diante das inadequações ocorridas no processo assistencial deste paciente, a mecanização e a falta de resolutividade dos diferentes níveis pelos quais ele passou. A estudante escolhida para conduzir a entrevista do grupo com o paciente, o fez de forma bastante acolhedora, valorizando os aspectos emocionais, a militância dele na defesa de seus direitos, as expectativas trazidas por ele na perspectiva de retomar sua vida produtiva e o seu desejo de desenvolver habilidades em marcenaria, que foi mencionada como um possível caminho para geração de renda. Os estudantes ficaram impressionados com a força de vida trazida pelo relato do paciente da sua luta diante de um sistema de saúde “despreparado e omissos”¹¹⁰. Ainda assim, o paciente conseguiu evoluir e recuperar o movimento dos membros superiores, tendo recebido apoios isolados neste percurso. Esta entrevista contribuiu para que fosse traçada com a gerência da unidade e os profissionais envolvidos na assistência, uma rede de ações necessárias ao projeto terapêutico deste paciente, que incluía *intersectorialidade*, interdisciplinaridade, responsabilidades da equipe e políticas públicas que necessitavam ser efetivadas.

Uma maior abertura aos universos dos usuários do serviço de saúde, a valorização das histórias de vida destes e o desenvolvimento da habilidade para uma comunicação mais

¹¹⁰ Um fato significativo, observado pelos estudantes no próprio dia da entrevista, foi que apesar da Policlínica ter sido escolhida para ser uma unidade de referência para assistência à deficiência física e à terceira idade, não havia rampa e nem outras adaptações no espaço físico, necessárias à circulação de *cadeirantes* e idosos com restrições de movimento. Foram os próprios estudantes que carregaram o paciente e sua cadeira de roda para o andar de cima, onde havia a possibilidade de privacidade para a entrevista com o grupo. O paciente veio sozinho à entrevista e para chegar à unidade, enfrentou cerca de três quilômetros, com alguns declives, impulsionando sua própria cadeira de rodas no trajeto da residência à unidade de saúde.

significativa no processo de cuidado, certamente necessita incorporar novas metodologias formativas. Como recontextualizar o ensino da anamnese¹¹¹ médica tão norteada pela “objetividade” que fragmenta, remodela a queixa do “paciente”, *desubjetiva, assujeita*, retira as impressões mais pessoais do relato, encobre referências culturais e descontextualiza, de forma a dirigir a história ao enquadramento mórbido? Quais trajetórias são necessárias para a gestação de um pensamento médico que recupere o humano, na sua *unipluridialeticidade*¹¹², no processo do cuidado?

Deslocamentos e *desterritorializações* do que é instituído e cristalizado são necessários para que novas práticas formativas e assistenciais sejam instituídas. A abertura para que diversidades culturais e histórias de vida se expressem no processo do cuidado, requer criatividade e espontaneidade. É neste devir, onde trajetos e trajetórias se encontram que é possível estabelecer novas conexões, reconstituir sentidos e potencializar autonomies e compartilhamentos. Ainda que dispositivos de controle e poderes de resistências atravessem este processo, há porosidades que possibilitam o manifesto do contra-hegemônico, na tessitura de outros trajetos e trajetórias para a cultura formativa e assistencial médica.

¹¹¹ “O relato dos padecimentos feito pelo doente à cordialidade inquisidora do médico” (TORGA apud AURÉLIO, 1986).

¹¹² “Todo ato humano é a cada vez totalmente biológico e totalmente cultural” (MORIN, 1989, p.71).

5.2 _ CONTEXTOS E CONTEXTUALIZAÇÕES.

Se diante de diversidades sociais e culturais há o desafio da *desterritorialização*, isto é o estranhamento do que é mais familiar *desnaturalizando* referências habituais, a contextualização invoca um olhar insistentemente cartográfico. Ambos os movimentos trazem a perspectiva de uma leitura mais crítica da realidade. A realidade então é tomada como uma construção histórica e social.

Neste sentido, contextualizar é *desbanalizar* o olhar. Olhar o entorno com profundidade cultivando-se um olhar reflexivo, que busca conhecer o que é estranho e questiona o que é rotineiro. No desenho do contexto¹¹³, são mapeadas conexões internas e externas “atualizando” novas leituras da realidade. O agir reflexivo no campo da prática produz a *práxis* que transforma intencionalmente a realidade.

Incentivar os estudantes a uma leitura mais cuidadosa da realidade e proporcionar a estes oportunidades de construção coletiva na contextualização das situações vivenciadas nos cenários de prática são passos iniciais para a metodologia da problematização.

¹¹³ O contexto é aqui tomado como conceito de muitas fronteiras (geográfica, cultural, histórica, política, econômica, dentre outras), embora as delimitações e demarcações sejam também dinâmicas e momentâneas.

5.2.1_ No cenário observado do centro de saúde, segundo período.

Na minha primeira ida ao centro de saúde, os estudantes já tinham estado lá duas vezes. Não era o meu primeiro contato com aquele grupo de estudantes¹¹⁴, pois já havia sido apresentada a este na aula da semana anterior que tinha ocorrido no campus da universidade, por motivo de chuva intensa. Não foi possível estar com eles no cenário de prática desde o início, porque eu havia aguardado o contato prévio da coordenação do departamento, o que não ocorreu (o que também contribuiu para que eu perdesse a oportunidade de ter contacto prévio com a coordenação do período). Por iniciativa própria, procurei o preceptor e apresentei a proposta de minha pesquisa, que foi imediatamente acolhida.

Tomei ciência através do preceptor que nas duas primeiras idas dos estudantes à unidade básica, além das atividades de apresentação, havia sido organizado e realizado um seminário com convidados da gestão da Secretaria Municipal de Saúde para discutir o trabalho a ser realizado com os idosos assistidos no serviço. A idéia do preceptor era chamar a atenção dos gestores locais para uma maior efetivação das políticas públicas voltadas para a terceira idade naquele município. Alguns estudantes, na aula anterior no centro de saúde, acompanhados pela outra preceptora (professora do departamento, mas sem vínculo profissional com a unidade), também foram à casa de idosos que residiam próximos da unidade, em áreas menos

¹¹⁴ A turma do segundo período estava dividida em sete grupos, cada grupo por sua vez era composto em média por doze alunos (o grupo observado por mim tinha quatorze). Sob a supervisão de uma dupla de preceptores, cada grupo tinha uma temática investigativa no campo da promoção de saúde, podendo ficar alocado em diferentes cenários como unidades básicas da secretaria municipal de saúde, ongs, centros comunitários, dentre outros, na cidade na qual estava localizada a universidade. Os grupos de alunos eram formados por afinidades e as unidades (com os respectivos preceptores) eram sorteadas por grupo. A temática do grupo que observei foi envelhecimento.

vulneráveis para conflitos do tráfico¹¹⁵. Nesta visita, aplicaram um instrumento de avaliação funcional individual dos (as) idosos(as) e os(as) convidaram para participar das oficinas que seriam preparadas pelos próprios estudantes. O tema da saúde da terceira idade foi escolhido para nortear as ações que seriam desenvolvidas na unidade por aquele grupo do segundo período. Tal tema tinha íntima relação com a experiência profissional do preceptor e sua atuação enquanto clínico na unidade.

“[...] cheguei ao centro da saúde por volta das 14 horas e encontrei alguns estudantes do grupo na entrada. O preceptor, que já estava na unidade desde o período da manhã, pois atendera seus pacientes, chamou-nos (eu, alunos e alguns idosos que estavam aguardando) para um lugar com sombra, na parte atrás da unidade. Reparei que as instalações eram antigas e necessitavam obras de manutenção. Dois cartazes manuscritos sobre inscrição na Bolsa Família estavam afixados na parede. Um funcionário situado na parte superior e não visível da escada, gritara um nome. Achei bem esquisito, haja voz (do profissional, total risco de doença ocupacional), além do que como a maioria dos pacientes era idosa, havia grande probabilidade de déficit auditivo. Transitavam entre nós, vendedores com bonecos

¹¹⁵ Muitas vezes pude perceber o poder do tráfico na área do centro de saúde, embora durante o período que desenvolvi o trabalho de campo, eu não tenha presenciado diretamente nenhuma situação mais contundente. Mas a presença deste poder paralelo era clara, na gratuidade imposta ao sistema de transporte coletivo no interior do bairro, bem como o relato da própria direção da unidade. No ano de 2005, por diversas vezes o centro de saúde teve que interromper suas atividades em horário de funcionamento devido aos tiroteios e inclusive por ordem expressa que circulou na comunidade para o fechamento dos estabelecimentos comerciais e da própria unidade de saúde.

Não posso afirmar que esta temática não tenha sido problematizada com os estudantes no primeiro contato destes com a unidade, pois eu não estava presente. Durante o período que acompanhei o grupo, apenas uma vez observei o preceptor referir-se de forma muito breve ao fato, pois procuraria levar os estudantes para realizar visita domiciliar em áreas onde o tráfico estivesse menos presente.

Esta problemática também ocorreu no curso médico, no qual atuo como preceptora. Estudantes do primeiro período, que desenvolviam atividades de promoção em saúde numa ONG, que prestava apoio às crianças assistidas em um hospital da área, costumavam realizar visita domiciliar às famílias assistidas, residentes em uma comunidade de favela vizinha. Com a concordância das famílias e a divulgação da atividade na comunidade, os estudantes eram acompanhados na visita domiciliar pela preceptora e também por representantes comunitários. Esta atividade tinha como objetivo, o levantamento dos recursos necessários para a melhoria dos ambientes de moradia para as crianças com história repetitiva de internação hospitalar por asma brônquica. Após constrangimento sofrido por um grupo, em que um dos estudantes havia sido abordado por traficantes que queriam que este comprovasse a sua identidade, ainda que o representante comunitário tivesse rapidamente intercedido, não havendo nenhuma ameaça a integridade física do estudante, o conselho acadêmico do curso decidiu suspender tal atividade.

enormes de pelúcia e outros ambulantes, que nos abordavam oferecendo as mercadorias, uma cena com características bem populares. Fora os camelôs barulhentos, havia duas a três pessoas sentadas próximas, que poderiam ser pacientes aguardando algum tipo de atendimento. Observei que os alunos não demonstraram nenhuma estranheza em relação ao cenário, provavelmente por já terem estado naquele local outras vezes (talvez, este meu olhar curioso quanto à reação dos alunos, estivesse um tanto contaminado pela experiência com meus próprios alunos, pois mais de uma vez observei por parte destes, gestuais e ouvi comentários sobre a estranheza perante as cenas presenciadas nos cenários).

Enquanto aguardávamos a chegada dos integrantes do grupo de idosos para a oficina que aconteceria na escola, o preceptor comentou comigo um pouco da história da unidade, que esta deveria ter 30 anos de existência, que no início tinha a função do acompanhamento ambulatorial dos pacientes do hospital que estava localizado na vizinhança, que na época era especializado. Posteriormente, tinha sofrido uma reforma quando foi construído o pequeno anexo onde estávamos, tendo passado a atender outras doenças e ganhou o setor de documentação médica e outras salas administrativas. Atualmente, na parte da frente, estavam as três salas do PMF”.

(Diário de campo, 16 de novembro de 2006).

Ao centro de saúde estavam acoplados três módulos de saúde da família, inclusive as equipes respectivas utilizavam áreas físicas contínuas no mesmo prédio. Logo no início da minha observação, percebi que havia dificuldades administrativas para a integração das atividades desenvolvidas por estes dois modelos assistenciais. Apesar das três áreas correspondentes de atuação das equipes do PMF estarem localizadas no bairro de abrangência do centro de saúde, a própria diretora da unidade informou que mesmo com o esforço investido para o trabalho em conjunto, havia questões tênues traduzidas no cuidado gerencial para não intervir na “seara” dos outros serviços.

O movimento de usuários na unidade não era tão intenso nos momentos em que estive presente, porém esta característica é usual ao turno da tarde nos serviços de atenção básica. Como as atividades do grupo observado no cenário de prática, aconteciam justamente neste turno, só identifiquei momentos de interação dos estudantes com a população assistida nas oficinas específicas agendadas com o grupo de idosos e nas duas visitas domiciliares realizadas pelo preceptor e uma dupla de estudante, que acompanhei.

Em relação à interação com os profissionais da unidade, foram poucos momentos que pude constatar algum nível de aproximação dos estudantes com estes: quando era necessário solicitar ao pessoal administrativo apoio para conseguir algum recurso ou certificar que uma sala estaria disponível para a aula e, no dia da oficina com os idosos na escola, quando a diretora, uma agente administrativa e a assistente social foram convidadas a participar. Não tive a oportunidade de presenciar nenhuma interação com os demais médicos ou com outras categorias profissionais do quadro funcional da unidade.

Um fato significativo era que o preceptor, além de docente da universidade, também fazia parte do quadro profissional da unidade. Era no turno da manhã, que ele assistia no consultório da unidade, fazia as visitas clínicas domiciliares a seus pacientes (na maioria, idosos) moradores da área, além de supervisionar os estudantes que desenvolviam o internato naquela unidade. Esta vinculação parecia ser decisiva para aquele formato de inserção dos estudantes na unidade e possivelmente repercutia na pouca dependência por parte da preceptoria em relação a articulações com demais profissionais, para que as atividades programadas com os estudantes acontecessem. Se por um lado, era positivo o grau de conhecimento do preceptor em relação às rotinas da unidade,

por outro o fato dos estudantes não atuarem em atividades multiprofissionais e/ou interdisciplinares limitava também a exposição destes às situações em que a integralidade poderia ser “concretamente” problematizada. É possível que a não exposição dos estudantes às atividades interdisciplinares já fosse também resultado destas serem pouco difundidas ou mesmo inexistentes na unidade.

Dialogando com a minha própria experiência de seis anos de preceptoria em unidade básica, nesta foram poucas as vezes que tive a oportunidade de participar com os estudantes de Medicina de projetos integrados a outras graduações na área da saúde. Nas vezes que isto pode ocorrer, a iniciativa para tal foi dos respectivos preceptores (não houve uma articulação entre as coordenações acadêmicas dos cursos envolvidos e não havia de fato um projeto pedagógico institucional com esta perspectiva), as experiências foram ricas no sentido da troca entre os estudantes, os docentes e a população participante. Os estudantes de Medicina do segundo período conjuntamente aos estudantes do quinto período de Serviço Social de outra universidade que estagiavam no centro municipal de saúde (cenário de prática do grupo da Medicina) desenvolveram um projeto relacionado aos adolescentes residentes na área de um centro municipal de saúde, no qual foram realizadas oficinas nas escolas públicas do bairro com temas escolhidos pelos próprios escolares. O fechamento semestral do projeto, além do fortalecimento de uma rede de apoio local aos adolescentes (ongs, oficinas de arte, geração de renda, escola promotora de saúde, sinal verde no centro de saúde, esporte e cultura) incluiu a *grafitagem* do muro da unidade de saúde com ilustrações sobre os temas trabalhados nas oficinas (afetividade, sexualidade, corpo, saúde, prevenção da violência, direitos e responsabilidades, maternidade, paternidade, dentre outros) com a participação de artistas locais, dos estudantes de Medicina e

de Serviço Social. A apresentação final do trabalho na universidade para o restante da turma do segundo período e outros professores do curso contou com a presença dos escolares, que também tiveram oportunidade de comentar a experiência e ainda manifestarem-se através de suas produções artísticas (poesia, música e pinturas). Houve também uma visita supervisionada dos escolares interessados em conhecer o campus da universidade, com autorização devida dos responsáveis, na qual foi possível a estes a ida a alguns laboratórios e conversarem com professores e estudantes do curso de medicina.

Quanto a pouca freqüência de experiências de convivência nos cenários de prática entre estudantes dos diferentes cursos de graduação em saúde, distintamente dos projetos de extensão universitária que têm maior possibilidade em reunir docente e estudantes de diferentes cursos, as grades curriculares dos cursos apresentam-se frequentemente amarradas a horários poucos flexíveis. A própria estrutura departamental, da maioria das graduações da área da saúde, limita a integração tanto horizontal e vertical de cada curso, como deste com os outros cursos da área da saúde e afins.

Por sua vez, o trabalho profissional interdisciplinar ainda é um grande desafio no cotidiano assistencial dos programas existentes na unidade básica. Tanto os profissionais da universidade como os dos serviços de saúde necessitam desenvolver competências e habilidades para o trabalho em equipe de forma integrada.

Retornando ao cenário estudado, apesar do respectivo centro de saúde ser tradicionalmente campo de prática da universidade em questão, não dispunha de uma sala específica para as aulas, nem dos recursos pedagógicos que se mostraram

necessários durante minha observação (como retro-projetor, data-show, terminal de microcomputador disponível para uso dos estudantes; acesso à internet; dentre outros), ainda que estas atividades pudessem ser realizadas no campus da universidade, a necessidade deste espaço no cenário de prática se apresentou durante a minha observação. As discussões teóricas que muitas vezes antecediam as atividades práticas, nas quais uma dupla de estudante ficava incumbida de apresentar um artigo científico previamente indicado pelo preceptor, foram realizadas em uma pequena sala da administração, único local com microcomputador. O monitor do computador era utilizado na intenção que os demais estudantes pudessem visualizar o material preparado, o que na maioria das vezes não era possível. Nesta sala estreita, não existiam cadeiras suficientes e nem havia espaço para a permanência de todos, mesmo de pé. Além de não ter ventilação adequada, ainda tinha que comportar o trânsito dos funcionários do setor. Embora, estes aguardassem em outro local durante as atividades dos alunos na sua sala, frequentemente tinham que atender ao telefone e utilizar o aparelho de fax, localizados ambos no canto oposto da porta de entrada. Percebi que o referido desconforto prejudicava o rendimento das discussões e gerava dispersão, houve até uma estudante que ao sentir-se mal devido ao calor, não pode permanecer na sala e foi necessário que alguns colegas a levassem para aferir a pressão arterial (que estava dentro dos parâmetros normais).

Na minha prática de preceptoria, enfrentei também diversas vezes dificuldades para alocar os estudantes nos cenários de atenção básica, como falta de sala para as discussões, de locais para guardarem as mochilas (frequentemente pesadas com livros-texto de Medicina), de acesso a bebedouros e sanitários. Este problema só pôde ser resolvido quando teve um acordo mais efetivo entre a

coordenação acadêmica da universidade e a direção da unidade, sendo feita a atualização do termo de convênio interinstitucional. Nesta situação específica, o fato de alguns dos preceptores serem do quadro funcional da unidade facilitou a mediação entre os dois gestores (foram estabelecidas contrapartidas da universidade como: o fornecimento de cadeiras para os estudantes; microcomputador com acesso à internet para utilização pelos estudantes nas pesquisas que emergem no cenário de prática, bebedouro, dentre outros materiais didáticos para as atividades na unidade).

Muitas vezes, presenciei nos fóruns de educação médica, a utilização do argumento que os serviços de saúde não apresentavam condições ideais para a acomodação dos estudantes pelos grupos que criticavam a proposta de inserção desde o início do curso e contínua dos graduandos nos cenários de ensino e aprendizagem do SUS. Tendo em vista que grande parte das unidades dos SUS não dispõe de locais adequados para atividades de educação (continuada e/ou permanente), cabe interrogar se o pouco espaço existente (físico e organizacional) para o investimento na formação e no desenvolvimento profissional nos serviços de saúde não está também relacionado à ausência da universidade no fomento de uma cultura médica mais reflexiva e comprometida com a qualificação da assistência pública.

Na terceira ida àquele campo, pude observar este debate sendo travado pelos próprios estudantes e a preceptoria, a partir do mote da atribuição assistencial da unidade básica e a relação desta questão com a formação do profissional de saúde:

[...] a aluna “faltosa”¹¹⁶ disse que ninguém sabe o que a unidade básica faz, nem os próprios profissionais e que até aquele momento, os profissionais eram formados para trabalhar em hospitais.

O preceptor ilustrou a discussão relatando que anteriormente tinha vacina no hospital universitário, porque o curso de enfermagem não queria ir para as unidades básicas: _”Até pouco tempo, nós não fazíamos BCG aqui, até que a gente conseguiu treinar uma técnica para tal. É preciso criar uma cultura também na população para que esta busque mais a unidade básica, pois muitas situações não necessitariam se ser atendidas no pronto-socorro ou na hospital universitário...”

Um aluno (que costumava provocar polêmica no grupo)¹¹⁷ disse que o próprio hospital universitário deveria ter atendimento primário, secundário e terciário, para que os estudantes não tivessem que se deslocar. A maioria dos demais alunos se manifestou contrariamente a esta afirmação. Apenas a aluna que havia mencionado a não definição da competência assistencial da unidade básica, disse ver sentido no que o colega havia falado. Outros argumentaram que o dia a dia da vida da população não estava no hospital universitário e sim nos locais próximos às moradias das pessoas que são os que necessitavam de fato daquela assistência.

O preceptor lembrou a discussão que participou naquela manhã na semana científica sobre o Internato. O hospital universitário só tem um turno de ambulatório,

¹¹⁶ Substituí os nomes dos estudantes presentes no registro do diário de campo, por características apresentadas por estes na cena observada, para cumprir com o acordo do anonimato estabelecido através do termo de consentimento e na conversa contratual com o grupo observado, antes do início da pesquisa. Estou ciente que a qualificação atribuída por mim para identificar os diferentes atores muitas vezes, já traz implícita a minha própria interpretação da situação.

Neste caso a característica de “faltosa” se relacionava ao fato da aluna frequentemente faltar à aula, com a justificativa de doença (que era diferente a cada vez). O preceptor havia previamente comentado comigo que pretendia encaminhar a estudante ao Núcleo de Apoio Psicopedagógico do curso, pois identificava que ela apresentava dificuldades de atuação no cenário do centro de saúde (não especificou quais seriam estas). A participação do estudante no programa de orientação psicopedagógica existente na faculdade não era obrigatória, era aberta a quem se interessasse e/ou fosse indicado pelos professores.

¹¹⁷ Acabei associando a este o adjetivo “polêmico”, nas minhas anotações. O significado atribuído ao termo “polêmico” tem mais uma conotação de *descontextualização*, do que de contribuição à emergência da diversidade de opinião, mas este é também um julgamento de valor por minha parte (no papel de observadora), que merece ser *relativizado* pelo leitor.

então o aluno do Internato só via o paciente uma vez nos 4 meses que ele ficava no ambulatório e não via o retorno deste.

O aluno “polêmico” retrucou: _”Então coloca um posto de saúde ao lado hospital universitário e um PMF também. O que a gente está fazendo aqui, poderia estar fazendo no hospital universitário. São atividades interessantes mas poderiam acrescentar mais[...].”

Os outros alunos se agitaram com a discussão, até falaram que isto poderia ser bom para a comodidade deles próprios, mas não para os assistidos.

O aluno “polêmico” persistiu defendendo o seu ponto de vista: _”Eu tenho que aprender, isto é o mais importante[...].”

Outros alunos: _” Você vai ficar muito fechado no hospital [...].”

O preceptor brincou e disse que ia esperar o aluno “polêmico “ ser diretor [...]

Um outro aluno (o filho de médico) comentou: _ “ Eu sou de uma idéia completamente contrária, deve-se descentralizar mais”.

O “polêmico” continuou: _” Quero completar a minha idéia, tudo bem pode ter duas vias, mas o meu argumento é que o Hospital Universitário deve ser a nossa escola”.

O preceptor voltou a encaminhar a questão: _ “A grande diferença é que o seu colega começou a falar, aqui você está vendo as pessoas na realidade delas. A situação muda, no consultório no hospital, o paciente fica fragilizado. Isto é ideologia, ou se acredita ou não. Se eu quero ir fazer uma visita domiciliar ao idoso, significa apostar na prevenção e na promoção. Daí, você vai cair na questão da política [...]. Dona Lina tem fibrilação atrial, colo irritado e tremores, ela usa cinco remédios. O cardiologista dela, não sabe que ela tem um jardim que adora e, que cuidar de suas plantas é uma grande motivação para sua vida. O tempo da consulta

no hospital universitário não favorece este tipo de conhecimento e aproximação da vida do paciente”.

O aluno “polêmico” voltou a falar que o hospital universitário tem que ser completo. O aluno que defendia a descentralização pontuou que mais que uma questão curricular, esta questão deveria ser tratada de forma a levar em conta o bem estar da população.

A aluna “faltosa” mais uma vez defendeu o ponto de vista do colega polêmico, mas falou o que ele queria era utopia. A mesma aluna disse que o trabalho de campo do primeiro período havia sido inútil, mas que deste, ela estava gostando mais:

– “Este contato é legal, mais seria mais produtivo se fosse para frente”.

O preceptor explicou o currículo: – “A idéia é que você no quinto e no sexto período participe de atendimento clínico, mas que já no primeiro ano do curso conheça diferentes realidades de vida dos usuários do SUS e dos serviços de saúde [...]”

O aluno que defendia mais firmemente estar na unidade básica falou que a prática e a teoria são importantes desde o início: – “Agora a gente está estudando, não tem como ser diferente”

Outra aluna falou que o primeiro semestre, quando ela estava na maternidade, tinha sido produtivo.

O aluno polêmico tentou interferir mais uma vez e o preceptor pediu para que ele escutasse um pouco os demais colegas.

O preceptor disse que na experiência dele, o aproveitamento do cenário de atenção básica dependia muito do interesse do aluno. Deu o exemplo que alguns alunos do oitavo período, que estavam sob a sua supervisão naquela mesma unidade, não apareciam. Em sua opinião, estes alunos faltosos não tinham nem como aproveitar o campo. Falou que não era papel do preceptor investir em quem não estivesse interessado:

–” Nós temos a complexidade entre ensinar no fazer e entre teoria e prática. No currículo novo, você precisa observar a realidade das pessoas. Quando a gente atende este volume de pessoas, percebemos a necessidade de se providenciar os recursos. Veja a questão da demência nesta cidade, o instituto de referência tem que ter equipe multiprofissional. A atenção fora da saúde, contribuiu para me capacitar para isto. Na própria metodologia do Médico de Família, há uma discussão com a população das ações intersetoriais necessárias. Este posto de saúde não tem uma praça, não tem área de lazer. Isto é importante, tem a ver com saúde. Porto Alegre e Vitória têm mérito por isto. Isto é qualidade de vida. Precisa ter ações que não só dependam da área da Medicina, ações intersetoriais. Isto não pode ter nunca no hospital universitário. A Policlínica tem uma proposta de desenvolvimento para esta área. Este centro de saúde tem características que são diferentes de outras unidades básicas da cidade. Uma forma é estar perto da realidade local, identificar necessidades. Há por exemplo a proposta de hospital dia do Ministério da Saúde[...]

O preceptor voltou-se então para a aluna paraguaia perguntou: –” Quando você voltar para a sua terra, o que você faria se fosse chamada para ser a secretária de saúde, posto de saúde ou hospital?

A aluna paraguaia respondeu: –” Posto de saúde [...]

(Diário de campo, 28 de novembro de 2006)

Mobilizar a expressão de opiniões diversas é um recurso pedagógico bastante rico, pois possibilita ao estudante situar-se diante de uma problemática exercitando o seu potencial argumentativo (de negociação) e auto-reflexivo, além do desenvolvimento da sua habilidade de escuta. Ainda que as situações polêmicas nem sempre sejam superadas pelo consenso, lidar com opiniões distintas também é uma aprendizagem interessante à formação médica. De certa forma, a percepção de diferenças exige um olhar mais aberto, que seja curioso no rompimento de fronteiras rígidas, revelando aspectos culturais e

sociais no que antes se entendia exclusivamente como natureza e certeza. Tal perspectiva aproxima-se a uma racionalidade menos (bio)reducionista na abordagem das questões da saúde.

5.2.2_ No cenário observado da policlínica, terceiro período.

Segunda ida à Policlínica:

Aproveitei que cheguei cedo e dei um giro na área de maior movimento, aonde os usuários aguardavam o atendimento. O turno da tarde tinha muitas pessoas, mas sem tumulto. A maioria aguardava sentada e algumas circulavam. Observei e anotei os cartazes nas paredes e murais, enquanto a preceptora auxiliar¹¹⁸ encaminhou as duplas de estudantes (devidamente de jaleco) aos setores para observação da assistência (decidi não acompanhar os estudantes diretamente nesta atividade, pois os espaços já eram pequenos, além do que já era meio constrangedor ter pessoas além do médico no consultório, assistindo à consulta). Foram vários momentos, nos quais a escala planejada tinha que ser mudada, pois alguns médicos acabavam o atendimento antes da chegada do estudante (turno começava às 13:00 e o médico já havia ido embora às 14 horas – o que foi motivo de espanto para os estudantes, que comentaram no momento da discussão, a falta de compromisso com o horário do profissional) e que algumas vezes, o(a) médico(a) (a pediatra daquele dia, por exemplo) não era simpático(a) à observação do estudante (alegando que não tinha tempo para orientar e ensinar durante a consulta). Outro setor, que naquele dia também não se mostrou tão acolhedor, segundo a fala posterior dos estudantes, foi o de curativos (enfermagem), pois a profissional que lá estava não foi simpática, segundo os estudantes muitos funcionários não sabiam qual era a função deles (estudantes) e quais eram os objetivos das suas observações. O profissional da Pneumologia também estava ausente.

Quanto às anotações realizadas a partir dos murais do primeiro andar da unidade, a Comunicação Visual não era decididamente organizada (não observei nenhum usuário lendo, pode ser que contribuísse para o “desinteresse” a falta de uma apresentação que motivasse a leitura). Havia cartazes de cartolina confeccionados pelo Programa do Idoso (Serviço Social), alguns cartazes padronizados do Ministério da Saúde e Orientação para Inscrição no Programa de Bolsa Família.

(Diário de campo, 19 de junho de 2006)

¹¹⁸ Neste dia, o preceptor não estava presente, havia avisado na aula anterior que teria um compromisso acadêmico na outra universidade onde era pesquisador associado.

Na primeira parte da aula no cenário da policlínica, os estudantes estavam divididos em duplas, sendo que cada uma estava escalada para acompanhar uma “unidade de produção”¹¹⁹. Após o término da observação (que durava em torno de sessenta minutos a noventa minutos, dependendo do volume de pacientes que aguardavam para ser atendidos), as duplas de estudantes e os preceptores se reuniam no andar administrativo da unidade, para discutir o que havia sido significativo na observação e a partir das situações trazidas eram problematizados os fluxos assistenciais e a efetividade da assistência observada.

Após a observação das unidades de produção e um pequeno intervalo, as duplas de alunos e a preceptora fizeram uma roda para discussão a qual, me juntei. Todos os doze alunos estavam presentes. Dois alunos comunicaram que teriam que sair antes do término da aula, pois tinham Iniciação Científica às 16 horas na faculdade.

A dupla que ficou no Serviço de Agendamento, relatou que o movimento oscilou, mas foram poucos casos. Teve encaminhamento para ortopedia e as especialidades mais procuradas foram cardio e dermatologia. Houve também solicitações de exames. Ocorreram situações mais complicadas de pedido de atestado médico, mas os estudantes não as descreveram, só citaram o problema. Comentaram que existiam muitos pacientes esperando para fazer ECG. A preceptora pontuou que deveria haver critérios e prioridades.

A dupla que ficou na gineco disse que o médico era atencioso com as pacientes. Assistiram a três consultas e acharam interessante a ausculta do batimento cardio-fetal (BCF). Houve uma consulta também de revisão do exame de mamografia. Uma gestante estava sentindo muita dor, mas o médico não constatou

¹¹⁹ Unidade de produção é um termo utilizado na metodologia de construção do fluxograma descritor, que corresponde aos espaços produtores de assistência na unidade de saúde. “O fluxograma permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da assistência à saúde, e permite a detecção de seus problemas” (FRANCO, 2004, p. 165).

nenhuma alteração no exame físico e prescreveu Buscopan®. A preceptora aproveitou para comentar sobre o Programa de Pré natal, número de consultas esperadas, etc... Os estudantes comentaram da lista de espera para agendar o Preventivo, a unidade ainda estava sem material para realizar este. A preceptora perguntou se eles sabiam como era a distribuição de insumos na Secretaria de Saúde, como chega o material lá e porque falta [...]. A questão ficou colocada.

A preceptora falou sobre a necessidade de associar aquelas questões à análise do Fluxograma (anteriormente, havia sido indicada a leitura de artigo sobre o tema). Pediu para que relacionassem a organização da assistência às questões da qualificação da escuta e da relação com o usuário.

Uma aluna, que ficou na dupla da Farmácia, diz que o remédio era mal distribuído. Havia problemas da validade da medicação estar perto de expirar. A preceptora falou da listagem básica de medicamentos dos programas. Perguntou para os estudantes, como eles observaram as reações das pessoas quando eram informadas que não havia a medicação prescrita e a forma como o funcionário respondeu ao usuário. A dupla que observou naquele dia, diz que o funcionário foi atencioso, mas outros alunos disseram que no dia que ficaram na Farmácia presenciaram ruídos e falta de informação clara para os usuários.

Uma dupla não fez a observação naquele dia por problemas em relação à ausência do profissional e comentou que muitos funcionários não sabiam quem eram eles. “Em geral, nos tratam bem, mas há um desconforto”. A preceptora explicou o processo complexo da aproximação, que era uma unidade nova. Enfatizou que caso o funcionário não estivesse disposto a contribuir, que não deve haver insistência na observação.

Alguns estudantes disseram que quem os tratava melhor era a enfermagem, mas esta opinião não foi compartilhada por todos. Pontuaram a distância entre universidade e serviço. Se sentem como estranhos na unidade.

Outros aspectos negativos trazidos nas falas dos estudantes: o horário da Pneumologia é muito restrito e quando chegaram, o cardiologista já estava de saída.

A preceptora disse que mesmo esta dupla não tendo observado, era importante entender o processo de trabalho médico. _ “Será que os fluxos estão sendo atendidos? As pessoas faltam às consultas agendadas? ”

A dupla da vacinação, disse que o movimento foi pequeno. Ainda não havia BCG lá, esta vacina tinha que ser feita em outra unidade mais distante (minha observação de pesquisadora processando este material, como então captar para puericultura?).

Um estudante que estava no setor de agendamento comentou que o Hospital Universitário havia ligado para a unidade avisando que no dia seguinte um paciente iria se consultar lá. A preceptora remete à reflexão da hierarquização e integração da rede assistencial. Os estudantes recordaram a dificuldade de assegurar o agendamento dos pacientes da Policlínica no Hospital Universitário.

A preceptora chamou atenção, que a escuta é muito importante na observação, para desenrolar outras ações.

No setor de procedimentos de enfermagem, os estudantes observaram a nebulização das crianças. Não se fazia coleta de sangue em criança também na unidade. A preceptora comentou: _ “Será que é uma questão de recursos humanos? O profissional da coleta tem dificuldades com o procedimento em criança?”

Observaram um curativo, porém perceberam que o usuário para conseguir fazê-lo teve que passar por uma peregrinação. Passou por aquele setor anteriormente e havia sido dito a ele que não estava sendo realizado curativo naquele dia. O usuário voltou à recepção e foi reencaminhado ao lugar. A dupla achou que naquele dia, a profissional de enfermagem estava de má vontade.

Impasses com a pediatra, que a princípio não queria observação na sua sala. A direção explicou que não era para orientar os estudantes, daí a pediatra concordou que da próxima vez, uma dupla de estudante estaria na sua sala. A preceptora não aprofundou este ocorrido.

Um estudante associou o observado com algo discutido na aula teórica de Saúde e Sociedade no semestre anterior: _” A questão da *territorialização* tendo como referência o local da moradia, parece que isto não acontece tão bem”.

A preceptora teceu elogios sobre a atuação dos estudantes na atividade da aula anterior. Os estudantes haviam entrevistado a diretora da unidade sobre o caso de um paciente paraplégico¹²⁰. Foram planejadas também as atividades da aula seguinte.

A aula terminou por volta das 16:15, todos foram para o ponto de ônibus.
(Diário de campo, 19 de junho de 2006).

Na minha experiência de preceptoria, costumo observar que os estudantes, mesmo nos períodos iniciais do curso, ficam mais motivados para estar nos cenários de atenção básica, quando têm a oportunidade de assistir às consultas clínicas, mas nem sempre isto é possível. Para que isto aconteça de forma produtiva e menos desconfortável para os profissionais responsáveis e os pacientes assistidos é necessário que uma relação de confiança e parceria seja construída. Esta situação “ideal” depende muito da forma como a gestão da unidade apresenta para a comunidade institucional (profissionais e usuários) a proposta das atividades desenvolvidas pelos estudantes e seus respectivos preceptores. Demanda também do(a) preceptor(a) habilidades comunicacionais sensíveis às questões micropolíticas da unidade, pois muitas vezes uma

¹²⁰ O estudo deste caso mais complicado tinha sido solicitado pela própria gestão da unidade, para que o grupo da universidade pudesse contribuir na qualificação assistencial ao paciente. Os preceptores e os estudantes do terceiro período aceitaram este desafio, tendo a proposta de construir com a gestão, os profissionais envolvidos e o próprio paciente um projeto terapêutico mais amplo e efetivo.

atitude menos acolhedora do profissional à presença dos estudantes está associada a contrariedades oriundas do próprio processo de trabalho.

A construção da parceria (de fato) coloca para a universidade (e seus representantes) uma mudança da atitude histórica hegemônica frente ao campo da prática em serviço, que não se reduz a assinatura de convênios¹²¹ (ainda que esta seja necessária). Relações menos verticais e de compromisso mútuo vão sendo construídas na convivência cotidiana. São necessários espaços mais participativos na rotina do serviço para que sejam discutidos e pactuados projetos de transformação do processo de trabalho e de formação na perspectiva da integralidade.

Tive conhecimento que, no semestre anterior, antes do início das atividades com os estudantes na Policlínica, o preceptor havia realizado uma oficina, a convite da direção, com um grupo de profissionais da unidade sobre acolhimento. A impressão da direção é que o interesse despertado por esta atividade no grupo participante, facilitou a entrada do preceptor na unidade. No entanto, a impressão que tive durante o período de observação deste cenário foi que era necessária a ampliação de fóruns mais participativos e que estes não deveriam ficar restritos apenas ao grupo de apoio gerencial.

A proposta para o semestre seguinte sinalizada pelo preceptor para desenvolver com este mesmo grupo de estudantes (que então estaria no quarto período) seria investir mais no

¹²¹ O convênio entre a universidade em questão e a Secretaria Municipal de Saúde estava sendo revisto. Nenhum dos preceptores e dos gestores entrevistados tinha clareza sobre o mesmo. Foi dito por todos que o convênio existente era antigo e precisava ser atualizado. Quanto à contrapartida da universidade, todos os entrevistados disseram que esta não era material e que o esperado seria o investimento na educação permanente dos profissionais de saúde. No entanto, os mesmos entrevistados comentaram que a política de educação permanente naquele município ainda era incipiente.

diagnóstico da área (o núcleo de vigilância ainda não estava implantado, o sistema de informação e a documentação médica existentes eram precários e desorganizados). A idéia era que a partir dos levantamentos e da organização das informações gerenciais e populacionais, houvesse incentivos para que fóruns de debates internos sobre os programas existentes e a organização da assistência prestada acontecessem, assim como o estabelecimento de redes intersetoriais para cuidar dos problemas da população local. Tal proposição é afim ao que é recomendado pela política de educação permanente, que merecia maior atenção por parte da universidade e da secretaria municipal de saúde daquela cidade.

A vinculação dos estudantes às atividades propostas pela parceria com o serviço e a comunidade assistida certamente se beneficiaria pela continuidade do grupo no mesmo cenário de prática, para além do semestre curricular. Poucos cursos médicos no Brasil vinculam seus estudantes ao acompanhamento de uma família residente na área de abrangência do cenário de atenção básica, durante todos os seis anos de graduação. Experiências que facilitem o estudante de medicina desenvolver vínculo e compromisso são transformadoras, mesmo que estas oportunidades ocorram em cursos cujos currículos não prevejam a inserção no mesmo cenário de atenção básica ao longo de toda a graduação. Ter como perspectiva a resolutividade das ações e a tomada de decisão mais compartilhada é um avanço para uma formação médica sintonizada com a integralidade.

5.2.3-No cenário que sou preceptora, centro de saúde, segundo período.

Como havia comentado anteriormente, a minha leitura do que observei nas duas experiências acompanhadas no campo tinha como referência importante a minha própria experiência de preceptora. Neste sentido, penso ser importante explicitar um pouco mais este lugar de observadora, relatando minha própria experiência. Farei um relato sintético de um projeto de trabalho desenvolvido por um grupo de estudantes que eu orientei num centro de saúde, localizado em região metropolitana, a partir da solicitação da gestão da unidade para que tivesse como tema o Programa de AIDS. Embora os objetivos *elencados* pelos estudantes no projeto apresentado para a equipe gestora do serviço fossem “pretensiosos” para serem alcançados durante o semestre que estariam lá, a contextualização do cuidado prestado aos pacientes soropositivos, além das questões específicas, permitiu problematizar vários aspectos da assistência como um todo na unidade.

Objetivos:

.

1) Geral

- Contribuir para o aperfeiçoamento e qualificação do programa de AIDS na unidade

2) Específicos:

- a. Organização do arquivo de cadastro do programa (óbito, mudança de endereço, tempo de ausência da unidade).
- b. Atualização das inscrições no sistema de informática do setor de farmácia na unidade.
- c. Organização das fichas de Investigação Epidemiológica.
- d. Revisão da integração entre o programa de tuberculose e AIDS na unidade.
- e. Conhecer a percepção dos profissionais envolvidos no programa de AIDS e de pacientes assistidos em relação ao funcionamento do programa.
- f. Identificar se os pacientes inscritos estavam orientados quanto a direitos específicos
- g. Incentivar a integração das ações dos diferentes setores e das diferentes categorias profissionais envolvidas na assistência do paciente HIV soropositivo.
- h. Conhecer a dinâmica do grupo de recepção existente na unidade
- i. Mapear redes de apoio locais a pacientes soro-positivos e seus respectivos familiares

Trecho do texto redigido do projeto de trabalho realizado por um grupo do segundo período

Neste projeto foi possível identificar a dificuldade de fixação de infectologista no Programa o que suscitou o interesse dos estudantes para conhecer a política de recursos humanos no SUS. Foi abordada também a dificuldade do trabalho

interdisciplinar nos programas de saúde na unidade básica tendo em vista o modelo assistencial ter características predominantes de pronto-atendimento, sendo necessárias decisões gerenciais no sentido da reorganização de fluxos e da *humanização* da assistência. Do ponto de vista da trajetória da epidemia de AIDS foi possível problematizar ainda conceitos enraizados dos estudantes em relação aos “chamados grupos de comportamento de risco”, para uma visão de vulnerabilidade. Outra questão importante foi a orientação quanto à realização de pré e pós aconselhamento no caso da solicitação de testagem para HIV, sendo salutar este tema na problematização dos direitos do paciente de ter informação sobre o seu processo de cuidado e participar na elaboração de seu projeto terapêutico. Os estudantes constataram surpresas que apesar de alguns pacientes do Programa de AIDS serem acompanhados também pelo Programa de Tuberculose, estes dois setores e seus respectivos profissionais não se comunicavam entre si, não havia discussão em conjunto dos casos e os registros no prontuário eram desorganizados a ponto de cada setor ter elaborado um registro paralelo (e isolado) para si. A partir do levantamento realizado pelos estudantes dos prontuários dos pacientes que eram assistidos nos dois programas, a gestão da unidade convocou um fórum para a integração destes dois setores.

Alguns estudantes do grupo que trabalhou com o tema da AIDS no centro de saúde, pelo interesse suscitado na referida investigação, participaram do Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV / AIDS, que acontece anualmente no Rio de Janeiro. Esta experiência foi apontada por eles como bastante rica. A oportunidade da exposição de estudantes de Medicina, no início da graduação em experiências nas quais as vozes dos usuários sejam valorizadas é um ganho para uma formação médica cidadã.

Embora houvesse um esforço de minha parte no sentido na articulação para uma maior participação dos profissionais dos programas estudados nas propostas de investigação, isto não acontecia de forma ampliada. Os profissionais em geral estavam bastante capturados pelas rotinas de produção do serviço. O diálogo quanto à construção da investigação era feito principalmente com a coordenação de programa, algumas chefias clínicas e a direção. Nesta unidade, havia poucos grupos de atendimento coletivo com periodicidade mensal, no qual houvesse uma maior interlocução com os pacientes assistidos, como era o caso do grupo de hipertensos, o do incentivo ao aleitamento materno, o da terceira idade e o de apoio terapêutico aos que pretendiam parar de fumar.

Vale relatar, dentre os muitos projetos já desenvolvidos no período de seis anos que estou na disciplina, um que aconteceu em um centro de saúde, no qual um grupo de estudantes sob a supervisão de outra preceptora da disciplina, investigou a relação dos pacientes acompanhados no Programa Bolsa Família¹²² e as condições de saúde apresentadas por estes, para apoiar a unidade em uma ação mais qualificada para as famílias cadastradas.

A história das ações assistencialistas no país mereceu especial atenção por parte dos estudantes de Medicina, para que estes compreendessem a necessidade de paralelo às ações focais de apoio financeiro, de se constituírem ações intersetoriais e na

¹²² Implantado em 2004 (lei n 10836), em todo território nacional, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), na articulação intersetorial e à supervisão das ações governamentais para o cumprimento das “condicionalidades”. Pauta-se na articulação de três dimensões essenciais à superação da fome e da pobreza: promoção de alívio imediato da pobreza (famílias com renda mensal por pessoa de R\$60,01 a R\$120,00 e extremamente pobres com renda por pessoa de até R\$60,00), por meio da transferência direta de renda à família; reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de Saúde e Educação, que contribui para que as famílias consigam romper o ciclo da pobreza entre gerações; coordenação de programas complementares, que têm por objetivo o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários do Bolsa Família consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza (www.portaldatransparência.gov.br, acessado em 12/12/2006).

saúde que visem a sustentabilidade ao longo prazo destes grupos mais vulneráveis. Foram identificadas entre os inscritos, crianças e adolescentes com asma e problemas respiratórios agravados por problemas ambientais de moradia (sendo estes encaminhados para os pólos de asma regionais); gestantes adolescentes que necessitavam acompanhamento pré-natal diferenciado (no sentido mais amplo e interdisciplinar) e outras situações específicas. O acompanhamento e desenvolvimento das crianças assistidas foram priorizados no montante do atendimento da Pediatria, sendo construído um elo com as escolas locais (onde estudavam) através do Programa Escola Promotora de Saúde, e a divulgação das oficinas de Planejamento Familiar que aconteciam no centro de saúde.

Um cuidado necessário que deve estar presente no contato dos estudantes de medicina com a realidade assistencial e de vida das populações mais vulneráveis, assistidas na unidade básica de saúde, diz respeito à problematização dos pressupostos que levam a ampla *medicalização* da vida social e pessoal. A perspectiva da saúde enquanto campo ampliado de ação necessita dialogar com as demais políticas públicas, a exemplo da implantação de políticas educacionais mais efetivas na educação fundamental e média e políticas de emprego e geração de renda para os adultos da família dos escolares e a prevenção do trabalho infantil e do adolescente (quando a existência do último não está de acordo com os preceitos legais), no trato de grande parte do chamado “fracasso escolar” (fato recorrente entre as crianças e adolescentes assistidas no Programa Bolsa Família).

5.3 – CRIATIVIDADE E TRANSFORMAÇÃO: PARA UMA RACIONALIDADE MÉDICA COMUNICATIVA.

Desterritorialização e contextualização são dispositivos que impulsionam movimentos de transformação. Uma abordagem mais complexa das questões relacionadas à educação e à saúde suscitadas na prática do cuidado, necessita romper com os padrões fechados da análise biomédica e reciclar o fôlego comunicativo entre os diferentes campos de conhecimentos envolvidos. É na travessia das interseções entre saberes e práticas dos diferentes campos, que as inovações acontecem. Para uma prática educativa mais significativa na saúde, é necessário que os profissionais de saúde se permitam experimentar outros recursos na assistência, para além do modelo prescritivo. A previsão de espaços na rotina assistencial para que a criatividade¹²³ se expresse no processo educativo e do cuidado, possibilita a superação do uso instrumental da razão em prol de uma razão mais comunicativa e não descolada da afetividade.

Nesta pesquisa de campo, pude observar a preparação e o desenrolar de uma atividade dos estudantes do segundo período com o grupo de idosos. A metodologia da dramatização foi escolhida na aula anterior que ocorreu no campus da universidade. Após a leitura e discussão de uma matéria de

¹²³ Guilford (psicólogo da Universidade da Califórnia) e Lowenfeld (psicólogo da Universidade da Pensilvânia), trabalhando totalmente isolados, e em campos diferentes - o primeiro com ciência, o segundo na arte - chegaram a resultados coincidentes sobre o processo da criatividade. “Quando há mobilização de forças criativas num terreno, mobiliza-se ao mesmo tempo em outros terrenos e, geralmente, no âmbito humano como todo” (CASTANHO, 1982).

São oito critérios da criatividade selecionados por estes pesquisadores, envolvendo os domínios afetivos e cognitivos: 1) Sensibilidade aos problemas; 2) Estado de receptividade (pensamento aberto e fluente); 3) Mobilidade (capacidade de adaptar-se rapidamente a novas situações); 4) originalidade (propriedade suspeita pela ordem social e uma das mais importantes do pensamento divergente); 5) atitude de transformar e redeterminar; 6) análise (capacidade de abstração); 7) síntese (reunir vários objetos ou partes de objeto para dar-lhes um novo significado); 8) organização coerente (é por meio desta atitude que o homem e a mulher harmonizam seus pensamentos, sua sensibilidade, na sua capacidade de percepção com sua personalidade) (CASTANHO, 2000, p.83)

jornal sobre vigilância da mortalidade e morbidade na terceira idade¹²⁴ e, comentários sobre recente polêmica ecoada pela mídia, sobre direitos previstos no estatuto do idoso¹²⁵, o preceptor recomendou que os estudantes organizassem uma dinâmica educativa mais participativa para a atividade da aula seguinte com o grupo de idosos. A temática escolhida pelos estudantes foi envelhecimento e cidadania. Os estudantes combinaram se encontrar durante a semana para preparar os esquetes dramáticos.

¹²⁴ A matéria era de um jornal francês traduzido pelo preceptor, sobre uma epidemia de mortes de idosos numa região entre a França e a Itália, devido ao calor intenso do verão de 2003. O preceptor enfatizou que o episódio ocorreu em um país desenvolvido e chamou atenção para a situação das clínicas e pensionatos para idosos no Brasil. Ele também aproveitou para comentar a questão epidemiológica do envelhecimento da população brasileira.

¹²⁵ Foi debatido pelo grupo o episódio recente veiculado na mídia, do desrespeito das empresas de transporte ao direito, previsto no estatuto do idoso, à viagem gratuita interestadual para maiores de 60 anos. Este fato serviu como mote para que o preceptor propusesse a leitura comentada do estatuto do idoso, o que foi feito. Cada artigo foi ilustrado pelo relato do preceptor, de situações vivenciadas na sua prática na atenção à saúde dos idosos moradores na localidade do centro de saúde.

Grupo de Idosos (pacientes que estavam em acompanhamento clínico pelo preceptor no centro de saúde) realizado no auditório da escola pública vizinha:

[...] as cadeiras foram “rearrumadas” pelos estudantes. Sentamos em duas fileiras concêntricas no auditório, os lugares na frente foram reservados para os idosos. A diretora do centro de saúde compareceu à atividade portando uma filmadora. Havia cerca de vinte idosos, além dos quatorze estudantes, dos dois preceptores, da direção da unidade acompanhada por três funcionários e da monitora voluntária da oficina de artesanato (que alguns do grupo de idosos presentes participavam).

Após a rodada de apresentações, uma estudante conta para os idosos sobre os temas que serão abordados nos esquetes, remarcando que as cenas foram baseadas no que não deveria acontecer.

- Primeira cena: o cenário era um consultório, onde um personagem médico (bastante caricatural) não deu atenção à queixa e nem escutou a fala da paciente idosa (a estudante neste papel estava com talco no cabelo para que este parecesse grisalho). O médico (representado) chegou a ser grosseiro e “derespeitoso”, gritando com a paciente.

No final, os estudantes comentaram a cena dizendo que o médico deveria ter uma postura mais acolhedora e que incentivasse a confiança do paciente nele.

Um estudante perguntou: _“ Alguém já passou por isto? ”

Depois de um longo silêncio, uma senhora falou que já tinha sido assistida por um “médico nervoso”, que não a tinha tratado bem.

Os alunos afirmaram que caso isto acontecesse, que havia leis específicas para proteger a pessoa idosa e que era direito de todo cidadão ser bem atendido.

_ Segunda cena: o cenário era um ambiente domiciliar, onde uma senhora idosa estava assistindo televisão, até que chegou sua neta adolescente com as amigas. As mesmas acabaram com o sossego da idosa, se apropriaram da televisão e da pipoca que a avó havia preparado para seu próprio lazer e praticamente expulsaram a senhora da sala.

Os alunos voltaram a perguntar aos idosos se já havia acontecido aquilo com algum deles. Nenhum respondeu (pensei que seria muita exposição que alguém contasse uma experiência negativa como aquela, naquele primeiro encontro). Aí então uma aluna falou que os idosos necessitavam conhecer seus direitos (achei uma fala muito conduzida e de certa forma “infantilizando” os idosos, mas lembrei que eles ainda estavam no segundo período e que provavelmente o tom prescritivo era influência da cultura hegemônica formativa médica e a sua respectiva concepção “bancária” da educação e saúde).

Terceira cena: o cenário era um laboratório, onde um idoso aguardava para ser feita a coleta de exames. O idoso não foi orientado, apesar de ter perguntado, porque e para que estava sendo coletado o seu sangue (também achei bastante exagerada a representação da arrogância do profissional de saúde, além de ter sido usada uma faca como se fosse um instrumento de coleta). Já tinha observado inadequações do aluno polêmico que desempenhou o personagem do profissional de saúde, na aula anterior. Imaturidade? Os alunos tentaram passar uma mensagem sobre o direito à informação e ao tratamento com dignidade. (Não observei que o grupo dos idosos tenha ficado muito mobilizado pela dinâmica).

A quarta e última cena foi de uma fila, na qual as pessoas presentes não reconheciam a prioridade do idoso. No final da apresentação, os idosos não se manifestaram muito.

O preceptor ainda tentou puxar a discussão, falou “brincando”: “_”Acho que a presença da Direção, inibiu um pouco[...] . A mídia tem divulgado estas situações de descumprimento do estatuto do idoso”[...] Como o silêncio perdurou, o preceptor concluiu a atividade.

Foi combinado com os idosos que no próximo encontro do grupo, além das atividades educativas, seria também comemorado o aniversário de um deles, o que pareceu animar as senhoras. Alguns idosos, antes de partirem, procuraram o preceptor para consultá-lo sobre alguma questão referente ao seu acompanhamento clínico (exames, medicações, dentre outros).

Neste final de tarde, aproveitei a carona do preceptor para o centro da cidade. Percebi a sua preocupação quanto ao retorno da atividade educativa para os idosos, pois estes se deslocaram de sua casa e nem todos residiam tão próximo do centro de saúde (uma senhora de quase oitenta anos fazia o trajeto de três quilômetros a pé, tendo que atravessar uma rodovia, sem passarela próxima). Concordamos que apesar da pouca manifestação frente aos esquetes assistidos, os idosos demonstraram satisfação no relacionamento com os jovens estudantes e certamente laços de confiança requeriam mais tempo e cuidado.

(Diário de campo, 16 de novembro de 2007).

A programação de atividades educativas criativas e participativas desafia os profissionais e os estudantes a pesquisar materiais que sejam mais interessantes, a amadurecer a dinâmica escolhida e ao desenvolvimento de habilidades comunicacionais contextualizadas a cada situação. A implicação dos assistidos nas propostas inicia-se na inclusão destes no próprio planejamento das atividades. Uma experiência de educação em saúde que seja mais comunicativa e significativa só se viabiliza quando tanto educadores e educandos estão abertos a transformar-se no processo educativo.

A incorporação de linguagens artísticas e de abordagens lúdicas nas práticas educativas em saúde contribui para uma maior descontração e interação entre os profissionais e os assistidos. Mas é importante ressaltar que além do formato mais criativo, as dinâmicas podem ser norteadas por um sentido inclusivo, que acolha e valoriza as experiências dos

participantes. Por mais bem intencionado que seja o “educador de saúde”, ele deve sempre se perguntar o quanto foi possível a si próprio ser modificado no processo educativo, revendo certezas e reconsiderando a indicação de trajetos terapêuticos que não são viáveis e nem significativos para o paciente.

Na perspectiva comunicativa, o rompimento com os vícios da educação bancária¹²⁶ é uma condição fundamental. Quando aspectos emocionais relacionados ao fortalecimento de auto-estima e da solidariedade coletiva são mobilizados, os profissionais de saúde e os assistidos são convidados a transpor antigos ruídos e estabelecer novos pactos na superação das dificuldades existentes. A proposta desta prática educativa dialógica é também contextualizadora, isto é não deve omitir as relações de poder local, mas produzir a escuta e dar voz aos grupos mais vulneráveis. As atividades educativas são oportunidades de fortalecimento da percepção da saúde enquanto direito (em contraponto às visões da saúde como mercadoria, benefício ou donativo).

KOIFMAN & SAIPPA-OLIVEIRA (2005, p.112) remarcam que “à medida que caminhamos na tentativa de compreender as relações entre formação e prática profissional, nos deparamos com diversos elementos que passam a questionar os arranjos de saberes e perspectivas acadêmicas” que foram estruturados ao longo do século XX, nos quais a teoria se descola da prática tendo anterioridade a esta. Ao lidar com situações cotidianas assistenciais, que envolvem relações entre pessoas, há de se recuperar o “talento artístico” na práxis em saúde (que foi

¹²⁶ No livro *Pedagogia do Oprimido* (1994), Paulo Freire desenvolveu a tese que a pedagogia do dominante é fundamentada em uma concepção bancária da educação. Nesta, quem é o sujeito da educação é o educador, sendo os educandos vistos como vasilhas a serem preenchidas; o educador deposita “comunicados” que estes, recebem, memorizam e repetem. Dessa maneira, o educando em sua passividade, torna-se um objeto para receber paternalisticamente a doação do saber do educador, sujeito único de todo o processo. Esse tipo de educação pressupõe um mundo harmonioso, no qual não há contradições. Há uma visão ingênua do oprimido, que como tal se acostuma e acomoda ao mundo conhecido.

paulatinamente afastado do “currículo normativo”¹²⁷ em prol do conhecimento sistemático e científico), isto é uma mediação mais orgânica e simultânea entre teoria e prática.

O preceptor do segundo período mencionou na sua entrevista uma experiência educativa interessante vivenciada pelo grupo do semestre anterior, quando então houve um trabalho junto aos jovens filhos dos catadores de lixo que residiam no bairro e trabalhavam no “lixão” da área. Nesta ocasião foi possível reunir várias pessoas da comunidade na organização de uma feira de saúde, sendo ativado também os órgãos governamentais de coleta de lixo e limpeza urbana, na qual os filhos dos catadores de lixo tiveram atuação importante, inclusive utilizando seus próprios recursos criativos, como músicas e outras expressões artísticas.

Na minha experiência de preceptora, houve momentos significativos nos quais tive a oportunidade de “encantar-me” com o potencial criador dos alunos. Participei de salas de esperas¹²⁸ coordenadas pelos estudantes em locais com extremo movimento, barulhentos e tensos, nos quais estes conseguiam provocar debates e intercâmbios de experiências entre os presentes a partir de uma dinâmica instigante. Lembro-me de um aluno do segundo período, cujo grupo estava responsável por preparar uma atividade educativa para o programa de saúde da mulher. Ele compôs uma canção e levou o seu violão para a sala de espera do pré-natal e os demais colegas o acompanharam em coro, logo em seguida as gestantes e alguns acompanhantes juntaram-se ao refrão da cantoria que abordava as mudanças no

¹²⁷ “Progressiva hierarquização dos conhecimentos, das chamadas ciências básicas em relação às aplicadas, passando pela aquisição de técnicas e habilidades, dando sustentação, perante coletivos docentes e discentes” (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004).

¹²⁸ A sala de espera é uma atividade educativa coletiva que acontece nos locais onde os usuários da unidade de saúde aguardam a consulta. Há diversos formatos “educativos” para a sala de espera, da palestra à dinâmica interativa. Costumo aproveitar as discussões de planejamento e avaliação desta atividade para problematizar com os estudantes as práticas de educação e saúde que vigoram nos serviços que eles atuam.

corpo e nos sentimentos durante a gravidez, direitos trabalhistas das gestantes e o preparo para o parto e a amamentação. As gestantes sentiram-se mais a vontade depois para comentarem suas experiências e para abordarem questões relacionadas à gestação e à maternidade. Apesar do som inusitado que quebrou o zumbido habitual da unidade, os profissionais que atuavam na assistência não reclamaram e disseram que aquele tinha sido um dia alegre no trabalho. Percebi também que os alunos sentiram-se mais motivados na sua atuação no cenário de prática.

Certamente, nem sempre a conversa com os usuários da unidade inicialmente têm um tom tão “amigável”, algumas vezes na circulação de opiniões e na oportunidade da fala, emergem “queixas” e insatisfações quanto à assistência prestada (tempo de espera, falta de gentileza por parte do profissional, medicamento não disponível, demasiada demora no retorno de resultados de exames, dentre outros). Costumo orientar os estudantes, para que nestes momentos, reflitam com os usuários sobre a possibilidade de organização de um modelo assistencial mais acolhedor e a construção de políticas de saúde mais participativas. Não é possível garantir que ruídos não ocorram no campo da comunicação. É pressuposto nesta abordagem que explicitar dificuldades é preferível que o seu velamento, provocando-se, com isso, deslocamentos e novas trajetórias na assistência.

Percebo também, que grande parte dos estudantes já traz uma visão mais conservadora da educação e saúde. Mesmo no segundo período, é recorrente a crença imediata por parte destes que os usuários do serviço de saúde são “desinformados” em relação às questões de saúde e que a transmissão para estes de informações científicas (em linguagem acessível) por si só já implicaria em mudança de atitude. A problematização de

abordagens educativas com perspectiva preponderantemente *corpomentalista* que são propostas inicialmente pelos estudantes é freqüente na minha trajetória de preceptora. Avalio inclusive (na medida da convivência nos espaços docentes do curso), que tal abordagem também está presente no discurso e na prática de docentes de outras disciplinas.

Nos grupos que acompanho como preceptora e nos que observei nesta pesquisa é notória a heterogeneidade entre os estudantes no exercício da comunicação, alguns enfrentam prazerosamente o desafio, outros são mais tímidos e acabam sempre atribuindo estas situações, nas quais é necessária a mobilização de habilidades comunicacionais, aos colegas mais desinibidos. Apesar das atividades práticas desenvolvidas coletivamente nos cenários não terem como referência metodológica específica a técnica de grupo operativo (PICHON-RIVIÈRE, 1982), a circulação de papéis evitando a cristalização de certas atitudes dos estudantes no grupo frente à dinâmica da realidade vivenciada é desejável, o que incentiva a construção de novos sentidos para suas práticas. Penso que é justamente no cenário da prática, no grupo menor de estudantes que o preceptor tem maior possibilidade para estimular e apoiar o estudante a desenvolver a importante ferramenta médica para o cuidado – a comunicação, *a valise da tecnologia leve* referida por Emerson Merhy (2000) ou o que José Ricardo Ayres (2000) nomeou como *resgate do potencial resubjetivador do ato assistencial* (vide páginas 27 e 28 deste texto).

Uma prática médica que tenha como perspectiva a clínica ampliada e a abordagem menos fragmentada do processo saúde, doença e cuidado necessita constantemente problematizar a conduta a ser tomada, para que não ocorra a aplicação mecânica de protocolos pouco efetivos. É na interação com os diferentes atores sociais que ocupam cotidianamente o espaço da unidade

de saúde (outros profissionais, pacientes, familiares e demais integrantes da comunidade assistida) que os médicos são desafiados a uma prática mais comunicativa e a rever seu local de interlocução. A *reconfiguração* dos locais de interlocução no serviço de saúde mobiliza micropoderes instituídos e, é instituinte de novas culturas relacionais.

FEUERWERKER (2005), retomando Pierre Bourdieu, refere que “no campo da saúde, além da lógica de acumulação de bens materiais para compra e venda de equipamentos, insumos planos e seguros de saúde, está em disputa um mercado de bens simbólicos”. A capacidade de formulação de propostas alternativas para a compreensão da saúde e sua prática é essencial para luta por um projeto que visa à construção e qualificação do SUS.

Na perspectiva da produção social dos sentidos, que considera as noções de polifonia, contexto, concorrência discursiva, poder simbólico e lugar de interlocução, Inesita Araújo, pesquisadora da área de Comunicação e Saúde, desenvolveu a metodologia do mapeamento do mercado simbólico (fontes de comunicação que influenciam as percepções e concepções das pessoas a respeito de uma certa situação de saúde). O processo de elaboração do mapa propicia às pessoas envolvidas a traçarem um diagnóstico de sua realidade, que extrapola o âmbito estrito da comunicação, evidenciando as relações de poder que permeiam de forma mais ampla as relações sociais. Esta experiência contribui para a formação de uma visão crítica da comunicação.

“Na esfera institucional, o mapa permite reconfigurar a auto-imagem: ao se perceberem como apenas uma das vozes circulantes em dado território, e não como a única ou dominante voz, as pessoas imediatamente reconsideram suas estratégias de comunicação: certamente, é muito diferente falar num espaço asséptico, privilegiado e concorrer pela

atenção num espaço polifônico. O mapa exige uma mudança nas estratégias. Por outro lado, permite também avançar no projeto de uma comunicação mais democrática, na medida em que favorece visualizar e concentração da fala em alguns núcleos institucionais e a conseqüente exclusão de muitos segmentos sociais. (ARAÚJO, mimeo)

A participação dos estudantes de Medicina no mapeamento dos processos comunicativos do cenário de prática onde estão atuando, pode ser uma estratégia interessante para que estes contextualizem suas ações e estabeleçam relações mais comprometidas com a democratização da saúde.

Embora a atividade não tenha sido nomeada como “mapa da comunicação”, proponho que seja feita uma analogia entre os dois processos – o *pedagógico* e o *assistencial* - no sentido que ambas metodologias trabalham com o recurso comunicativo. Os estudantes do grupo observado do terceiro período visando à construção do projeto terapêutico para o paciente com paraplegia, entrevistaram algumas pessoas que estavam envolvidas no processo assistencial do mesmo e, inclusive escutaram o próprio paciente. O propósito era conhecer as percepções de cada pessoa em relação ao caso e identificar os recursos existentes e os necessários para promover uma melhor qualidade de vida para o paciente. Este mapeamento de sentidos e ações permitiu aos estudantes terem contato com diferentes posicionamentos no processo assistencial. A elaboração do projeto terapêutico de forma coletiva é essencialmente um processo comunicativo, no qual negociações ocorrem, podendo gerar pactos e/ou disputas.

O agir em saúde, nos seus componentes terapêuticos e educativos, revela-se como cuidado ao estabelecer relações mais

comunicativas¹²⁹, que não se restringem ao já desafiante trabalho em equipe, mas que sejam também inclusivas dos assistidos nas decisões e na pactuação de compromissos. Tal assertiva está presente na proposta da política de educação permanente.

Uma instituição de saúde que aprimore seu processo de trabalho, efetivando espaços de educação permanente, tem maior possibilidade de inovar-se, dinamizando as relações existentes entre serviço, universidade e comunidade assistida. Em ambos cenários observados de atenção básica e nos que atuei como preceptora, não havia uma política de educação permanente formalmente implantada por parte das secretarias de saúde e das universidades¹³⁰ e, os profissionais das unidades não tinham familiaridade com esta proposição. Nas duas unidades observadas, não havia centro de estudos implantados. Nos cenários que atuei como preceptora, embora houvesse centro de estudos, estes não tinham se apropriado da proposta da educação permanente como caminho para o desenvolvimento profissional e da qualificação da assistência. As articulações observadas neste sentido, ainda que com limitações, foram iniciativas dos próprios preceptores, que tinham uma trajetória profissional preponderante ligada ao campo da saúde coletiva e, “militância” na defesa do SUS e na reformulação da formação médica.

¹²⁹ HABERMAS (1989) chama de agir comunicativo às interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação. Deleuze critica a visão *habermasiana* a qual propõe o terreno da comunicação como ideal para estabelecer consensos. Para Deleuze é a discordância, no encontro entre diferentes, que ativa o potencial criador, na resignificação do mundo.

¹³⁰ Embora, o preceptor do segundo período tenha referido ser tutor no curso de formação de facilitadores de Educação Permanente e ter participado das reuniões iniciais de organização do Pólo de Educação Permanente Regional, na sua avaliação esta política não era devidamente tratada nem pela sua universidade, nem pela secretaria de saúde municipal respectiva. Trago impressão semelhante da minha experiência na suplência representativa da instituição acadêmica (na qual sou docente) no conselho gestor do Pólo de Educação Permanente Regional respectivo, nos seus dois primeiros anos de implantação.

Para lidar com situações de incerteza, tão comuns nas realidades assistenciais e no trabalho com saúde, os profissionais precisam desenvolver práticas mais reflexivas, comunicativas e criativas. Estas competências, habilidades e atitudes merecem atenção no processo formativo médico, o que não deve ficar restrito às iniciativas das disciplinas da saúde coletiva.

5.4- ESTRATÉGIAS DE ENSINO, APRENDIZAGEM E AVALIAÇÃO. INOVAÇÕES A PARTIR DO CAMPO DA PRÁTICA.

As diretrizes curriculares brasileiras para a educação médica orientam à inserção desde o início do curso, continuada e responsável dos estudantes em atividades práticas nos serviços de saúde e a utilização de metodologias que privilegiam a participação ativa do aluno na construção do conhecimento (artigos n^{os} 9 e 12). Foram estes pressupostos que orientaram as análises de minhas observações no campo.

5.4.1-Ensino ativo, aprendizagem significativa e problematização.

Em ambos cenários, pude observar didáticas que estimulavam a busca ativa por parte dos estudantes, na pesquisa dos temas e no preparo das atividades educativas e investigativas sobre a assistência prestada pela unidade. Embora, eu não tenha identificado em nenhum momento por parte dos preceptores e dos grupos de estudantes a referência textual à metodologia da problematização, percebi que os recursos (etapas) utilizados(as) nesta (observação cuidadosa, identificação de problemas-chave e seus possíveis determinantes, teorização, formulação de hipóteses de solução e aplicação à realidade) estavam também presentes nas discussões que foram travadas nos cenários observados. Esta analogia aconteceu de forma mais sobreposta na minha leitura do processo de elaboração do fluxograma terapêutico pelo terceiro período e com contorno mais tênue na elaboração da dinâmica educativa pelo segundo período.

A adaptação da metodologia de “Projetos de Trabalho” utilizada nos cenários no qual sou preceptora é bastante afim à

problematização, inclusive este termo costuma circular nos discursos das preceptoras da respectiva disciplina. Certamente esta significação se relaciona aos contextos das quatro docentes da disciplina, responsáveis pela preceptoria no cenário da atenção básica, que são familiares à utilização da problematização como prática pedagógica:

_ o fato de duas preceptoras (que além da docência, também são profissionais de saúde - médica de saúde pública e assistente social - no cenário que atuam como preceptoras) terem tido oportunidade (iniciativa das próprias docentes, não houve intermediação da universidade) de sistematizar suas práticas na participação no curso de Ativadores do Processo de Mudança (uma estratégia do APRENDERSUS);

_ o perfil da outra preceptora que é socióloga e pesquisadora da área de comunicação e saúde. Atualmente coordena uma pesquisa sobre atenção básica (PSF) no estado do Rio de Janeiro e;

_ a minha própria pesquisa no presente trabalho, incluindo a participação nos dois primeiros anos no Conselho Gestor do Pólo de Educação Permanente regional e a participação na rede de educação popular e saúde.

Dentre um misto de abordagens pedagógicas, a referência do construtivismo aparece como hegemônica, tanto nos cenários observados como nos que participo como preceptora. Ainda que, nas entrevistas com os preceptores esta categorização não tenha sido citada de forma explícita. A valorização dos conhecimentos prévios dos estudantes, a visão do conhecimento enquanto construção social, a atenção aos significados que os estudantes atribuem ao processo de aprendizagem, a contextualização na implicação do conhecimento à realidade vivida, a ampliação das

atividades para além do muro da escola e da sala de aula e a eleição de temas transversais para investigação são aspectos que sinalizam esta hegemonia. Mesmo as aulas que aconteceram no campus da universidade observadas por mim, não apresentaram o formato expositivo e condutivista, foram permeadas pela prática discursiva e pelo estímulo à participação do estudante na expressão e reelaboração de seus pontos de vistas. Não tive oportunidade de observar nenhum treinamento ou prática para habilidades procedimentais. A ênfase à habilidade comunicativa já foi descrita anteriormente.

Mesmo que as atividades fossem programadas no grupo, pude perceber que nas duas experiências observadas (também busco esta abordagem como preceptora), o processo de aprendizagem singular de cada aluno também era acompanhado pelo preceptor. Observei que os preceptores, de forma geral, estavam atentos aos diferentes significados que os estudantes atribuíam a uma vivência no grupo ou em outra situação pessoal no cenário. Na medida do possível, o apoio específico à superação de limitações e dificuldades diante de tarefas combinadas e o acolhimento às preferências e motivações no desenvolvimento das atividades tinham lugar. Alguns exemplos podem ilustrar esta observação:

- A aluna estrangeira, do segundo período, ficou muito motivada no preparo da oficina de fechamento do trabalho com os idosos do centro de saúde, diante disto o preceptor combinou com o grupo que ela ficaria responsável por organizar uma atividade cultural. Ele me contou, posteriormente, que ela estava preparando a apresentação de uma dança típica de sua terra. O interessante foi ver que a aluna tinha superado a sua própria timidez. Eu percebia que ela estava sempre atenta ao que se desenrolava nos grupos de discussão, mas era raro se manifestar;

- Às vezes a aluna baiana, do terceiro período, tinha expressões faciais de contrariedade diante das situações assistenciais que presenciava na policlínica. Nas rodas de discussão com os estudantes, após a observação destes das unidades de produção, o preceptor incentivava que ela expusesse ao grupo suas reflexões, que frequentemente eram muito contundentes em relação à inadequação de alguns profissionais e a falta de insumos no serviço;

- Presenciei diversas vezes os preceptores orientando individualmente alunos em relação à leitura de temas, que estes tinham relatado interesse no grupo.

Esta abordagem que revela o conhecimento como uma construção social, mas que leva em conta o processo de aprendizagem diferenciado de cada aluno, mesmo que este se dê no grupo, contextualiza o ensino à reflexão sobre a realidade vivida e incentiva a aprendizagem significativa.

No plano de curso da disciplina na qual sou preceptora, há algumas aulas mais teóricas que são previstas para acontecer no campus da universidade. A turma do segundo período é dividida em agrupamentos menores, sendo que cada aula reúne dois grupos do cenário (em torno de vinte e cinco alunos), visando uma maior participação. Nestas aulas, são discutidos conteúdos programáticos relacionados à vivência no cenário de prática (construção do SUS, indicadores de saúde, programas de saúde na atenção básica, elaboração de um projeto de pesquisa), embora o formato também preveja um tempo para exposição (conduzido pelos preceptores dos respectivos grupos), o esforço pedagógico é no sentido da dinamização da formação pela perspectiva da *práxis*. Parte-se do pressuposto que a produção teórica não tem anterioridade à vivência, mas íntima relação com esta, numa relação de mútua implicação.

Há também uma atividade no laboratório de informática da universidade supervisionada pelos preceptores, para apresentar os recursos disponíveis para a pesquisa *on line* dos temas tratados e incentivar os alunos a percorrer caminhos de busca. A aula no laboratório de habilidades existente na universidade referente à aprendizagem da técnica de aferição de pressão arterial, foi assumida pelos docentes de Fisiologia (disciplina inserida nos blocos funcionais/sistemas vitais do período), após interlocução realizada entre a coordenação da disciplina que atuo e estes no conselho de classe¹³¹ do período. Para o treinamento de outros procedimentos que surjam como necessidade da prática (os estudantes do segundo período não realizam procedimentos invasivos) como pesagem, medição de estatura, treinamento para a aplicação da vacinação oral nas etapas da campanha nacional de imunização contra poliomilite (cada grupo de estudante participa de uma das etapas no cenário de prática que está inserido), são feitas articulações com os profissionais do serviço. Ainda que estivesse prevista a instalação de um laboratório para treinamento de habilidades de comunicação na universidade que trabalho, este ainda não é operativo. As situações relacionadas às habilidades comunicativas são problematizadas no próprio cenário de prática.

¹³¹ O Conselho de Classe foi uma instância proposta pelo antigo grupo da coordenação de avaliação do curso, no qual participei nos dois primeiros anos (2003 a 2005). Ao exemplo do que ocorre no ensino fundamental e médio, o objetivo era fortalecer a prática da avaliação formativa e continuada ao longo do curso. Atualmente, acontecem duas reuniões de conselho de classe para cada período durante o semestre, com a participação de representantes docentes de cada disciplina. Os representantes dos estudantes participam da primeira parte da reunião, quando então são trazidas as impressões dos estudantes sobre as disciplinas e os professores também têm oportunidade de pactuar com estes acordos e mudanças. Na segunda parte, sem a presença dos estudantes, são discutidos os casos individuais dos estudantes que necessitam uma maior atenção e é realizado o planejamento das atividades de integração horizontal através da organização do seminário integrado do período.

O PBL não estava implantado no curso de Medicina na qual observei os dois cenários de prática, nem na que sou docente. Embora o PBL seja uma metodologia de ensino ativa, para o campo de prática apresenta menos potencial transformador, tendo em vista que o percurso a ser tomado pelo grupo de estudantes com orientação de seu tutor já está praticamente pré-definido. Isto dificulta que outros atores sociais que interajam na situação pesquisada possam também influenciar as tomadas de decisão. Para o campo de prática em saúde, a metodologia da problematização é mais adequada.

5.4.2_O trabalho como princípio educativo: o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes para uma prática profissional comprometida com direitos e responsabilidades.

A perspectiva do trabalho como princípio educativo, na contextualização política da formação e do trabalho e no fortalecimento da referência da cidadania na prática profissional, estava presente nas experiências observadas e também nas ementas respectivas.

“ [...] a proposta a ser desenvolvida neste período pretende alcançar os objetivos tradicionais de aprendizado: incorporação de conhecimentos (cognição), desenvolvimento psicomotor, desenvolvimento de aspectos comportamentais e do compromisso social.

O tema escolhido –atenção e cuidado do idoso permitem a abordagem do indivíduo não só como ser biológico, mas também facilita a compreensão dos aspectos sociais e culturais que permeiam a vida das pessoas nesta faixa etária.

A possibilidade de acompanhar e tomar iniciativas relacionadas ao cuidado do idoso adquire uma característica especial – perceber que por detrás de um rosto que verbaliza uma queixa, um motivo de consulta, existe um ser com identidade própria. Trata-se de adotar uma atitude solidária, de preocupação com o outro. Aceitar as diferenças, mas trabalhar pela inclusão das pessoas. No caso do idoso o fato de procurar garantir seus direitos também constitui um ato político, pela prioridade de cuidar daqueles que muitas vezes são excluídos da família e da sociedade. Além disso, trata-se de uma etapa da vida ligada à idéia de finitude e, portanto, questionadora da onipotência humana. A discussão do limite entre a vida e a morte é muitas vezes tratada de forma secundária no curso profissional, como se fosse uma tarefa exclusiva das religiões e da filosofia. A exigência atual da sociedade é o da formação de um profissional com

características humanísticas capaz, inclusive, de evitar terapêuticas fúteis e dignificar a morte evitando o sofrimento desnecessário.

O desafio imposto a todos nós, envolvidos de alguma forma com políticas sociais, é o de manter uma relação humana com as pessoas que cuidamos, incentivar a autonomia (processo de tomada de decisões) e mediar intervenções sobre a qualidade de vida através da utilização da técnica.”

(Trecho da ementa elaborada pelo preceptor do grupo observado do segundo período).

“[...] é com este sentido, centrado no aluno, que foi elaborado o Projeto Interdisciplinar. O método de ensino e a proposta didático-pedagógica pretendem fazer com que o aluno seja sujeito do seu próprio processo de ensino-aprendizagem, se desenvolvendo como ser crítico, cidadão pleno e sobretudo um pesquisador em potencial, com capacidade de analisar e intervir sobre a realidade, buscando modificá-la. O projeto interdisciplinar se justifica a partir do reconhecimento de que em uma rede de saúde, os profissionais operam seu trabalho com base em um núcleo de conhecimento especializado que é dado pela sua formação específica, mas sobretudo utiliza de um campo de conhecimento ampliado comum a todos profissionais e ainda um campo cuidador que diz respeito à atitude que o profissional assume diante dos usuários e diz respeito especificamente à relação trabalhador-usuário... O programa demonstrado abaixo parte do pressuposto de que o serviço de saúde deve estar centrado no usuário e assim o estudo utiliza um “caso problema - usuário” que passa a ser o analisador da atenção básica, isto é, este caso revela a rede de serviços de saúde e o seu funcionamento...”

(Trecho da ementa elaborada pelo preceptor do grupo observado do terceiro período).

As referências bibliográficas indicadas nas ementas programáticas e as outras extras que foram recomendadas pelo preceptor para leitura dos estudantes, a partir das situações emergentes no cenário de prática, tinham na sua grande maioria relação com o campo investigativo da integralidade.

“...Levantar as necessidades de saúde do caso escolhido, tendo por referência o texto da bibliografia que discute esta questão (ver abaixo):

Cecílio, L.C.O; As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde, in Pinheiro, R. & Mattos R.A., **Os Sentidos da Integralidade**; IMS-UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2003.”

(Trecho da ementa elaborada pelo preceptor do grupo observado do terceiro período).

Ainda que na ementa programática do terceiro período estivesse previsto o trabalho integrado dos estudantes de Medicina com os da Odontologia, isto acabou não ocorrendo no semestre observado. Os horários em que os dois grupos estavam no cenário não eram coincidentes e também não houve referência a encontros entre estes fora da unidade de saúde. Como já abordado anteriormente, a previsão da oportunidade da experiência interdisciplinar ainda na formação é uma estratégia bastante promissora para o fortalecimento de uma cultura mais dialógica médica, na qual o médico “abdique” do estereótipo autoritário (tão bem introjetado), no qual se outorga o poder exclusivo de decisão nas situações assistenciais.

Na disciplina que atuo como preceptora, as oportunidades dos estudantes de medicina interagirem com estudantes de outras graduações têm sido pouco frequentes, embora tal estratégia também esteja sugerido na ementa do programa:

OBJETIVOS GERAIS

- Apresentar as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde a partir da compreensão dos programas da rede básica da SMS-RJ, propostos pelo Ministério da Saúde;
- Propiciar ao aluno o contato com a organização dessas ações em uma Unidade de saúde do município, com o pressuposto da territorialidade e seu desenvolvimento com a participação comunitária e extra-unidade de saúde _ participação na Campanha de Vacinação;
- Capacitar o aluno a produzir um trabalho de intervenção na realidade da situação de saúde identificada através de um projeto de trabalho organizado constando objetivo, justificativa, métodos e resultados;
- Oferecer a possibilidade de trabalho interdisciplinar na execução do projeto elaborado, desenvolvendo a capacidade de compartilhar conhecimentos.

COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

- Desenvolver habilidades de comunicação (com clientes e profissionais) e crítica às ações desenvolvidas de prevenção nesse contexto;
- Identificar e traçar estratégias para aumentar a adesão e diminuir o abandono dos programas de saúde;
- Promover a integralidade da assistência através de trabalho interdisciplinar;
- Priorizar abordagens educativas que considerem a realidade, os direitos e as intersubjetividades dos atores sociais envolvidos.

(Trecho da ementa da disciplina do segundo período que atuo como preceptora)

A problematização em relação ao trabalho interdisciplinar existente nos cenários emergiu tanto nas experiências observadas como na minha própria enquanto preceptora.

Outra questão que merece atenção, mas que tem difícil abordagem, tendo em vista polêmicas que são usualmente levantadas no campo da educação, se relaciona ao

desenvolvimento de valores e atitudes. Parto da concepção que embora a formação de valores seja algo que extrapola o âmbito da escola, esta ainda tem um importante papel na fomentação de um olhar crítico e “auto-reflexivo”. Numa época, na qual os valores sociais têm estado em constante descompasso em relação a princípios mais solidários e éticos, a preocupação com a formação cidadã (*cocidadania*) necessita estar presente nas instituições educacionais. A necessidade do compromisso por parte do profissional de saúde com o trabalho do grupo (da equipe) e com a população assistida foi muitas vezes sinalizada pelos próprios estudantes quando analisavam suas observações nos cenários de prática.

Na minha prática na preceptoria são freqüentes os momentos que necessito ter uma abordagem mais personalizada com alunos que demonstram atitudes “imaturas” (falta de compromisso com tarefas combinadas no grupo, atitude passiva diante de situações que na prática requerem tomadas de decisão e providência, falta de atenção para com os usuários do serviço, dentre outros). Meu esforço enquanto educadora é distinguir o que há de diversidade entre os estilos dos estudantes se relacionarem com outras pessoas dentro de um ambiente institucional formativo e assistencial (inclusive comigo) em relação às minhas próprias referências (as estranhezas daí decorrentes), de possíveis “descuidos” (o que chamei acima de atitude imatura) que provocam ruídos comunicativos. A experiência enquanto preceptora de sinalizar oportunamente ao estudante inadequações quanto a atitudes tomadas por este no cenário de prática, na perspectiva da superação das mesmas, é um grande desafio.

A partir do debate com os demais preceptores da disciplina sobre situações vivenciadas no cenário de prática, nas quais havia necessidade de uma abordagem individual do aluno mais

problematizadora em relação a atitudes inadequadas deste, foi constituído um instrumento de acompanhamento individual de cada aluno. No início do semestre, a respectiva planilha de acompanhamento é apresentada e discutida com todos os alunos, sendo acordado que esta pode ser consultada pelo próprio aluno quando este assim o solicitar. Ao longo do semestre, costumo conversar individualmente com cada aluno, sobre seu desempenho e interesse, o que facilita também escutar as percepções do aluno e compreender mais suas dificuldades, motivações e ressignificar o contrato educacional. Este recurso facilita o estímulo a uma cultura avaliativa mais formativa.

Nesta planilha são discriminados itens de avaliação que incluem a atitude (assiduidade e pontualidade; iniciativa e propostas; leitura e preparação de material; integração e cooperação no trabalho de grupo; relacionamento com os pacientes e com os outros profissionais). A idéia deste instrumento não é de um monitoramento paternalista, autoritário e moral¹³² do aluno, mas traz em si uma opção por valores que tenham compromisso com o usuário, o trabalho em equipe e a qualificação do SUS.

¹³² Na época do regime autoritário militar brasileiro, foi instituída no ensino fundamental e médio uma disciplina denominada “Moral e Cívica” que em geral tinha conotação de fomentar um comportamento “cívico obediente” e um nacionalismo pouco reflexivo, ocultando a grave crise de legalidade e legitimidade do Estado brasileiro. Quando cursei a graduação de Medicina (1977/1982), no final do governo militar, a disciplina obrigatória correspondente, que foi incluída na grade curricular do primeiro período, era chamada de “Problemas Brasileiros”. Na universidade em que estudei esta era organizada sob a forma de uma série de palestras quinzenais proferidas por convidados, nestas não era apontada nenhuma correlação entre o exposto e a prática médica da época. Temas como Integração da Amazônia e Segurança Nacional eram tópicos destas palestras. A avaliação discente desta disciplina era feita através de um trabalho escrito de grupo, que era entregue no final do semestre. Havia um desinteresse geral dos estudantes de Medicina em relação às palestras de Problemas Brasileiros, que aconteciam em um grande auditório. Após a exposição do palestrante do dia, não ocorria nenhuma espécie de debate. De certo, que estávamos sob uma norma rígida em relação à interdição a qualquer ato que pudesse ser interpretado como manifestação política (o próprio Departamento de Medicina Preventiva, considerado “reduzido da esquerda”, tinha sofrido uma intervenção, tendo sido designado para sua chefia um representante da Escola Superior de Guerra). A lista de presença corria e após a assinatura da mesma, os estudantes saíam do auditório sem terem expressado uma única opinião.

Todas as experiências estudadas apresentaram sintonia com o que foi apontado no documento produzido por Gastão Wagner Campos, em 2005 em consultoria à ABEM, na discussão do papel da atenção básica na formação médica¹³³. Em decorrência das especificidades apresentadas pelo contexto local de cada experiência, na observação pude perceber a ênfase diferenciada no incentivo ao desenvolvimento das competências, que virão listadas adiante. Como eram períodos iniciais, o desenvolvimento de competências mais relacionadas à prática clínica, indicadas por este autor não estavam presentes. Outra questão apontada pelo autor como fundamental, mas que se mostrou bastante frágil nas experiências estudadas, como será discutida mais adiante, foi a integração (horizontal e vertical) das atividades desenvolvidas nos cenários de atenção básica ao restante do curso de medicina.

Tendo como referência as duas experiências observadas e a minha própria experiência na preceptoria, identifico como principais competências, habilidades e atitudes a serem incentivadas e desenvolvidas nos cenários de atenção básica, na perspectiva de uma formação mais crítica de estudantes de Medicina, nos dois primeiros anos do curso, podendo mobilizar conhecimentos (práticas e saberes) mais gerais ou mais específicos em relação à atenção básica:

¹³³ “O estágio na rede básica precisa ser ordenado, tanto por razões pedagógicas quanto de funcionamento dos serviços, em pequenos grupos de alunos, com supervisão e acompanhamento de professores e de tutores ou colaboradores escolhidos entre Equipes da ABS. Nos primeiros anos, os estágios na rede básica se voltam para o campo da saúde coletiva, e seriam coordenados por professores e profissionais com formação especializada ou que se apropriaram de conhecimentos sobre clínica ampliada e saúde pública” (CAMPOS, 2005, mimeo).

⇒ Gerais

- _ Relacionar teoria e prática (práxis crítica) no cotidiano das ações em saúde no cenário de ensino-aprendizagem;

- _ Trabalhar em equipe de forma dialógica, respeitando as especificidades de cada categoria e formulando novos saberes e práticas interdisciplinares em prol do usuário (na ótica do acolhimento, abordagem integral e da construção de vínculo);

- _ Ter atitudes respeitosas e democráticas nas relações com colegas, preceptores, profissionais dos serviços e população assistida;

- _ Preparar e realizar atividades educativas com a perspectiva comunicativa, criativa, inclusiva, participante, resgatando a riqueza da diversidade cultural existente na área de atuação;

- _ Fomentar práticas que favoreçam a resiliência (própria, da equipe e dos assistidos);

- _ Ter conhecimento dos princípios do SUS: vincular suas ações às noções de direito à saúde, promoção da equidade e integralidade;

- _ Conhecer a rede assistencial local e fluxos de referência e contra-refência;

- _ Desenvolver habilidade de escrita e valorizar o registro adequado no prontuário médico e demais instrumentos do serviço;

_ Compreender a política de educação permanente e participar de atividades locais relacionadas a esta (caso esteja implantada);

_ Ter noções de planejamento participativo e avaliação em saúde (na problematização das ações gerenciais da unidade)

⇒ Específicos

_ Contextualizar as ações prestadas pela unidade básica de saúde;

_ Desenvolver um potencial investigativo interdisciplinar na identificação da situação (ampliada) de saúde local (ações intersetoriais existentes, história do povoamento local, rede assistencial, indicadores locais sociais, epidemiológicos e de assistência à saúde);

_ Conhecer as atividades de vigilância à saúde (e vigilância epidemiológica), desenvolvidas pela unidade básica de saúde;

_ Conhecer os programas de saúde que acontecem na atenção básica, problematizando o modelo assistencial em vigor e o fluxograma terapêutico existente;

_ Participar de atividades intersetoriais extra-muros (promoção de saúde) na comunidade local (com supervisão);

_ Realizar visitas domiciliares (com supervisão), nas unidades nas quais exista esta prática, no cadastramento e apoio à atividade clínica do preceptor (ou dos outros profissionais da unidade);

_ Ter noções básicas do Sistema de Informação da Atenção Básica (quando este está implantado);

_ Mapear os poderes locais e suas práticas discursivas em relação à saúde e o papel da unidade básica (conhecer os fóruns locais representativos na saúde)...

Muitas das competências desejáveis e necessárias para o trabalho médico na atenção básica não são exclusivas deste nível de atenção, como a contextualização das ações prestadas à realidade local, o desenvolvimento de práticas educativas mais participativas e a abordagem do acolhimento. Tive oportunidade de conhecer experiências de núcleos de epidemiologia hospitalar que realizavam em conjunto com a unidade básica, atividades em rede de promoção de saúde na comunidade (rede de redução de danos coordenada pela UFBA), como também a de uma unidade hospitalar pediátrica que buscava dar suporte domiciliar interdisciplinar às crianças com história de internação de repetição (Instituto Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz). Estes dois exemplos demonstram formas de organização da assistência que não ficam restritas à cristalização de definições normativas. Porém, é bastante comum no meio formativo a crença que práticas afins à integralidade seriam mais compatíveis aos centros de saúde e PSFs do que às unidades hospitalares. Avalio que esta percepção dicotômica dificulta bastante a efetivação de um modelo assistencial mais humanizado e menos restrito ao modelo biomédico.

A listagem anteriormente citada permanece em aberto, pois certamente a ampliação do intercâmbio de experiências formativas na atenção básica entre escolas médicas trará novas

aproximações entre ensino, serviço e comunidade, tendo em vista a diversidade relativa a cada contexto local. A tessitura de conexões discursivas entre experiências formativas diversas (quanto à *regionalidade* e outros aspectos), que tenham em comum a perspectiva da integralidade, potencializa a capacidade *rizomática*¹³⁴ na capilarização de redes que possibilitam propostas mais criativas da chamada “pedagogia mestiça” que alia educação, cuidado e arte.

¹³⁴ Rizoma é um conceito descritivo ou epistemológico, adaptado pela esquizoanálise (Gilles Deleuze e Félix Guattari) da Botânica. Distinguindo-se das concepções de árvore (hierarquia, centro e ordem de significação), o rizoma é um sistema acêntrico, não hierárquico e não significante. Autores vinculados à esquizoanálise que também estão inseridos no campo de pesquisa da integralidade em saúde, identificam o potencial “rizomático” de experiências que tragam o “sentido da integralidade” (FRANCO, 2006).

“A estrutura do conhecimento não deriva, por meios lógicos, de um conjunto de princípios primeiros, mas sim se elabora simultaneamente a partir de todos os pontos sob a influência de diferentes observações e conceitualizações. Isto não implica em que uma estrutura rizomática seja necessariamente flexível ou instável. Existem, no rizoma, linhas de solidez e organização fixadas por grupos ou conjuntos de conceitos afins” (DELEUZE e GUATTARI, 1995).

5.4.3_ Avaliação: entre o somativo e o formativo.

Quanto à avaliação discente, nos dois períodos observados, não havia aplicação de provas. Segundo seus preceptores, o conceito de avaliação era composto pela frequência (percebi que havia um acompanhamento de fato desta, a partir do registro docente), interesse, iniciativa e uma atividade de sistematização final do semestre, que foi diferente em cada período.

No segundo período, o grupo participou de um grande seminário (com duração de 8 horas, divididas em dois dias) de apresentação dos trabalhos desenvolvidos pelos estudantes nos diferentes cenários de atenção básica (sete grupos), que foi realizado no campus da universidade no fechamento do semestre letivo. Estive presente no evento de conclusão correspondente a turma de segundo período do semestre anterior a que observei no centro de saúde (na realidade a turma do grupo que observei em seguida no terceiro período na policlínica). No transcurso de uma tarde no final de março de 2006, no auditório de um dos blocos do campus universitário, com a presença de cerca de oitenta alunos, o corpo de preceptores da disciplina de campo e com alguns convidados (eu me situava nesta última categoria) assistiram à apresentação dos trabalhos de quatro grupos (cada um com cerca de 10 estudantes). Os temas tratados foram referentes aos trabalhos desenvolvidos com grupos específicos a partir da inserção em atividades de promoção de saúde em diferentes cenários institucionais e comunitários: alcoolismo (abordagem interdisciplinar e a participação em cenários diferenciados como encontros de grupos de mútua ajuda - o Alcoólicos Anônimos / AA e os Centros de Atenção Psico-Social / CAPS); gestação na adolescência (grupos de gestantes adolescentes na unidade básica e na maternidade local e a utilização do filme “Meninas” de Sandra Werneck na problematização do tema); idosos (abordagem de mitos sobre o

envelhecimento e o problema da *polimedicação*) e deficiência física (cenários de atenção básica e de atenção especializada, centro de assistência social e associação regional de deficientes físicos). De forma geral, percebi investimento por parte dos estudantes no preparo das apresentações, sendo utilizado data-show inclusive, houve grupos que produziram montagens de pequenos filmes digitais temáticos que foram exibidos. Ao término da atividade, no trajeto do corredor e no elevador, ouvi comentários heterogêneos dos estudantes sobre suas impressões da disciplina e da atividade final, elogios (o interesse suscitado pelo tema) e críticas (sensação “*de ter que tirar leite de pedra*”, fala de um estudante que captei no elevador), o que pode remeter para a diversificação de experiências que alunos do mesmo período possam ter, em função de interesses pessoais, do perfil do preceptor responsável por seu grupo, da eleição do tema para ser trabalhado e dos cenários que freqüentaram.

O terceiro período que observei elaborou um trabalho escrito no final do semestre, relatando o processo de construção do fluxograma terapêutico da unidade e o projeto terapêutico proposto para o paciente de paraplegia mencionado anteriormente.

Em seguida, colo o trecho (sem alterações) da conclusão do trabalho final realizado pelo grupo do terceiro período. Uma cópia eletrônica do trabalho, na entrega, foi-me gentilmente cedido pelo preceptor da disciplina com a concordância dos estudantes.

Conclusão

Segundo o que foi discutido, pode-se concluir que a “linha de cuidado” de JR foi fragmentada. Desde o atendimento pré-hospitalar houve falha no sistema de saúde, pois JR chegou ao hospital graças à ajuda de civis que passavam por onde ocorreu o acidente. No atendimento hospitalar não houve criação de vínculo com o usuário, não houve encaminhamento de JR para uma Unidade Básica de Saúde para que houvesse continuidade a um projeto terapêutico, dando real resolutividade à assistência prestada. Além disso, devem-se considerar os dificultadores da assistência ao usuário que também foram enfrentados por JR: processo burocrático de acesso à consulta e exames laboratoriais, inexistência de dispositivos como o Acolhimento, falta de fornecimento de material (por exemplo, para fazer curativos e medicamentos), a baixíssima capacidade de oferta de serviços da Unidade Básica de Saúde Central.

Pela análise do prontuário de JR observa-se insuficiência de informações e um fluxo assistencial fragmentado. Constata-se uma linha de produção do cuidado contínua a partir do momento em que a UBS passa a ser gestora do projeto terapêutico, isso através da criação do vínculo com JR. Daí em diante observa-se continuidade aos cuidados ao JR e uma integralidade na atenção a saúde com criação de um projeto terapêutico orientado. Vale pontuar que, sendo JR um usuário especial com grande demanda de recursos assistenciais, necessitando, por exemplo, de uma quantidade muito grande de matéria para curativos, nem sempre a UBS consegue suprir toda a sua demanda terapêutica, que, devido suas dificuldades financeiras, não pode ser suprida por outra via se não o Sistema Único de Saúde.

Pode-se dizer que hoje JR recuperou e/ou mantém certa qualidade de vida, pois o projeto terapêutico que ele possui foi de encontro as suas necessidades. Vale destacar que o bloqueio psicológico descrito por ele, ainda não foi avaliado por um profissional para que haja resolução do problema que impede, segundo o paciente, o desenvolvimento de atividades intelectuais no seu dia a dia. Mas o projeto terapêutico de JR trouxe um bom prognóstico com um avanço na reabilitação e desenvolvimento de maior autonomia.

(Trecho do trabalho final realizado pelo grupo do terceiro período)

Pode ser observado que na realização deste trabalho os estudantes foram mobilizados a desenvolver competências para elaboração de uma atividade investigativa e a habilidade da redação, a exemplo do recomendado no artigo 5, parágrafo XV das diretrizes curriculares nacionais para a graduação médica. Nas reuniões de planejamento docente que participo na escola em que atuo é comum o comentário sobre a dificuldade dos estudantes na redação escrita, não obstante desenvolverem atividades investigativas desde o primeiro período, produzindo relatos escritos, elaborando projetos de pesquisas e relatórios finais de pesquisa.

Na década de setenta, quando então eu era estudante de medicina, o incentivo à pesquisa e o envolvimento do graduando em processos de produção do conhecimento não eram tão comuns nas atividades curriculares, ficando mais restrito aos projetos especiais de iniciação científica e da extensão universitária¹³⁵.

Nas avaliações de ambos docentes, relatadas nas suas entrevistas, o desempenho de seu respectivo grupo de estudantes foi satisfatório. Inclusive, o preceptor do terceiro período comentou na sua entrevista, que o fato que mais o havia surpreendido naquele período tinha sido o desempenho dos alunos na realização do trabalho final do semestre. Alguns casos necessitaram de uma abordagem individualizada com o(a) próprio(a) estudante, como no caso da “aluna faltosa” do segundo período e uma outra aluna com o mesmo problema no terceiro período, ambas foram chamadas para conversar por seus

¹³⁵ Em ambas as escolas estudadas (a observada e a que atuo) havia programa de Iniciação Científica, mas apenas uma pequena parcela dos estudantes participava deste. Em relação à extensão universitária na universidade em que atuo, apesar de outras graduações desenvolverem atividades nesta perspectiva, o curso médico não investiu nesta direção (com exceção da participação na reedição do Projeto Rondon, a partir de 2005). Na outra escola estudada, apesar da sua tradição “extensivista”, não houve nenhuma menção à atividade de extensão durante a minha frequência nos cenários de prática.

respectivos preceptores, ainda durante o curso e conseguiram reverter a situação.

Houve momentos significativos na observação, nos quais os estudantes tentaram negociar o abono de falta, justificando as suas ausências pela necessidade de estudar para a prova do dia seguinte de outra disciplina. Os estudantes com os quais conversei sobre o assunto, também mencionaram que esta era a principal razão que os levava a faltar à atividade no cenário de prática.

[...] Em seguida, o preceptor passou à leitura da caderneta de freqüência. Neste momento a outra preceptora, que ficou na maior parte do tempo silenciosa, também consultou suas anotações. O preceptor comentou a freqüência de cada aluno. A intenção era premiar os dois mais assíduos com a possibilidade de acompanhá-lo na aula seguinte à visita domiciliar aos idosos com dificuldade de locomoção até o posto de saúde.

O “aluno polêmico” perguntou sobre a avaliação, o preceptor respondeu que a assiduidade e o interesse são levados em conta e que há também uma auto-avaliação. Contabilizou que já havia tido 17 encontros e que faltavam 3, somando 20, sendo possível apenas 5 faltas.

Alguns alunos disseram que vão ter que fazer algo extra, pois já haviam esgotado o número de faltas possíveis para estudar para provas das demais disciplinas. Aí os professores reviram suas anotações. Lembraram que no dia do OREM (encontro nacional desportivo para os estudantes de medicina), que foi o primeiro dia no cenário de prática, só tinham comparecido 4 alunos. O preceptor disse que os critérios iriam ser discutidos com a coordenadora da disciplina e os demais preceptores do período.

O “aluno polêmico” ainda apelou: “Em último caso, o atestado médico resolve?”

O preceptor respondeu: “O atestado está dentro dos 25% de faltas possíveis” [...]

(Diário de campo, 28 de novembro de 2007)

Percebi que o critério da frequência, escolhido pelo preceptor para eleger os que iriam acompanhá-lo na visita domiciliar, já que não haveria possibilidade de levar todos, mobilizou os estudantes. Todos demonstraram um grande interesse em também ter esta oportunidade. Durante o semestre foram poucas as oportunidades para que os estudantes participassem de visita domiciliar.

O tema “prova” (das outras disciplinas do período) estava constantemente presente nas conversas entre os estudantes, permeando as atividades no cenário. O que sugere uma cultura avaliativa prevalentemente somativa na escola médica, que valoriza principalmente a memorização de conteúdos, chegando a uma situação caricatural relatada pelos estudantes do segundo período.

[...] os alunos sentados à minha frente, nas cadeiras na entrada do Departamento, estavam comentando o terror da prova de Anatomia (descobri depois pelo grupo do segundo período o qual observei à tarde, que pela manhã eles tinham tido prova de Anatomia). Um aluno dizia que mesmo que alguém “se ferrasse e todo mundo se ferra”, depois todos conseguiriam se recuperar, “era sempre assim”[...]

(Diário de campo, 11 de novembro de 2007).

Algumas disciplinas, como anatomia, têm realmente conteúdos que necessitam ser memorizados, porém é necessário que os ensinamentos transmitidos não caiam no isolamento. Por exemplo, no trabalho citado desenvolvido pelo grupo do terceiro período sobre paraplegia, seria interessante a consulta ao corpo docente vinculado à neuroanatomia sobre questões referentes ao estudo do caso. Aliás, situação bastante desejável, pois por ser

o preceptor psicólogo¹³⁶, o mesmo recomendava que a busca de conhecimentos específicos médicos, além da pesquisa nas fontes usuais, fosse feita também junto aos docentes das respectivas disciplinas. Nas conversas que tive com estudantes do grupo referido, a percepção que a integração com as demais disciplinas não existia foi consensual. Um estudante foi ainda mais categórico, dizendo que a própria integração esperada entre as diferentes disciplinas (histologia, embriologia e anatomia) que participavam do ensino dos sistemas morfológicos era inexistente.

Quanto à avaliação da disciplina pelos estudantes, ambos os preceptores referiram que na última aula propõem um debate aberto para que os estudantes contribuam para o aperfeiçoamento do curso.

A avaliação na disciplina na qual sou preceptora tem sofrido algumas modificações nos seis anos que atuo nela. Inicialmente, além das notas referentes à apresentação do projeto de trabalho a ser desenvolvido no cenário básico para uma banca de professores convidados no próprio campus da universidade e a apresentação final dos resultados tanto na universidade como na unidade básica (geralmente compareciam à apresentação a direção, as coordenações de programa e clínica e menos frequentemente profissionais ligados ao programa estudado), havia o conceito que dizia respeito ao desempenho nas atividades práticas (instrumento de acompanhamento anteriormente mencionado), a nota referente ao seminário integrado do período e ainda uma prova do tipo dissertativa

¹³⁶ O caráter multiprofissional da preceptoría é uma característica desejável, que pode enriquecer o trabalho no cenário de prática, tendo em vista a proposta de uma abordagem que supere a exclusividade da racionalidade biomédica. Neste caso, estava prevista a contribuição da preceptora auxiliar, residente médica do terceiro ano de saúde coletiva na universidade em questão, porém a mesma se desligou do programa, por ter tomado posse como médica em outra secretaria municipal de saúde. A sua saída aconteceu na metade do semestre e não houve substituição.

(que acontecia no final do semestre). Houve, até então, poucos casos de resultado insuficiente, nos quais os alunos tiveram que refazer a disciplina no semestre seguinte na modalidade estudo dirigido¹³⁷.

Atualmente a coordenação da disciplina substituiu a realização da prova no final do semestre por exercícios que são aplicados no final das três aulas teórico-dialogadas que os estudantes têm ao longo do semestre na disciplina. A média das duas maiores notas dos exercícios pós-aula teórica, têm peso três no cálculo da média final da disciplina, enquanto a nota da apresentação final da pesquisa na modalidade de pôster tem peso dois, o relatório individual da realização de uma sala de espera tem peso um assim como o conceito (desempenho no cenário de prática) e a nota do seminário integrado¹³⁸ do período. De certa forma, este exercício no final da aula, pressiona os alunos a lerem previamente a bibliografia indicada, a estarem mais atentos e participarem mais da aula

¹³⁷ A modalidade estudo dirigido diz respeito a uma orientação individualizada, na qual o estudante que foi indicado a refazer a disciplina por falta de aproveitamento (no caso da reprovação ser por motivo de frequência, ele não poderá refazer a disciplina sob estudo dirigido /ED, mas terá que frequentar com a turma seguinte as aulas no cenário de prática) é monitorado por um preceptor na realização de um plano de curso combinado no início do semestre, que incorpora metodologia ativa. Há encontros periódicos com o preceptor para esclarecimento de dúvidas e acompanhamento dos processos investigativos que o estudante esteja desenvolvendo. O estudante sob ED vai menos à unidade básica e em geral o plano de curso sofre adaptações procurando priorizar questões e atividades nas quais, ele não tenha se saído bem quando foi recomendado que refizesse o curso.

¹³⁸ O Seminário Integrado foi uma estratégia de integração horizontal, proposta pela Coordenação Acadêmica do Curso de Medicina da época, que ocorre em todos os períodos até o internato. A turma do período é dividida em grupos de oito a dez alunos, sendo que a cada um destes é designado um tema investigativo relacionado ao eixo abordado no período respectivo (no caso do segundo período, os sistemas respiratório, nervoso e circulatório). Sob a orientação de um docente de uma das disciplinas do período, cada grupo preparará e apresentará para o restante da turma um seminário temático interdisciplinar (fisiologia, anatomia, histologia, genética, antropologia médica, saúde coletiva) de problemas mais prevalentes correlacionados aos sistemas que estão estudando e às atividades práticas nos cenários de atenção básica (exemplos: tuberculose, poliomielite e hipertensão). Na unidade básica, observam e coletam dados em relação ao funcionamento do programa de saúde respectivo (exemplo: funcionamento do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose / DOT, Vigilância Epidemiológica dos Casos de Paralisia Flácida e Abandono no Programa de Hipertensão). A nota recebida pelo estudante na avaliação de sua participação nesta atividade (investimento no desenrolar da pesquisa, apresentação final escrita e expositiva), entra no cálculo da média de todas as disciplinas cursadas no período.

expositiva/dialogada, o que de imediato remete a sensação de ser um instrumento coercitivo e conservador, ao estilo condutivista. O que moveu a coordenação da disciplina a rever a forma de avaliação provavelmente está relacionado ao que acontecia nas outras disciplinas do semestre, que já aplicavam este exercício de verificação no final de suas aulas.

Na avaliação dos estudantes da disciplina no final do curso que é feita no último encontro com os professores, eles costumam elogiar a atividade de participação em uma das etapas da campanha de vacinação nacional contra a poliomielite e os momentos mais significativos na interação na unidade de saúde e em outros espaços da comunidade respectiva (como os trabalhos desenvolvidos nas escolas públicas locais). Mas há também reclamações quanto à falta de estrutura dos serviços e ainda algumas situações específicas vivenciadas.

A coordenação do curso de medicina também aplica aos alunos um instrumento de avaliação no final de cada período, com perguntas gerais sobre o desempenho docente e tópicos sobre adequação da estrutura existente (laboratórios, espaços físicos, apoio administrativo, etc...). Como este levantamento é realizado geralmente em época de prova final, a sua validade é questionável, pois os alunos em geral estão ansiosos e sob tensão negativa. Os consolidados das respostas dos formulários que são devolvidos pelos estudantes ficam disponíveis para a leitura dos preceptores. Costuma haver opiniões diversas em relação à atividade no cenário de atenção básica, mas no geral há uma predominância de aspectos positivos. De qualquer forma, fica colocada a necessidade de construção de metodologias de avaliação (discente, docente e do curso) mais participativas e que considerem o componente formativo da avaliação, para além do caráter de mero julgamento.

É interessante citar que tive a oportunidade de participar em 2005, da Comissão de Avaliação do curso onde atuo que coordenou, a pedido da gestão educacional, a elaboração de uma prova de conhecimento acumulado em dois segmentos. Foi aplicada uma prova no quinto período referente a conteúdos tratados nos quatro primeiros períodos e outra no oitavo período referente aos conteúdos anteriores a este. As provas foram preparadas em oficinas, nas quais participaram docentes de diferentes disciplinas e períodos do curso (experimentais, clínicas, ciências humanas e sociais e saúde coletiva). Foram construídos casos clínicos, integrando conhecimentos dos quatros eixos formativos do curso (saúde coletiva, sociais e humanas, clínica e dos sistemas) que serviram de referências para questões objetivas (de múltipla escolha) e discursivas. Pude constatar, em média, um aproveitamento “não tão satisfatório” dos estudantes nas questões relativas à atenção básica (os programas de saúde, a abordagem da coletividade, organização do SUS, dentre outros). Exemplifico:

CASO 2 (QUESTÕES DE 6 A 14)

Joana tem 16 anos, procurou a unidade básica local em busca de um método contraceptivo. Foi recebida pela auxiliar de enfermagem do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que teve o primeiro contato com a sua história. Está cursando o supletivo noturno e trabalha como balconista no período diurno. Reside com mãe e três irmãos menores em casa de alvenaria alugada na favela do bairro. Está namorando há 6 meses, André de 19 anos e teve um abortamento (provocado) recentemente. Não costuma conversar com sua mãe sobre sua vida íntima, pois relata que tem dificuldade de entendimento com ela, pois desde que esta “entrou para a Igreja”, passou a lhe proibir que fosse ao baile e que namorasse. Veio ao posto de saúde trazido por uma amiga, que já havia participado de encontros do Programa de Planejamento Familiar.

6) Qual a orientação mais adequada a ser dada neste primeiro contato?

- (a) Por ser menor de idade, Joana deve retornar à unidade acompanhada de sua mãe para ser assistida;
- (b) Agendar consulta com o ginecologista e fornecer o anticoncepcional oral para ser utilizado até o retorno;
- (c) Informar sobre as inscrições para participar das reuniões do Programa de Planejamento Familiar e aconselhar o uso de preservativo, com fornecimento do mesmo.
- (d) Agendar para o ginecologista e aguardar, pois apenas na consulta médica é possível avaliar a situação da paciente.
- (e) Não sei

7) Nas unidades onde não estão implantadas as reuniões de grupo do Programa de Planejamento Familiar.

- (a) É melhor que o médico já prescreva de imediato o uso do anticoncepcional oral, pois é o método mais efetivo;
- (b) Não é necessário o fornecimento do preservativo, no caso da escolha de outro método anticoncepcional, pois Joana está namorando firme há 6 meses;
- (c) Deve-se desaconselhar o uso do diafragma por sua dificuldade na colocação correta;

(d) O médico deve dialogar com Joana, sobre sua escolha, levando em conta aspectos clínicos, culturais e psico-sociais;

(e) Não sei

8) Nos encontros do Programa de Planejamento Familiar

(a) Mulheres pobres com 3 filhos ou mais, mesmo nascidos de parto vaginal, devem receber orientação para laqueadura tubária;

(b) A presença masculina dificulta o trabalho com as mulheres, é preferível que a participante compareça ao grupo sem o seu parceiro;

(c) A vasectomia não é oferecida pelo Programa, por ter caráter mais definitivo;

(d) Além das oficinas educativas, o Programa deve prever acompanhamento clínico-ginecológico da participante;

(e) Não sei.

9) Que estruturas anatômicas podem ser percebidas durante um exame da vagina?

10) Explicar o procedimento culdocentese.

11) Em que situação deve se desaconselhar uso de contraceptivo hormonal?

12) Cite 2 métodos contraceptivos de barreira:

13) Em que fase do ciclo hormonal da mulher fértil ocorre a ovulação? Correlacione esta resposta com o uso de um método contraceptivo “natural”. Descreva como deve ser feito o monitoramento do método natural citado.

14) Qual a influência no Brasil do feminismo sobre as práticas dos profissionais de saúde voltadas para as mulheres?

Questões da prova de conhecimento acumulados aplicada ao quinto período

O caso acima e as questões referentes foram elaborados por docentes de anatomia, fisiologia e saúde coletiva. O tema tratado foi Saúde da Mulher, envolvendo questões de gênero, planejamento familiar, forma de abordagem à paciente, trabalho interdisciplinar, educação em saúde, contextualização do problema, conhecimento do ciclo menstrual, fatores hormonais e fisiológicos. Todos estes conteúdos foram discutidos quando estes estudantes cursavam o segundo período, inclusive a parte relacionada ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que estes tiveram oportunidade de conhecer no cenário de prática da unidade básica na disciplina que participo como preceptora. A média de acerto geral da questão foi de 50,1%. A questão com maior média de acerto foi a 7 (94,0%), que se relaciona às noções do PAISM, e a com menor média de acerto foi a 10 (0%), que referente a conteúdo isolado da disciplina de anatomia, realmente pareceu deslocada.

O objetivo da aplicação da prova de conhecimentos acumulados não é testar a capacidade de memorização dos alunos, mas contribuir para que haja um retorno para os professores e as respectivas coordenações a respeito da retenção e aproveitamento do que é trabalhado teoricamente e como isto tem sido relacionado a uma situação de prática na assistência à saúde individual e coletiva. Provavelmente, se houvesse a possibilidade de uma vinculação mais permanente dos estudantes aos serviços de saúde onde tiveram suas primeiras experiências formativas nos períodos iniciais, os significados dos temas tratados anteriormente teriam sido mais amadurecidos, mas isto é uma suposição.

O que pode ser inferido destas experiências é que ainda há um predomínio da modalidade de avaliação somativa em ambas as escolas estudadas. Mesmo que as disciplinas que desenvolvem suas ações nos cenários de atenção básica

aprimorem metodologias de avaliação formativa, a influência do restante do curso não pode ser desprezada.

O desenvolvimento de uma cultura avaliativa formativa institucional tem relação precípua com o projeto político pedagógico do curso, que por sua vez necessita se adequar à conjuntura das políticas avaliativas implantadas pelo INEP. Como foi comentado anteriormente, após a promulgação das diretrizes curriculares para a graduação médica em 2001, as escolas médicas foram chamadas a participar de um intenso processo de discussão sobre a composição de um instrumento de avaliação do MEC do ensino superior que levasse em conta as especificidade do curso médico e a coerência com as diretrizes vigentes. Não obstante as duas oficinas nacionais que ocorreram em 2005, reunindo dezenas de escolas médicas, organizadas em torno das respectivas Regionais da ABEM, num esforço de articulação intersetorial (Ministério da Educação e Ministério da Saúde), contando com representantes do INEP, que culminaram com a formulação de proposta coerente em tempo hábil, em maio de 2006, o INEP divulgou o documento que orientará as comissões de avaliadores dos cursos com estrutura bastante semelhante ao existente anteriormente. Neste, não foram contempladas as especificidades dos cursos de saúde (foi único para todas as áreas do conhecimento), nem as diretrizes curriculares, nem a responsabilidade social das escolas de medicina através do desenvolvimento de parcerias institucionais e projetos de integração entre ensino-serviço-extensão (AGUIAR, 2006).

Este descompasso na política educacional setorial fragiliza de certa forma, os esforços encapados por escolas médicas mais progressistas e os grupos contra-hegemônicos existentes nas escolas mais resistentes às mudanças recomendadas pelas diretrizes. Ainda assim, as forças em defesa das diretrizes

curriculares e das avaliações que levem em conta o compromisso da instituição educacional para com o SUS e a saúde da população brasileira, segundo documento da ABEM e do FNEPAS redigido nas reuniões que aconteceram no VII Congresso da Rede Unida (Curitiba, julho de 2006), seguirão na sua luta pela mudança na formação médica¹³⁹.

¹³⁹ O processo para o estabelecimento de critérios para autorização de novos cursos de Medicina, para reconhecimento e para renovação dos reconhecimentos já existentes tem engendrado acirrados embates. Os pareceres do Conselho Nacional de Saúde na avaliação da legitimidade dos respectivos cursos médicos (segundo critérios que abordam dados demográficos / epidemiológicos como as relações entre o número de médicos, a população local e as necessidades locais de saúde; conformidade com as diretrizes curriculares nacionais; integração à rede local e regional de serviços de saúde, especialmente por meio do SUS, dentre outros) são frequentemente desconsiderados. (http://www.abem-educmed.org.br/posicionamento_abem/abertura_novas_escolas.pdf, acessado em 22/05/2007).

5.4.4_ Integração Curricular: o fio da meada.

Acredito que a iniciativa do estudante para fazer as conexões necessárias na sua busca do conhecimento seja importante, mas esta tarefa e as competências para realizá-la não devem ser exclusivamente suas. As coordenações dos cursos e os docentes das disciplinas voltadas para a atuação em cenários de prática necessitam estabelecer de fato mecanismos de integração horizontal e vertical (AGUIAR & CORDEIRO, 2004), para além do caráter formal do que é anunciado no projeto pedagógico e no currículo exposto. Enfrentar os entraves existentes na estrutura dura dos departamentos e no formato disciplinar é uma necessidade vital à proposta de uma formação médica mais comprometida com a realidade.

O curso de medicina, no qual foram feitas as observações nos dois cenários de atenção básica, tinha o acúmulo de um longo processo de reformulação curricular, porém pude perceber pelo que presenciei nas disciplinas voltadas para prática que esta discussão ainda estava circunscrita ao departamento vinculado à saúde coletiva. Mesmo sendo previstas formas de integração no projeto pedagógico oficial, o “currículo oculto” persistia apontando para práticas isoladas de ensino, nas quais as disputas de poderes tendem a *reverberar* o modelo biomédico no curso como um todo, não obstante as iniciativas inovadoras que observei.

Ambos os preceptores entrevistados mencionaram dificuldades dos coordenadores das disciplinas respectivas em convocar reuniões periódicas de planejamento e avaliação com o corpo docente que atua nos cenários de prática, tendo em vista o acúmulo de responsabilidade deste e um número insuficiente de docentes diante das atividades a serem realizadas. Pode ser que este seja um fator contribuinte, além da diversidade dos

contextos dos cenários de prática, para a impressão que tive na observação no campo em relação a um alto grau de autonomia do preceptor na definição de seu próprio programa de ensino. Ainda que a temática da promoção de saúde tenha sido compartilhada nos trabalhos finais apresentados na conclusão do segundo período que assisti em março de 2006, os comentários informais dos estudantes que escutei durante o evento apontavam para uma diversidade ampla metodológica de cada preceptor.

Não pretendo aqui defender modelos homogêneos de atuação na preceptoria nos cenários de prática, o que seria uma *descontextualização*, não se levando em conta a riqueza das diversidades locais. O que defendo é a garantia de fóruns para a troca de experiências entre os docentes na sistematização do vivenciado e o aprimoramento constante do programa curricular, evitando isolamentos e maiores dificuldades nos cenários de prática. Este espaço reflexivo da prática deve ser inclusive tratado como estratégico na formação do próprio docente, na perspectiva da Educação Permanente. O apoio permanente da universidade à atuação parceira do(a) preceptor(a) no serviço é fundamental, pois como já abordado anteriormente os desafios que este(a) enfrenta neste lugar assistencial, que tem uma cultura diferenciada do ambiente acadêmico, são muitos.

A minha própria tentativa de ter um encontro antes do início do trabalho de campo com os preceptores do cenário de prática da disciplina do terceiro período, através da intermediação do seu coordenador, foi frustrada. Fiquei com a impressão (pode ser equivocada) que esta reunião presencial mais formal de planejamento entre os preceptores, prévia ao início das atividades com os estudantes no cenário de prática, não aconteceu.

No curso que atuo como preceptora, embora a estratégia do seminário integrado seja produtiva e a existência dos conselhos de classe por período também permita encontros periódicos entre os docentes durante o semestre letivo, ainda há dificuldades importantes para acordar a distribuição de carga horária entre as disciplinas que acabam gerando disputas e desconfianças, assim como a definição de critérios avaliativos integrados (há uma prova integrada). Alguns docentes persistem em priorizar conteúdos detalhistas e memorizados de suas especialidades, enquanto o projeto pedagógico indica a formação generalista. A avaliação integrada das disciplinas deveria seguir a mesma orientação do projeto pedagógico institucional ou, seja estar dirigida à abordagem interdisciplinar dos problemas mais comuns de saúde na realidade brasileira. Como há uma tensão constante no planejamento das ações de integração das disciplinas, a coordenação da disciplina que atuo (relacionada à saúde coletiva com atuação no cenário de atenção básica) decidiu não participar mais da elaboração da avaliação integrada, já que era sempre voz isolada na defesa das recomendações quanto ao caráter formativo generalista.

Apesar da instituição educacional em que trabalho ser mais nova que a que observei o que, a primeira vista pode sugerir maior facilidade para adequação às diretrizes curriculares que incorporam a perspectiva da integralidade, isto não se concretiza tão diretamente. Grande parte do seu corpo docente ainda traz de sua própria formação médica ou mesmo de experiências docentes anteriores fortes influências da racionalidade biomédica descritas no primeiro capítulo deste trabalho.

Como este estudo focou processos de ensino, aprendizagem e avaliação na atenção básica, nos três primeiros períodos, não

foram abordadas competências e habilidades diretamente relacionadas aos períodos mais avançados, como o cuidado na assistência clínica propriamente dita (os próprios estudantes tomando a frente das consultas médicas na unidade e nas visitas domiciliares, ainda que supervisionados). No entanto, o esperado é que a experiência formativa trazida dos primeiros períodos signifique um acúmulo na perspectiva da integralidade, incorporando este sentido às atividades desenvolvidas nos anos seguintes do curso.

Durante o trabalho de campo, apenas no cenário do centro de saúde, através do relato do preceptor (segundo período), na sua entrevista, tive conhecimento que em outros horários, ele supervisionava um grupo do internato (modalidade rotatória). Segundo a percepção do referido preceptor, o interesse no grupo de internos era heterogêneo, alguns se comprometiam com as práticas assistenciais na unidade e nas visitas domiciliares aos idosos (abordagem mais próxima, orientação do cuidador e da família, realização de curativos e cuidados de suporte para evitar a internação), outros frequentemente faltavam e não estudavam (não demonstravam iniciativa para pesquisar sobre temas relacionados aos casos em acompanhamento e davam uma impressão de passividade diante do contexto da prática na atenção básica).

A percepção que trago da minha experiência na preceptoria na atenção básica, quanto à integração das atividades desenvolvidas nos cenários respectivos aos demais períodos no curso que atuo é que esta de fato não se efetiva, não obstante o esforço de um pequeno número de docentes, e um projeto pedagógico que até então, em tese, defende este objetivo. Apesar dos estudantes de períodos mais avançados estarem inseridos em um módulo de PSF, há pouca oportunidade de encontro de integração pedagógica entre os preceptores que

atuam nos centros de saúde (segundo período) e os que estão no módulo de saúde da família (terceiro, sexto, nono períodos e internato). Em relação às atividades desenvolvidas nos hospitais e na policlínica pelos estudantes nos períodos subseqüentes, há uma descontinuidade na formação, quanto à abordagem dos pacientes. Um bom exemplo é o tratamento dado à anamnese, fato já comentado anteriormente, que se expressa na menor valorização dada aos aspectos psico-sociais e culturais relatados pelos pacientes e na recomendação para a objetivação da consulta que deve ser norteadada pela “sintomatologia física” e os fenômenos biológicos relacionados ao quadro diagnosticado.

A mudança constante no quadro da docência na instituição que atuo, característica mais relacionada à sua natureza privada¹⁴⁰, também prejudica o acúmulo de experiência do corpo docente ao longo do processo de constituição do projeto pedagógico. O investimento na formação pedagógica docente para além das questões técnicas de cada especialidade é algo que é novo na escola médica. Logo que ingressei no curso, a instituição estava passando por um processo de reformulação para a visita do MEC. Nesta época, houve uma maior amplitude de debates em torno do projeto pedagógico e foram instaladas comissões de integração curricular. Passados quatro anos, as comissões de integração curricular não foram sustentadas no decorrer dos anos e os novos professores que chegaram à instituição mais recentemente, enfrentam dificuldades para compreender o trabalho realizado anteriormente.

¹⁴⁰ Embora as experiências por mim observadas fossem numa universidade pública, nem todos os preceptores na unidade básica tinham vínculos estáveis com a instituição acadêmica, como foi o caso da residente que se desligou do programa no meio do semestre por ter sido chamada para tomar posse, após aprovação em concurso público, como médica de família numa secretaria municipal de saúde. O vínculo estável do docente, se por um lado tem vantagens profissionais, por outro por si só não garante uma política mais integrativa ao curso de medicina. Muitas vezes pode favorecer justamente a acentuação do encastelamento dos departamentos nas disputas acadêmicas por prestígio e poder decisório.

Houve também mudanças na gestão acadêmica do processo, tendo ocorrido reformulações na condução do processo, com redução de carga horária total do curso na perspectiva da proposta do INEP, o que foi efetuado principalmente com a retirada de algumas disciplinas de ciências humanas e sociais e de saúde coletiva. O principal argumento utilizado pela gestão acadêmica, foi que apesar do investimento do projeto pedagógico anterior na formação humanista e em saúde coletiva, os estudantes da escola não tinham tido bom aproveitamento nas questões sobre estes tópicos no Exame Nacional do Desempenho dos Alunos (ENADE) em 2004.

A questão fundamental não é a disputa por carga horária disciplinar, o que seria reproduzir a fragmentação. O mais desejável seria realmente romper as fronteiras das disciplinas, investindo-se na abordagem das atividades interdisciplinares como é o caso dos seminários integrados, já que o projeto pedagógico de ambas as escolas e da grande parte dos cursos médicos brasileiros mantêm a estrutura disciplinar.

“A fragmentação do conhecimento em disciplinas e a estrutura universitária decorrente da Reforma de 1968, que fragilizaram a coordenação do curso médico ao fortalecer a unidade funcional dos departamentos didáticos, são fatores que podem estar dificultando os movimentos de inovação curricular”. (LAMPERT, 2001)

Como este estudo na escola observada, ficou focado a dois cenários de prática de atenção básica (segundo e terceiro períodos), não é possível aprofundar aspectos sobre a integração vertical do curso, mas em relação à integração horizontal as impressões relatadas pelos próprios estudantes e os preceptores foram contundentes no sentido que esta era frágil.

Seja a instituição educacional de natureza pública ou privada, penso que é fundamental que a gestão do processo acadêmico eleja a integração curricular do curso como estratégia para implantar (e/ou sustentar) as diretrizes curriculares. Nesta perspectiva, a forma como a gestão acadêmica conduz o processo de elaboração do projeto pedagógico do curso (e as suas respectivas atualizações) tem relevância significativa para o estímulo a uma prática docente mais reflexiva.

A atualização do projeto pedagógico é uma prática política, seja ela conservadora ou transformadora. O projeto pedagógico que é constituído de forma dialogada pode fortalecer a trama e costurar de forma mais apropriada a reforma curricular. É provável que resistências às mudanças não deixem de existir por completo e persistam práticas docentes não afinadas às diretrizes curriculares (currículo oculto), mas a ampliação de espaços de participação dinamiza e transparece o processo.

Para uma reforma curricular, comprometida com a perspectiva da integralidade na formação médica, são necessárias mudanças na gestão acadêmica visando à democratização das relações (ensino, serviço e comunidade), o incentivo à participação docente “de fato” no processo (carga horária pertinente e política de educação permanente) e o estabelecimento de critérios de avaliação docente que incluam o desempenho em atividades voltadas para a integração do curso (que primem pelo diálogo entre teoria e prática nos diferentes cenários de atuação).

CAPÍTULO 6

- ARREMATES E ACABAMENTOS:

A TRAMA DA INTEGRALIDADE NA

COMPOSIÇÃO DE TEXTURAS SINGULARES E

PLURAIS NA FORMAÇÃO MÉDICA NA

ATENÇÃO BÁSICA.

– ”Quais foram as surpresas encontradas ao longo do trajeto do trabalho realizado e o que foi mais significativo ao enfrentar o desafio desta investigação?”

Ao término de uma pesquisa, costumo me colocar esta interrogação com uma intenção cartográfica da trajetória investigativa. Particularmente neste estudo, por eu ter familiaridade com o campo e estar implicada afetivamente com o tema, a princípio fiquei bastante preocupada quanto à vulnerabilidade de proceder a uma observação com foco muito circunscrito às minhas referências prévias. Assim, neste contexto, o fator surpresa teria também o significado positivo do ir além do olhar habitual.

A surpresa maior foi a revelação da riqueza do próprio cotidiano, daquilo que é habitual às práticas formativas e assistenciais, mas que é pouco refletido e compartilhado na comunidade local (pessoas que circulam e atuam na unidade de saúde)¹⁴¹, seja este contexto de uma experiência considerada inovadora ou não. A hegemonia de uma prática em saúde pouco reflexiva não é surpresa, mas o que mais me surpreendeu foi a riqueza singular de cada experiência revelada ao olhar mais atento, que se atualiza no processo do cuidado (ou descuido) na saúde. Como bem salienta Boaventura de Sousa Santos (2000), o

¹⁴¹ Associo ao significado de comunidade, a perspectiva da aprendizagem, ou seja, um espaço de convivência no qual a construção de conhecimentos seja compartilhada. Para WENGER (1998), uma comunidade de prática não é tão somente um agregado de pessoas definidas por algumas características, são pessoas que aprendem, constroem e “fazem” a gestão do conhecimento. As relações de contribuição têm um caráter espontâneo, não hierarquizado e autogerido.

“Uma Comunidade de Prática pode ser uma comunidade que aprende, pois são compostas por pessoas que têm compromisso de agregar melhores práticas”. (MENGALLI, 2004, MIMEO)

De certo, que os ambientes de trabalho nos serviços de saúde e nos departamentos das universidades não “respiram” com frequência uma atmosfera harmônica, na qual todos compartilhem de projetos afins, mas isto também merece ser trabalhado. Um dos objetivos principais da política de educação permanente em saúde, através da problematização do processo de trabalho, é a configuração de comunidades de aprendizagem nos diferentes níveis do setor, dinamizando o cotidiano gerencial, assistencial e formativo em prol da qualificação do SUS.

“não desperdício da experiência” não ocorre apenas por ser valorizado aquilo que ela traz de fenomenológico, mas fundamentalmente pela sua potencialidade crítica, quando dela há uma apropriação coletiva reflexiva (problematizadora da vivência).

Relatar a singularidade “irreprodutível” de cada experiência evidencia o potencial criativo local e produz contribuições importantes aos intercâmbios tão necessários às conexões entre as diversidades existentes na perspectiva de uma cultura formativa médica diferenciada da perspectiva exclusivamente biomédica. A definição do tipo ideal para a formação médica que tenha a perspectiva da integralidade é uma tarefa complicada, já que ontologicamente o próprio “conceito integralidade” se exprime de forma plural.

Observo que se por um lado, o sentido da integralidade almeja relações mais horizontais entre práticas e saberes no campo da saúde, por outro não omite as arenas de conflitos existentes nos planos de macro e micro-poderes do setor, optando por dar voz aos grupos que usualmente têm menos poder de decisão (usuários e profissionais de saúde que não têm espaço de participação). A luta pela hegemonia cultural-política na saúde, acontece às vezes de forma mais sofisticada, mas ainda é classicamente gramsciana¹⁴².

Na minha leitura, falar sobre integralidade é dizer de uma potência instituinte que se valida a partir da vivência (nos encontros e desencontros, nas travessias, nas interfaces, nos caminhos pela saúde). Pode ser tomada como força contra-

¹⁴² Isto é, uma luta política de convencimento (ocupação de espaço) e de “empoderamento”, na qual grupos contra-hegemônicos persistem em seus projetos de transformação do “status-quo”, explicitando as fragilidades dos modelos conservadores e articulando inovações com características coerentes com o que defendem.

hegemônica (que luta por hegemonia) e não como algo a parte (que se auto-exclui).

Apesar do acúmulo de aspectos positivos no sentido da integralidade na saúde (como a definição dos próprios princípios legais do SUS e das diretrizes curriculares da maioria das graduações na saúde, que são claras em afirmar esta perspectiva), as resistências institucionais e de grupos da categoria médica a esta abordagem ainda são muito expressivas¹⁴³. Portanto, ainda que sejam legalmente recomendadas, experiências que defendem mudanças na formação e na prática médica com a perspectiva da integralidade ainda são contra-hegemônicas na formação e na prática médica.

A superação de reducionismos acadêmicos e técnico-assistenciais que perpetuam confrontos entre os campos de saberes e práticas da clínica e da saúde coletiva, dificultando interlocuções mais comprometidas com o cuidado na saúde, é um grande desafio a ser problematizado na luta pela hegemonia da perspectiva da integralidade.

Na busca de hegemonia, há riscos de constituir estratégias de isolamento ainda maior. Recentemente, surgiu no cenário da formação em saúde a proposta de uma graduação em saúde coletiva, tendo como justificativa a limitação das competências adquiridas nas disciplinas de saúde coletiva, que foram inseridas nos currículos de diversos cursos de saúde (Medicina, Odontologia, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Serviço Social, dentre outras), frente à necessidade emergencial

¹⁴³ Os comentários aqui expressos dizem respeito às experiências estudadas, embora a literatura da educação médica aponte que, de forma geral, a integração curricular e a superação da dicotomia formativa entre as disciplinas de saúde coletiva e clínica ainda sejam desafios para maior parte das escolas médicas brasileiras (LAMPERT, 2001).

da redefinição dos processos de trabalho na saúde. Este novo curso reduziria o tempo necessário à formação para se ter um(a) profissional de nível superior com o perfil de gestor do trabalho na saúde, não sendo mais preciso aguardar que este(a) concluísse a pós-graduação referente (TEIXEIRA, 2003).

Ainda que seja muito necessário ampliar os investimentos nas políticas de formação de recursos humanos para o SUS, para a efetivação de um modelo técnico-assistencial que articule mais interações positivas entre as universidades, os serviços e as comunidades assistidas (educação permanente para além dos projetos de extensão universitária), a minha percepção em relação à proposta de criação desta nova graduação é que tal iniciativa acabaria por agravar ainda mais o isolamento já existente, aprofundando às dicotomias entre práticas e saberes da saúde coletiva e os das referidas clínicas.

Em minha opinião, a estratégia da graduação específica significaria reverberar ainda mais o “gueto” da saúde coletiva dentro das formações em saúde, correndo o risco de subtrair radicalmente este campo de conhecimento dos currículos gerais das graduações das diferentes categorias da saúde, já que existiria outro espaço específico para que se concentrassem as atenções e as “energias” formativas da área. O dilema aqui colocado para o campo da saúde coletiva é a decisão entre ocupar mais terreno dentro da formação das diferentes graduações da saúde, dialogando com as práticas e os saberes destas ou “bater em retirada” para um lugar mais seguro, tornando-se um curso a parte. Certamente, esta última possibilidade representaria uma disjunção mor, comprometendo profundamente o sentido da integralidade.

A linguagem mais adequada para tratar deste dilema é a “bélica” ou é mais oportuna “a diplomática”? Confrontos entre

racionalidades existem, o que não invalida esforços para negociações e articulações. Como conjugar estas questões (que também são ideológicas) à discussão da formação médica como um todo e especialmente na atenção básica?

Ações de saúde coletiva têm sido historicamente associadas à atenção básica em detrimento das unidades hospitalares e as de maior densidade tecnológica (dura), o que identifiquei como mais uma distorção. A contextualização da assistência clínica à realidade de vida da pessoa assistida e a(s) da(s) coletividade(s) à(s) qual(is) ela está inserida não é tarefa exclusiva das práticas desenvolvidas na atenção básica. Mesmo que este trabalho tenha abordado a formação na atenção básica, não é possível pensar esta deslocada da atuação médica nos demais níveis assistenciais. Comumente, os estudantes de Medicina são inseridos em serviços de atenção básica pelas disciplinas de saúde coletiva nos primeiros anos da graduação, sendo que na maioria dos cursos esta inserção não é continuada e há ruídos importantes quanto à integração curricular nas escolas médicas. A lógica empregada pelas disciplinas clínicas, cujos principais cenários de atuação são hospitalares, no lidar com a assistência é bastante diversa. Enquanto nos primeiros períodos os estudantes são expostos a uma abordagem mais problematizadora da racionalidade biomédica, nos períodos finais há uma orientação dominante para uma reprodução não crítica das balizas da biomedicina. Como aprofundar a discussão da integralidade nos ambientes clínicos e hospitalares? Como superar uma cultura médica hegemônica que perpetua dicotomias, apesar do acúmulo de conhecimentos e práticas críticas que contra-indicam esta segmentação no processo de cuidado?

Deslocamentos são necessários, a desterritorialização da prática médica como centro da organização assistencial requer

um movimento da corporação médica no sentido da democratização no poder decisório na saúde, o que inicialmente os órgãos de classe não têm demonstrado predisposição para fazer. Uma circulação maior nos territórios de atuação é imprescindível, estando os(as) preceptores(as) da clínica mais presentes com seus alunos(as) nos cenários de atenção básica e os(as) de saúde coletiva nas unidades hospitalares respectivamente, compondo trabalhos investigativos e assistenciais mais interdisciplinares na formação, numa integração curricular de fato. A conjunção de atividades formativas em cenários de prática precisa romper as amarras das disciplinas, expondo estudantes, docentes de clínica e saúde coletiva, profissionais, gestores, usuário(as)s e a população local à problematização coletiva do processo de cuidado nos serviços de saúde e à construção compartilhada da integralidade no cuidado.

A formação do estudante de medicina a partir de princípios “*desconstrutivos*” ainda é um desafio maior. Desconstruir valores enraizados na cultura hegemônica do corpo docente médico é uma tarefa árdua que não se dá em curto prazo. A perspectiva da integralidade pressupõe o compromisso com a efetivação da reforma sanitária e a qualificação do SUS por parte dos(as) profissionais de saúde e dos(as) formadores(as) destes, demandando uma interlocução mais “generosa e curiosa” entre a clínica e a saúde coletiva. Problematizar a realidade dos serviços do SUS na busca de sua qualificação, escapando à tendência dominante em atribuir as deficiências exclusivamente à escassez de recursos materiais, ao “baixo” valor salarial da categoria e à falta de “informação” dos usuários dos serviços é uma forma de compromissar-se com projetos de transformação e qualificação da assistência.

Ainda que esta investigação tenha utilizado, a exemplo das diretrizes curriculares para as graduações de saúde, a referência da competência nas suas proposições para a formação médica na atenção básica, o fez considerando as limitações desta. O(A) estudante deve ser estimulado(a) a conhecer a trajetória histórica da medicina nas suas relações com os contextos sociais de cada época e refletir sobre a atuação dos profissionais de saúde, particularmente o(a) médico(a), frente aos desafios da contemporaneidade e às situações vivenciadas nos diferentes cenários de prática. As considerações *elencadas* na discussão do trabalho enquanto princípio educativo merecem estar presentes na formação médica, revelando atitudes e valores que foram sendo incorporadas na trajetória da profissão. A questão política necessária à formação na perspectiva da integralidade é assumir no ato formativo: a saúde enquanto direito, o papel social do(a) médico(a) na defesa desta e da valorização ética e pública do cuidado na saúde. Esta inflexão possibilita uma problematização da própria identidade médica (e da cultura docente médica). Embora ainda haja uma predominância da referência biomédica e da configuração da profissão atrelada ao capitalismo, a imagem da identidade provavelmente não é singular (como aponta as experiências estudadas), o que a torna permeável a outros sentidos possíveis.

Será que o(a) profissional médico(a) ao entrelaçar as ações clínicas e as demais à perspectiva da integralidade teria que ter sua profissão renomeada? Seria um(a) novo(a) profissional de saúde, já que estaria rompendo com suas tradicionais referências formativas? Compactuar competências para utilizar as valises das tecnologias leve, leve-dura e dura (MERHY, 2000) é o principal desafio da práxis da clínica ampliada (CAMPOS, 2005). Esta minha inflexão sobre a formação nos primeiros anos da graduação médica não objetivou o debate sobre a formação de um médico com perfil sanitarista, mas

buscou compreender como as ações desenvolvidas no processo de cuidado na atenção básica, que na sua grande maioria nesta etapa curricular estão mais relacionadas às ações de saúde coletiva, podem contribuir para a formação generalista, de acordo com o que está previsto nas diretrizes curriculares. Fica clara a importância da integração curricular na configuração de significados mais expressivos às estas experiências vivenciadas no início da graduação.

Oficialmente as diretrizes curriculares da medicina já foram mudadas desde 2001, o descompasso que existe entre o que é recomendado por estas e a prática docente nos cursos médicos não se relacionaria apenas a um dilema existencial e semântico, mas tem também seus axônios ideológicos¹⁴⁴.

Gramsci nos diz que nenhuma força inovadora consegue atuar com eficácia imediata e preservar sua coesão com completa coerência. Como energia inovadora “é sempre racionalidade e irracionalidade, arbítrio e necessidade. Como vida tem todas as fraquezas e forças e tem todas as suas contradições e suas antíteses” (GRAMSCI *apud* KONDER,

¹⁴⁴ Ideologia no pensamento marxista (materialismo dialético) é um conjunto elaborado de proposições, na sociedade burguesa, com a finalidade de fazer aparentar os interesses da classe dominante como interesse coletivo, construindo uma hegemonia daquela classe. A manutenção da ordem social requer dessa maneira menor uso da violência. A ideologia torna-se um dos instrumentos da reprodução do *status quo* e da própria sociedade e cria uma falsa consciência. Althusser chama atenção que a ideologia baseia-se no discurso lacunar do sugerido, mas não dito, que se materializa nas práticas das instituições (CHAUÍ, 1979).

Gramsci propôs uma diferenciação interna ao campo da ideologia, separando as historicamente orgânicas que são necessárias a certa estrutura das arbitrarias que são racionalizadas e desejadas. As ideologias "arbitrarias" merecem ser submetidas a uma crítica que, de fato, as desqualifica. Porém, as ideologias "historicamente orgânicas" constituem o campo no qual se realizam os avanços da ciência, as conquistas da "objetividade", que é reconhecida por todos os homens, independente de qualquer ponto de vista meramente particular ou de grupo. Neste sentido, a oposição entre ciência e ideologia merece ser melhor analisada, pois a ciência também é uma superestrutura, portanto ideologia (KONDER, mimeo).

A ideologia médica hegemônica foi esculpida nos moldes da racionalidade biomédica, não sendo esta última exclusividade da corporação estendendo-se a amplos setores sociais.

mimeo). A perspectiva analítica gramsciana é materialista, com a feição peculiar de estar permanentemente atenta à importância da criatividade do sujeito humano, na suas potencialidades artísticas e culturais.

A envergadura filosófica de *vir a ser* é uma acepção de vida que se desdobra em morte e renascimento contínuos, em movimentos de destruição e de construção, como parte do mesmo devir criador (NIETZSCHE *apud* NAFFAH NETTO, 1996, p.12). Como os(as) médicos(as) e os(as) docentes de Medicina lidam com a potência de transformação existente nos processos cotidianos de formação e do cuidado em saúde?

Queira-se ou não, há um processo de transformação em curso no campo formativo médico. As pesquisas sobre integralidade têm mostrado experiências diversas na formação médica e de outras graduações de saúde que desenvolvem interessantes aproximações entre o mundo do trabalho e o ensino (PINHEIRO, CECCIM & MATTOS, 2006), como também apontam as experiências estudadas nesta investigação.

Conjuntamente à articulação para o fortalecimento da política de educação permanente no setor e a efetivação de fóruns de planejamento e avaliação de ações conjuntas entre universidade, serviço e população, o intercâmbio entre experiências locais de formação na perspectiva da integralidade a partir das entidades de formação, dos órgãos governamentais e dos grupos de pesquisa da área temática vitaliza a *práxis transformativa*.

É justamente na trama local cotidiana destas experiências que afloram caminhos criativos na superação das rotinas e práticas mecanizadas. Estes processos transformadores são matérias de reflexão para que novos projetos de cuidado sejam

construídos coletivamente, emergindo novos patamares na assistência e na formação.

A mudança do modelo tecnoassistencial é também um processo desconstrutivo (em relação ao modelo biomédico), assim como o é no modelo formativo na saúde. Os ritmos de ambas as mudanças são diferentes, mas a tendência no sentido da integralidade de uma, pode potencializar o movimento da outra nesta mesma direção.

Reciclar texturas e compor tonalidades poéticas na formação médica e no cuidado, diluindo *endurecimentos*¹⁴⁵ no *fazer-médico*, são processos plurais que acontecem no interstício dos cenários de prática. É no território da práxis que se dão as transformações de fato. Cada experiência tem seu contexto, conjuntura, pessoas e articulações que não podem ser simplesmente *clonados*. O sentido da proposta do intercâmbio não é a identificação de modelos, mas visa à ruptura do isolamento e o não desperdício das experiências locais.

Neste campo matizado por várias tonalidades e texturas, os processos de ensino, aprendizagem e avaliação se recriam. A perspectiva da integralidade na transformação da formação médica a partir da atenção básica está vinculada à tessitura da integração curricular, da educação permanente e do entrelaçamento entre a arte, competência (na sua concepção mais ampliada) e prática política para o cuidado e o compromisso com o SUS.

¹⁴⁵ Embrutecimento (diante da impotência) frente ao sofrimento do outro, alienação no processo de trabalho e descontextualização (reprodução de práticas pouco reflexivas).

“Gira essa roda, roda Círandas
Agita essa roda Círandas
Gira sem medo Círandas
Círandas da vida estão sempre a girar
Vida que é vida não pode parar”

(Vera Dantas)*

- Vera Dantas é médica, preceptora na Residência de Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará e coordena o Projeto Círandas da Vida, nascido da parceria entre o Ministério da Saúde e a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS)

_ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AGUIAR, A.C. **Consequences for Faculty of Changes in Medical Education: The Experience of Tutoring a Course about the Patient-Doctor Relationship.** Thesis of Doctor of Education. Graduate Scholl of Education of Havard University, 2000.

----- **Tendências na Educação Médica: um Modelo Curricular Ajustado ao Conceito Ampliado de Saúde, às Mudanças Tecnológicas, e à Realidade Social.** In: KRUSE, B **Educação Médica: da Retórica à Realidade.** Pernambuco: Instituto Materno- Infantil, 2001

-----Implementando as Novas Diretrizes Curriculares para a Educação Médica: O que nos ensina o Caso de Havard? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação.** São Paulo: Fundação UNI Botucatu, v.5(8), p.161-166, 2001.

----- Cultura de avaliação e transformação da Educação Médica: a ABEM na interlocução entre academia e governo. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 30 (2), p. 98-1001, 2006.

----- & CORDEIRO, H. Integração vertical e horizontal do currículo médico no contexto das novas Diretrizes Curriculares: o Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 28 (2), p. 164-172, 2004.

----- & LUGARINHO, R. A Constituição do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área de Saúde e a Avaliação da Formação no Contexto de Implantação das Diretrizes Curriculares para a Graduação

Médica. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs) **Gestão em Redes: Práticas de Avaliação, Formação e Participação na Saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006 (p.289-296).

ALBERI, H. **História Oral: a Experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil/Fundação Getúlio Vargas, 1989.

ALBUQUERQUE, C.P. **Municipalização e Crise de Cultura Institucional**. O Caso do Centro Previdenciário de Niterói. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1994.

----- Educação e Saúde, Sujeitos e Significados. In: **Ciência & Saúde Coletiva** (Livro de Resumos do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Salvador, 2000) . Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000, p. 243.

----- **Cenários de Prática e Formação: Desafios no Fazer Cotidiano**. Trabalho apresentado no VI Congresso Nacional da Rede Unida. Belo Horizonte, MG, 2005.

----- **Ensino e Aprendizagem em Cenários de Prática, Incentivando uma Cultura de Educação Permanente na Graduação Médica**. Trabalho apresentado no III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO. Florianópolis, SC, 2005

-----& MACHADO, M. C. **Universidade e SUS, Parcerias na Formação Médica**. Trabalho apresentado no V Congresso Nacional da Rede Unida. Londrina, PR, 2003. Menção Honrosa.

ALBUQUERQUE, C.P. & OUTROS **Os Projetos de Trabalho na Educação Médica: Construindo Sentidos, Significados e Ações Compartilhadas.** Trabalho apresentado no XLII Congresso Brasileiro de Educação Médica. Vitória, ES, 2004.

----- **Preceptoria: Elo Significativo na Parceria Ensino, Serviço e Comunidades na Formação na Atenção Básica.** . Anais do VII Congresso Nacional da Rede UNIDA. Curitiba. Revista Olho Mágico, v 13 n2, 2006.

ALMEIDA, M. J. **Educação Médica e Saúde: Possibilidade de Mudança.** Londrina-Rio de Janeiro: ABEM/UEL, 1999.

----- (org) **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde.** Londrina, PR: Rede Unida, 2003.

ARAÚJO, I. **Cartografia da Comunicação em Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz/CICT/DCS, *mimeo.*

----- Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para Políticas Públicas. **Interface _ comunicação, saúde, educação.** Fundação UNI/UNESP, v.8, n.14, set 2003-fev.2004, SP. P.165-178.

ARROYO, M. G. **“A prática educativa como processo de construção dos sujeitos: os espaços, as tensões entre a população, a equipe profissional e os gestores”.** Conferência proferida em 7 de agosto de 2001 durante o II Seminário sobre Educação Popular e Saúde no Contexto da Promoção da Saúde: seus sujeitos, espaços e abordagens e II Encontro Nacional de Educação Popular e Saúde. (MIMEO)

- ARREGUY, E. M. **"Ensino Baseado em Competências no Curso de Especialização em Nutrição Oncológica do Instituto Nacional do Câncer"**. Tese de Mestrado, NUTES/UFRJ, 1999.
- ASSIS, S. G. & outros **Superação de Dificuldades na Infância e Adolescência: Conversando com Profissionais de Saúde sobre Resiliência e Promoção da Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / ENSP / CLAVES / CNPq, 2006.
- AYRES, J. R. **Vulnerabilidade e Avaliação de Ações Preventivas**. São Paulo: Casa da Edição, 1996.
- Cuidado: Tecnologia ou Sabedoria Prática? **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, SP: Fundação UNI, 2000, pp 117- 120.
- BACHELARD, G. **A Formação do Espírito Científico**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1966.
- BARROS, M.E. Avaliação e Formação em Saúde: Como Romper com uma Imagem Dogmática do Pensamento. In: PINHEIRO, R. , CECCIM, R. C. & MATTOS, R. A. (org) **Ensinar Saúde: a Integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação na Área de Saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005, p.261-287.
- BASILE, M. A Uma Experiência Nacional: CINAEM. In: MARCONDES, E. & GONÇALVES, E. **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998, p. 307-322
- BENJAMIN, W. **Obras Escolhidas. Magia e Técnica, Arte e Política**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

- BERNSTEIN, R.J. From Hermeneutics to Praxis. In: **Beyond Objectivism and Relativism. Science, Hermeneutics and Praxis**. University of Pennsylvania Press, 1983.
- BERBEL, N.A.N. A Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas. In: **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo: Fundação UNI Botucatu, v.2(2), p.139- 154, 1998.
- BIRMAN, J. Interpretação e Representação na Saúde Coletiva. **PHISIS - Revista de Saúde Coletiva**, v.1,n 2: 7-22, 1991.
- BISON, R.A.P. “**A Percepção do Cuidar entre Estudantes e Profissionais de Enfermagem**”. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2003.
- BOURDIEU, P. **Coisas Ditas**. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- **Pierre Bourdieu avec Lœic Wacquant; réponses**. Paris: Seuil, 1992.
- , CHAMBOREDON, J.-C. & PASSERON, J.-C. **The Craft of Sociology :Epistemological Foundations**. New York : Aldine de Gruyter, 1990(1968).
- BRANT, V. Discutindo o Conceito de Inovação Curricular na Formação dos Profissionais de Saúde: O Longo Caminho para as Transformações no Ensino Médico. **Trabalho, Educação e Saúde** – v.3 n.1, p.91- 121. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2005.
- & SILVEIRA, L. Grupo de Adesão ao Tratamento: Espaço de “Ensinagem” para Profissionais de Saúde e

Pacientes. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.16, p 91-104.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

----- **Portaria n 198/2004**, 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. Disponível em: <www.saude.gov.br/sgtes> Acessado em 24 de janeiro de 2007.

----- **Portaria n 648/GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:
<http://www.fonosp.org.br/publicar/conteudo2.php?id=472>.
Acessado em 25 de maio de 2007.

----- **Avaliação na Atenção Básica em Saúde. Caminhos da Institucionalização**. Brasília, DF: 2005.

BRUNER, J. S. **Uma Nova Teoria da Aprendizagem**. Rio de Janeiro: Bloch, 1973.

CAMARGO JR, K.R. **Biomedicina, Saber e Ciência: Uma Abordagem Crítica**. São Paulo: Editora Hicitec, 2003, p.101-135.

CAMPOS, G.W. A Reforma Sanitária necessária. In: **Reforma Sanitária - Itália e Brasil**. (vários autores), pp 179-207. São Paulo: Hucitec, 1988

----- Crítica às noções que fundamentam o método de Programação em Saúde. In: **A Saúde Pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 55-87.

----- Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: **Inventando a mudança na saúde**. (L.C.O. Cecilio, org.), pp 29-87. São Paulo: Hucitec, 1994.

----- Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(2):219-230, 2000.

----- **Papel da Atenção Básica em Saúde na Formação Médica – Diretrizes**. Artigo elaborado sob encomenda da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), 2005, Mimeo.

CARRETERO, M **Construtivismo e Educação**. Porto Alegre: Artmed Editora S.A, 2002

CARBONELL, J. **La aventura de Innovar. El cambio en la escuela**. Madrid, Ediciones Morata, 2000.

CASTANHO, M. E. **“Arte-educação e Intelectualidade da Arte”**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação, Unicamp, 1982.

----- A Criatividade na Sala de Aula Universitária. In: VEIGA, M.E., CASTANO, M. E. (orgs)

Pedagogia Universitária: a aula em foco. Campinas, SP: Papirus, 2000, p.75-113.

CASTAÑÓN, G. A. Construcionismo Social: uma Crítica Epistemológica. **Temas em Psicologia da SBP**, v.12, n 1, p:67,81.

CASTRO, J. L. “Uma História de Diálogo entre Saúde e Educação”. **Anais do VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 2006.

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**, v. 14. n.1: 41-64, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na administração pública: reconstituição e análise de três experiências na saúde.** Tese de Doutorado, Campinas: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, UNICAMP, 1993.

-----As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Eqüidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001

-----& MERHY, E.E. **A Integralidade do Cuidado como Eixo de Gestão Hospitalar.** Campinas (SP), 2003 (mimeo).

- CHAUÍ, M. **O que é Ideologia?** São Paulo: Editora Brasiliense, 1979.
- CHAVES, M. & KISIL M. Origens, Concepção e Desenvolvimento. In: ALMEIDA, M., FEUERWERKER, L & LLANOS C., M. **A Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina: Teoria e Prática de um Movimento de Mudança.** São Paulo: Hucitec, 1999, pp. 1-16.
- COHN, A. & outros **A Saúde como Direito e como Serviços.** São Paulo: Cortez, 1991.
- CORDEIRO, H. A Escola Médica e o Novo Modelo de Cuidados de Saúde do SUS: Saúde da Família. In: KRUSE, B. **Educação Médica: da Retórica à Realidade.** Pernambuco: Instituto Materno- Infantil, 2001.
- COSTA R. A. & GONÇALVES, T. O. Histórias de vidas de professores: apontamentos teóricos. **Revista Espaço Acadêmico**, n 64, set 2006.
- COTRIM-CARLINI, B. Potencialidade da Técnica Qualitativa Grupo Focal em Investigações sobre Abuso de Drogas. **Revista de Saúde Pública.** V. 30, n. 3. São Paulo, jun 1996.
- CRUZ NETO, O. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: **Pesquisa Social- Teoria, Método e Criatividade** (M.C.S.Minayo, org.), pp. 51-66, Petrópolis: Vozes, 1994.
- CYRINO, E. A. & TORALLES-PEREIRA, M.L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública.** V.20, n.3, 2004.

- DA MATTA, R. O Trabalho de Campo na Antropologia Social. In: **Relativizando: Uma Introdução à Antropologia Social**. Rio de Janeiro: Rocco, p:143-173, 1982.
- DELEUZE, G. e GUATTARI, F. **Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995-1997.
- DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Cadernos do PROFAE**, vol.02. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do Senac**, mar., 2001 (Número especial).
- DESLANDES, S.F. Construção de instrumentos de pesquisa. In: **Maus tratos na infância, um desafio para o sistema público de saúde. Análise da atuação do CRAMI-Campinas**, pp. 58-61. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1993.
- DRINAM, J. The limits of Problem-based Learning. In: BOUD & FELLETTI **The Challenge of PBL**. p. 315- 321.
- DRUMMOND, J. P. & SILVA, E. **Medicina Baseada em Evidências. Novo Paradigma Assistencial e Pedagógico**. São Paulo: Atheneu, 1998.
- DUTRA, E A Narrativa como uma Técnica de Pesquisa Fenomenológica. **Estudo de Psicologia**. v.7 n.2 Natal: 2002
- ECO, U. **Interpretação e Superinterpretação**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

FIGUEIREDO, L. C. A Fabricação do Estranho: Notas sobre Hermenêutica “Negativa”. **Boletim de Novidade Pulsional**, 57, 17-22, 1994.

FELDMAN, D. **Ajudar a Ensinar. Relações entre Didática e Ensino**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2001.

FEUERWERKER, L.C.M. **Mudanças na Educação Médica & Residência Médica**. São Paulo: Hucitec, 1998.

----- Modelos Tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**, v.9n.18. Botucatu, set./dez. 2005.

-----, COSTA, H., RANGEL, M.L. Diversificação de Cenários de Ensino e Trabalho sobre Necessidades/Problemas da comunidade. **Divulgação para Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 22, p. 36-48, 2000.

FONSECA, C. Quando cada caso NÃO é um caso. Pesquisa etnográfica e educação (Trabalho apresentado na XXI Reunião Anual da ANPED, Caxambu, setembro de 1998). **Revista Brasileira de Educação** (jan./abr., 1999, n.o 10)

FORQUIN, J. C. **Escola e Cultura**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro:Forense-Universitária, 1980.

FRANCO, M. L. Possibilidades e Limites do Trabalho enquanto Princípio Educativo. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo (68): 29-37, fev 1989.

----- **Trabalho como Princípio Educativo: uma investigação teórica Metodológica (1930-1960)**. Tese de Doutorado. PUC, RJ, 1990.

FRANCO, T.B. Fluxograma Descritor de Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em Apoio ao Planejamento: O Caso de Luz (MG). In: MERHY, E.E. & outros **O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no Cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004, p.161-198.

----- As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIROS, R. & MATTOS, R. A. (org) **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 459-473.

-----& MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na Assistência à Saúde: A Organização das Linhas de Cuidado. In: MERHY, E. E. & OUTROS **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

FREIRE, P **Hacia uma pedagogia de la pergunta**. Buenos Aires: Aurora, 1986.

----- **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

FREIRE, P **Pedagogia da Autonomia - Saberes Necessários à Prática Educativa.** São Paulo, Brasil: Paz e Terra (Coleção Leitura), 1997.

----- Carta de Paulo Freire aos Professores. Ensaiar, aprender: leitura do mundo, leitura da palavra. **Estudos Avançados. Dossiê Educação.** São Paulo, EDUSP, v.42, 2001, p.259-268.

FRIGOTTO, G. & CIAVATTA, M. Educar o Trabalhador Cidadão Produtivo ou o Ser Humano Emancipado? **Trabalho, Educação e Saúde**, 1(1):45-60, 2003.

FURTER, P. **Educação e Vida.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1992.

GALLO, E **Razão e Planejamento- algumas críticas para uma práxis emancipadora.** Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz, 1991.

GEERTZ, C Por uma teoria interpretativa da Cultura. In: **A Interpretação das Culturas.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p.13-44.

----- **O Saber Local.** Petrópolis: Vozes, 2001.

GOMES, R. , A análise de dado em pesquisa qualitativa. In: **Pesquisa Social- teoria, método e criatividade.** (M.C.S. Minayo, org.), Petrópolis: Vozes, p. 67-80, 1994.

GONÇALVES, R.B.M. & outros,. Seis teses sobre a Ação Programática em Saúde. In: **Programação em Saúde hoje** (L.B.Schraiber, org.), São Paulo: Hucitec, p. 37-64, 1990.

GONDIN, F. Perspectivas de um Despertar. In: VASCONCELOS, E. M. (org) **Perplexidade na Universidade: Vivências nos Cursos de Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; Edições Mandaracu, 2006, p. 106-109.

GOULART, F. A. Representações sociais, ação política e cidadania. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 9 (4), p.477-486, 1993.

GUATTARI, F. **As Três Ecologias**. Campinas: Papyrus, 1990

----- & ROLNIK, S, **Cartografia do Desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986..

GUIZARDI, F. L. *et al.* A Formação de Profissionais Orientada para a Integralidade. In: PINHEIRO, R. *et al.* (orgs) **Ensinar Saúde: a Integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação na Área da Saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005. p.153-177.

HABERMAS, J. Conhecimento e Interesse. In: **Os Pensadores / Escola de Frankfurt**. São Paulo: Abril Cultural, 1980, p. 301-312.

----- **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.

HERNÁNDEZ, F **Transgressão e Mudança na Educação.Os Projetos de Trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 1998

JESUS, R. F. Sobre alguns caminhos trilhados... ou melhor navegados...Hoje, sou professora. In: VASCONCELOS, G.A. (org) **Como me fiz professora**. Rio de Janeiro: DO&A, 2000.

- KOIFMAN, L & SAIPPA-OLIVEIRA Produção de Conhecimento e Saúde In: PINHEIRO, R. , CECCIM, R. C. & MATTOS, R. A. (org) **Ensinar Saúde: a Integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação na Área de Saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005, p. 111-130.
- KOMATSU, R., LIMA, V., ZANOLLI, M, CHIRELLI Aprendizagem Baseada em Problemas: um Caminho para a Transformação Curricular. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.23 (2-3), p.32-37, 1999.
- KONDER, L. **A Questão da Ideologia em Gramsci**. Disponível em <http://www.artnet.com,br/gramsci/arquiv61.htm>. Acesso em: 29 abr.2007.
- KUENZER, A. Z. Ensino de 2º grau. O Trabalho como Princípio Educativo. São Paulo: Cortez, 2001. **Sociedade do Trabalho**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro,1991.
- Conhecimento e Competências no Trabalho e na Escola. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v.28, n2, p.2-11, maio/ago, 2002.
- KUHN, T.S. **The Structure of Scientific Revolutions**. Chicago: University of Chicago Press, 1970.
- LAMPERT, J. B. Currículo de Graduação e o Contexto da Formação do Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v 25, n 1, 2001, p. 7-19.
- LATOUR, B. **Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society**. Havard University Press, 1987.

LATOUR, B. and WOOLGAR, S. **Laboraty Life: The Social Construction of Scientific Factors**. Sages, Los Angels, 1979.

LEITE, D. Inovação/Tensão entre poderes e saberes. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v7, n.13, p.153-154.

LEVY, M. A. **Ensino e Aprendizagem em Diferentes Cenários na Formação Médica: Uma Análise de uma Experiência**. Dissertação de Mestrado em Tecnologia Educacional na Ciências da Saúde. NUTES/CCS/UFRJ, 2006.

LOPES, A. C. **Competências na organização curricular da reforma curricular do ensino médio**. MIMEO.

LUZ, M. T. **A disciplina e a razão social, categorias médico-sociais no século XIX**. In: **Natural Racional Social. Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988, p.181-200.

----- **Medicina e Racionalidades Médicas: Estudo Comparativo da Medicina Ocidental Contemporânea, Homeopática Tradicional Chinesa e Ayurvédica**. In: CANESQUI, A. M. (org) **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

----- **Demanda em Saúde: Construção Social no Campo Multidisciplinar da Saúde Coletiva**. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A (orgs) **Gestão em Redes: Práticas de Avaliação, Formação e Participação na Saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p.27 - 31.

MACHADO, M. C., GONÇALVES, C. & ALBUQUERQUE, C. **P.Integração Ensino-Serviço Fomentando Parcerias Locais**.

Anais do VII Congresso Nacional da Rede UNIDA.
Curitiba. Revista Olho Mágico, v 13 n2, 2006.

MACHADO, M.H. (Coord) et al. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MAGILL, R. **A Aprendizagem Motora: conceitos e aplicações.** São Paulo, Ed. Edgard Blücher, 2000.

MANCE, E. C. Movimento Popular e Revolução Molecular. In: MANCE, E. C. (org) **Movimento Popular e Singularidade – A Revolução do Cotidiano.** Coleção Cadernos de Textos, n. 10. Curitiba: CEFURIA, 1991, p. 3-19.

MARINS, J. N. & PIRES, A. C. A Formação Profissional no Contexto das Políticas Públicas: A Análise e as Práticas no Processo de Reforma Curricular em Medicina. **CADERNOS DA ABEM**, vol 1 p 37-40, Maio de 2004

MARSIGLIA, R. **Relação Ensino-Serviços: Serviços: Dez Anos de Integração Docente-Assistencial (IDA) no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1995.

MARTINS, A. Novos Paradigmas e Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.9, n.1. Rio de Janeiro: IMS/EdUERJ, 1999.

MARTINS, F. M. **Ensino Técnico e Globalização. Cidadania ou Submissão?** Campinas, SP: Autores Associados, 2000.

MATURANA, H. **Emoções e Linguagem na Educação e na Política.** Belo Horizonte, UFMG, 1998.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA (Série IPEA, 143).

MENGALI, N. M. **Conceituação de Comunidade de Prática (Cop)**. PUC/SP, 2004, MIMEO.

MERHY, E. E. Um Ensaio sobre o Médico e suas Valises Tecnológicas: Contribuições para Compreender as Reestruturações Produtivas do Setor Saúde. **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, SP: Fundação UNI, 2000. pp 109- 116.

----- **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo:Hucitec, 2005.

MESSINA, G. Mudanças e Inovação Educacional: notas para reflexão. In: **Cadernos de Pesquisa**, n 114. São Paulo: nov, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 1989.

MORAES, D. **Imaginário Social e Hegemonia Cultural**. <http://www.acesa.com/gramsci/?page=visualizar&id=297>. Acessado em 25 de maio de 2007.

MOREIRA, A. F. Sociologia do Currículo: Origens, Desenvolvimento e Contribuições **Aberto**. Brasília, ano 9, n 46: 73-83. Abr. jun.1990.

MORIN, E. **O Método III. O Conhecimento do Conhecimento / 1**.Lisboa: Publicações Europa-América & Biblioteca Universitária Portugal, 1987.

- MORIN, E. **Os Setes Saberes Necessários à Educação do Futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.
- NAFFAH NETO, A. **Nietzsche. A vida como valor maior**. São Paulo: FTD, 1996 _ (Coleção Por outro lado).
- NICOLESCU, B. **O Manifesto da Transdisciplinaridade**. São Paulo: TRIOM, 1999.
- OLIVEIRA, F. **A Economia Brasileira: Crítica à Razão Dualista**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1988.
- OLIVEIRA, J. A Uma Proposta para Reflexão da Universidade sobre Educação Médica no País. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 12, p. 6-9, 1988.
- PAGE, R. **Book Reviews. Do-Good Ethnography**. University of California, 1996. (MIMEO)
- PAIM, J.S. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. 80p (AdSaúde – Série Temática)
- PEREIRA, I. B. Possibilidade de a Avaliação Produzir Conhecimento para a Formação em Saúde. In: PINHEIRO, R & MATTOS, R.A. (orgs) **Gestão de Redes: Práticas de Avaliação, Formação e Participação na Saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.
- & LIMA, J.C.F. Educação Profissional em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org) **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

PERRENOUD, P. **Dez Novas Competências para Ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

----- **Construir as Competências Desde a Escola**.
Porto Alegre: Artmed, 1999.

----- & SILVA, T. T. Sociologia Crítica do Currículo: Uma Introdução. In: **Currículo, Cultura e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 1994.

PIAGET, J. **Epistemologia Genética**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

PIERANTONI, C. & SOUZA, S. A Importância do Processo de Educação Permanente na Formação do Médico: O Docente como Inovador/Mediador/Indutor de Condições de Auto-aprendizagem. In: KRUSE, B. **Educação Médica: da Retórica à Realidade** Pernambuco: Instituto Materno-Infantil, 2001.

PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma Prática Discursiva. In SPINK, M.J (org) **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano. Aproximações Teóricas e Metodologias**. São Paulo: Cortez, 2000, p: 183-214.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: Um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R & MATTOS, R. A (org) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R et al. Matriz Analítica das Experiências de Ensino da Integralidade. In: PINHEIRO, R CECCIM, R. C. & MATTOS, R. A. (org) **Ensinar Saúde: a Integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação na Área de Saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005, p.37-54.

----- & CECCIN, R. B. Experimentação, Formação, Cuidado e Conhecimento em Saúde. In: PINHEIRO, R. , CECCIM, R. C. & MATTOS, R. A. (org) **Ensinar Saúde: a Integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação na Área de Saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005, p. 13-35.

----- & MATTOS, R. A. Implicações da Integralidade na Gestão da Saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A (orgs) **Gestão em Redes: Práticas de Avaliação, Formação e Participação na Saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p.9-25.

-----, CECCIM, R.B. & MATTOS, R.A. (orgs) **Ensino-Trabalho-Cidadania: Novas marcas ao ensinar integralidade no SUS**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006.

PONTES, A. L. **Saber e Prática na Transformação do Ensino Médico**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. ENSP / FIOCRUZ, 2005.

RAMOS, M. Possibilidades e Desafios na Organização do Currículo Integrado. In: FRIGOTTO, G; CIAVATTA, M. & RAMOS, M. (Orgs.) **Ensino Médio Integrado: Concepções e Contradições**. São Paulo: Cortez, 2005.

RAMOS, M. Currículo por Competências. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006, p.34-38.

RASERA, E. F. & JAPUR, M. **Contribuições do Pensamento Construcionista para o Estudo da Prática Grupal. Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2001, 14(1), p: 201-209.

RIBEIRO, E.C.O. Ensino/Aprendizagem na Escola Médica. In: MARCONDES, E. & GONÇALVES, E.L. **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1988, p.40-49.

----- **Representações de Alunos e Docentes sobre as Práticas de Cuidado e de Formação: uma Avaliação de Experiências de Mudanças em Escolas Médicas**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IMS / UERJ, 2003.

-----& LIMA, V. V. **Construção de Programas de Ensino Baseados em Competências**: Termo de Referência. Mimeo.

RIVERA, F.J.U. **O Agir Comunicativo e a Planificação Estratégica no Setor Social (e Sanitário): um Contraponto Teórico**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1991.

ROUSSEAU, J. J. **Emilio ou da Educação**. Versão Portuguesa. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: Ed.UNESP, 1994.

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.

SALLA, A. A avaliação de Programas de Saúde. In: SCRAIBER, L. B. (org) **Programação de Saúde, hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990, pp. 117-137.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, W.G. **Cidadania e Justiça: a Política Social na Ordem Brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SAVIANI, D. O Choque Teórico da Politecnia. **Revista Trabalho, Educação e Saúde** 1 (1), p. 131-152, 2003.

SCHÖN, D. A. **Educando o Profissional Reflexivo. Um Novo Design para o Ensino e a aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SCHRAIBER, L. B. **Educação Médica e Capitalismo**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1989.

----- **O Médico e seu Trabalho Limites da Liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SETTON, M.G.J. A Teoria do *Habitus* em Pierre Bourdieu: uma Leitura Contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**, n20, 2002.

SILVA, T. T. Currículo, Conhecimento e Democracia: As Lições e as Dúvidas de Duas Décadas. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo (73): 59-66, 1990.

SOUSA SANTOS, B. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. Porto: Afrontamento, 1994.

----- **A Crítica da Razão Indolente; contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2000. (Col. Para um Novo Senso Comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. Vol. 1).

SPINK, M.J.P. & FREZZA, R.M. Práticas Discursivas e Produção de Sentidos: a Perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, M.J (org) **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano. Aproximações Teóricas e Metodologias**. São Paulo: Cortez, 2000, p: 17- 39.

----- & MEDRADO, B. Produção de Sentidos no Cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M.J (org) **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano. Aproximações Teóricas e Metodologias**. São Paulo: Cortez, 2000, p: 41- 61.

-----& MENEGON, V. M. A Pesquisa como Prática Discursiva: Superando os Horrores Metodológicos. In: SPINK, M.J (org) **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano. Aproximações Teóricas e Metodologias**. São Paulo: Cortez, 2000, p:63 – 92.

TEIXEIRA, C.F. Formação de Recursos Humanos para o SUS. Desafios na perspectiva da mudança do modelo de gestão e atenção à saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, 41, p. 20-2, 1993.

----- A Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no SUS, Desatando Nós, Criando Laços. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.27, 65, p. 257-277, 2003.

----- Formação de Recursos Humanos para o SUS. Desafios na perspectiva da mudança do modelo de gestão e atenção à saúde. **Saúde em Debate**. 41: 20-23, 1993.

----- Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, v7, n13, p.163-6, ago 2003.

TEIXEIRA, R.R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

TURINI, B. **Interação com os Serviços e com a Comunidade durante a Formação Médica: O que Pensam os Professores**. Dissertação de Mestrado. Londrina/ Paraná: UEL, 2000.

WEBSTER, M. R. **Tear pente-liço. Técnicas e possibilidades**. Porto Alegre: Mr. Webster Atelier Tecelagem, 1997.

WENGER, E. **Communities of Practice: learning, meaning, and identity**. New York: Cambridge University Press, 1998.

WILCOX, K Ethnography as a Methodolog and its Applications to Study of Schooling: A Review. In: **Doing the**

- Ethnography of Schooling. Educational Anthropology in Action.** Stanford University: George Splinder's Edition, 1982.
- VALLA, V. V. Fracasso Escolar, Saúde e Cidadania. In: Costa, N. R. **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde.** Vol II. Petrópolis, RJ: Vozes e Abrasco, 1989.
- VASCONCELOS, E. M. Formar Profissionais de Saúde Capazes de Cuidar do Florescer da Vida. In: VASCONCELOS, E. M. (org) **Perplexidade na Universidade: Vivências nos Cursos de Saúde.** São Paulo: Editora Hucitec; Edições Mandaracu, 2006, p: 265-308.
- VELHO, G. Observando o Familiar. In: **A Aventura Sociológica.**(E.O. Nunes, org.), pp. 36-46. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978.
- VENTURELLI, J. **Educacion Medica: Nuevos Enfoques, Metas y Metodos.** Washington: Organizacion Panamericana de la Salud – OPAS/PAHO, 1997
- XAVIER, C. & GUIMARÃES, C Uma Semiótica da Integralidade: o Signo da Integralidade o Papel da Comunicação. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. **Cuidado: as Fronteiras da Integralidades.** Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.
- YOUNG, M. A Propósito de uma Sociologia Crítica de Educação. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v.67, n.157, set/dez 1986, p.532-537.

ANEXO I) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: “*Ensino e Aprendizagem em Serviços de Atenção Básica do SUS: desafio da formação médica*”

Pesquisadora responsável: Carla Pontes de Albuquerque (Doutoranda do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro)

Eu, _____, abaixo assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

1. Objetivo da Pesquisa: analisar experiências atuais de interação (parceria) universidade/serviço/comunidade na atenção básica (no Rio de Janeiro) tendo como referências as premissas das diretrizes curriculares nacionais para a formação médica
2. Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.
3. Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.
4. Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.
5. A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.
6. Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o (a) pesquisador(a) pelos telefone 21 97661437.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20 ____

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO II) ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO.

_ Cenários:

Características da unidade básica de saúde e seu entorno (locais na comunidade nos quais a unidade de saúde atua, relacionados à vida da população que reside na área referida).

_ Mapeamento dos atores que transitam no cenário, a priori estava previsto: gerência do serviço, chefias, lideranças entre as diferentes categorias profissionais, trabalhadores do quadro e terceirizados, os docentes oriundos da universidade, supervisores e preceptores do serviço, o centro de estudo da unidade, os estudantes.

A unidade desenvolve parceria com mais de uma universidade? Que cursos de saúde / diferentes categorias estão presentes com estudantes neste cenário? Há ações extra-muros da unidade de saúde? Quais os envolvidos? Da população assistida, há representantes da comunidade que participam de discussões internas? A unidade participa de ações intersetoriais? (Escolas, creches, órgãos governamentais como CEDAE, FEEMA, COMLURB, SM Educação, SM Assistência Social, SM Habitação, SM Cultura, ONGS locais, outros..).

_ Sobre a gestão da unidade de saúde:

Há conselho gestor que inclui participação comunitária? Quais os integrantes dos fóruns de planejamento, quais os avaliadores? Há algum representante do serviço no Conselho Distrital da área? / participação ativa? Qual é a relação estabelecida com a Secretaria de Saúde?

_ Sobre a construção de parcerias:

O corpo gestor da unidade de saúde é atuante na construção da parceria com a universidade? Há outros setores sociais envolvidos no desenvolvimento dos projetos pactuados? Como os profissionais da unidade avaliam (percebem) esta parceria? Há contrapartidas de fato da universidade? Que tipo de contrapartida? O gestor municipal de recursos humanos é um parceiro de fato?

Há participação de representantes da unidade e da instituição de ensino a que os estudantes estão vinculados nas reuniões do Colegiado do Polo de Educação Permanente da região onde está situada a unidade? Como isto se reflete no cotidiano da unidade?

_ Projeto educacional assistencial:

Há alguma formalização quanto às atividades desenvolvidas pelos estudantes na unidade? Como são eleitas as ações nas quais os estudantes participarão? Existe algum fórum de discussão sobre o trabalho desenvolvido pelos estudantes? Como isto é divulgado e multiplicado? Há retorno das investigações para a comunidade de profissionais e dos usuários? Há uma cultura de educação permanente na unidade? A universidade contribui de alguma forma? Como ocorre a articulação e o desempenho do Centro de Estudo da unidade com vista à parceria?

_ Organização da assistência:

Os Programas previstos pelo Ministério da Saúde estão implantados na unidade? Como os profissionais se relacionam com esses programas? Há atividade avaliativa? A universidade participa da discussão e contribui para o seu aperfeiçoamento? A Documentação Médica é de fácil acesso para os estudos investigativos? Há arquivos específicos dos programas? Há busca de faltosos e abandonos? Os estudantes estão envolvidos nestas atividades?

O setor de Epidemiologia é atuante? Estabelece interfaces com os diversos serviços da unidade? Há produção de informações sobre saúde pertinentes para os profissionais e a comunidade? Os profissionais que trabalham na unidade conhecem e discutem o perfil epidemiológico e populacional da área onde atua? Os profissionais envolvem em trabalhos intersetoriais visando à melhoria da qualidade de vida local? Os estudantes estão inseridos nestas atividades?

Como são os fluxos assistenciais? Há triagem? Há agendamento? Há demanda reprimida? Há coleta descentralizada de material para os exames laboratoriais? Quais os serviços de diagnósticos complementares? Como funciona o instrumento de referência e contra-referência? A rede local está organizada para tal? Como a universidade contribui para tanto?

_ Educação e Saúde

Há atividades de educação e saúde? Como estas acontecem? Há realização de *salas de espera*? Grupos operativos? Grupos de apoio? Quais são as abordagens e materiais educativos mais frequentemente utilizados? Há inovação? Há construção de alternativas compartilhadas e significativas?

_ Observação de outros “espaços vivos” que se evidenciem no serviço.

Espaços de reflexão, de polêmica, de contradições, conflitos e disputas segundo as circunstâncias que estejam vigentes no período da observação.

ANEXO III) ROTEIROS DE ENTREVISTAS.

III.1) ROTEIRO ENTREVISTA DA PRECEPTORIA DE CAMPO

----- DATA: -----

- 1) Formação
- 2) Síntese histórica profissional (experiências profissionais no campo da saúde)
- 3) Experiência docente na universidade e no curso de Medicina (locais, cursos, em serviços)
- 4) Participação em algum fórum de educação médica (ABEM, REDE UNIDA,...)
- 5) Associações acadêmicas e profissionais que participa.
- 6) Atividades de pesquisa (há estudantes envolvidos?)
- 7) Lugar no projeto pedagógico
- 8) Como é a dinâmica do Departamento de Saúde da Comunidade com os demais departamentos da Faculdade de Medicina? Há alguma integração horizontal ou vertical?
- 9) Há reuniões regulares de planejamento e avaliação dos cursos? Como são sistematizadas as experiências de cada preceptor com a coordenação pedagógica do curso?
- 10) Além da preceptoria de campo no respectivo período, quais as outras atividades que desenvolve(eu) no departamento?
- 11) Tempo de atuação na formação médica na atenção básica – disciplina de campo.
- 12) Quando e como foi a sua chegada àquela unidade de saúde?
- 13) Como percebe a experiência atual de preceptoria de campo?
- 14) Quais são as principais dificuldades encontradas?
- 15) Quais são os aspectos mais significativos que motivam esta prática?
- 16) Identifique questões, que emergiram da prática pedagógica no último semestre, que considerou fundamentais para a formação dos estudantes.
- 17) Como observou o envolvimento dos estudantes nesta proposta?
- 18) Qual foi o contrato pedagógico com os estudantes no início do curso? Considera que o pactuado norteou a experiência destes no campo?
- 19) Quais as competências e habilidades pactuadas no departamento que os estudantes deveriam desenvolver ao longo do semestre?
- 20) Quais são os critérios de avaliação discente? A frequência às aulas é cobrada? Quais são os motivos mais comuns percebidos por você para a falta do aluno?
- 21) Houve algum aluno com avaliação desfavorável?
- 22) Considera que a avaliação tem caráter formativo, além do somativo?
- 23) Há algum instrumento de avaliação pelo estudante sobre a experiência vivenciada no campo?
- 24) Como se deu o entrosamento entre os estudantes, a gestão e os profissionais da unidade de saúde?
- 25) Como avalia a parceria entre a universidade e a secretaria de saúde? Como é o convênio existente (é atualizado, discutido de forma ampla,...)? Quais são as contrapartidas existentes por parte da universidade?
- 26) A universidade e o departamento participam do Pólo de Educação Permanente regional? Existem outros fóruns de aproximação universidade-serviço-comunidade na cidade?

- 27) Atividades desenvolvidas na unidade de saúde e nos outros cenários de campo pelos estudantes daquele período.
- 28) Os estudantes tiveram oportunidade de viver experiências de multiprofissionalidade na atuação na unidade? Isto é valorizado na proposta pedagógica do curso? Há fóruns formais de discussão na Universidade para planejamento de atividades de campo integrando os diferentes cursos da área de saúde?
- 29) Na unidade de saúde e nos demais cenários do terceiro período, houve atividades na comunidade? Houve experiência de intersetorialidade?
- 30) Como foi o retorno da unidade de saúde em relação à atuação dos estudantes no último semestre e os desdobramentos apontados?
- 31) Houve surpresas (fatos não esperados) na experiência de preceptoria de campo do último semestre?
- 32) Outros.....

III.2) ROTEIRO ENTREVISTA DA GERÊNCIA DA UNIDADE

----- DATA: -----

- 1) Tempo na gestão da unidade
- 2) Síntese histórica profissional
- 3) Característica da unidade, prioridades gerenciais, forma de gestão (há colegiados?)
- 4) Quando e como foi feita a parceria com a universidade
- 5) Conhecimento dos termos do convênio da Universidade com a Secretaria de Saúde. Que tipo de contrapartida. Atualizações do convênio.
- 6) Política de recursos humanos da secretaria – houve alguma discussão interna sobre a relação com a universidade?
- 7) Política de Educação Permanente no Município
- 8) A unidade participa do PEP?
- 9) Há Centro de Estudos? Há capacitação em serviço descentralizada?
- 10) Perfil do corpo de funcionários
- 11) Relação dos profissionais com a parceria com a universidade
- 12) Houve alguma discussão prévia com os profissionais sobre a proposta?
- 13) Há reunião com os funcionários da unidade?
- 14) Há reuniões de planejamento participativo?
- 15) Participação da comunidade no planejamento? Há fóruns locais participativos?
- 16) Ações comunitárias, extra muros de promoção de saúde? Escolas, creches, associações, ongs, etc....
- 17) A rede assistencial local. Referência e contra-referência
- 18) PSFs que encaminham, relação com hospitais, exames complementares
- 19) Funcionamento dos Programas
- 20) Vigilância em Saúde
- 21) Sistema de Informação
- 22) Documentação Médica
- 23) Recepção, Acolhimento, Integralidade, Vínculo, Escuta do Usuário, trabalho em equipe interdisciplinar
- 24) Percepção da parceria com a universidade
- 25) A unidade é cenário de ensino-aprendizagem para outras universidades?
- 26) Propostas gerenciais para aperfeiçoar esta parceria.
- 27) Outros.....

ANEXO IV) NARRATIVA DA EXPERIÊNCIA EM TIRADENTES/ MG, ANO 1983.

Das Vertentes, das estranhezas criativas e das entranhas curativas da terra...

Morava ao pé das Serra das Vertentes. Naquele tempo, há quase duas décadas, a cidade histórica, ainda tinha as feridas do tempo. O Patrimônio Nacional (SPHAN) não tinha deflagrado a torrente de restaurações de casarios e das ruas de pedras, que viria acontecer adiante. Era um pequeno presépio esquecido, onde a vida era essencialmente rural. Lá poucos turistas aportavam, porém a aparente mansidão era quebrada por remanescentes jovens “*ripes*” que por ali transitavam, hora e outra em busca de fundar comunidades alternativas.

Tiradentes foi para onde rumei com a pequena guinada que empreendi quando tendo concluído o curso médico e iniciado uma pós-graduação na Universidade Federal do Rio de Janeiro, me dei conta dar ouvidos às estranhas questões que me assolavam. Por que não conhecer outras paisagens e gentes...

De uma maneira pouco usual, segui minhas inquietações me despedindo dos colegas do Instituto de Pediatria, procurando fazer isto com muito jeito, para não ferir nenhum dos meus preceptores, pois eu era uma “afortunada” por ter sido selecionada e ter tido a oportunidade de lá estar. O mais difícil ainda foi a partida da casa de meus pais que não conseguiram atinar com tranqüilidade, as razões que me levaram a esta decisão tão repentina. Ora eu que nascera, crescera e sempre vivera na zona sul carioca, a não ser pelas peraltices das viagens para o nordeste e para Visconde de Mauá, o que eu iria fazer em uma pequena vila mineira, onde não havia nem rede telefônica...

Devo confessar, que nem mesmo eu poderia responder a esta pergunta com exatidão, talvez já fosse o imponderável batendo a porta. A rebeldia de romper com modelos pré-concebidos, como concluir a residência médica e

adentrar no mercado profissional. Tinha também as vivências do Departamento de Medicina Preventiva, as discussões sociais e os trabalhos comunitários na vizinhança da Cidade Universitária na Ilha do Governador. Ainda aquele anúncio no quadro do Sindicato dos Médicos: “Necessita-se de médico generalista na cidade de Tiradentes/MG, 7000 habitantes”. Na época de estudante, tinha acampado uma vez lá, conhecia o lugar e tinha sido bastante encantador olhar o relevo desenhado da cidade do alto do morro da pequena Igreja de São Francisco de Assis. Lá perdi o sono e passei toda a madrugada na porta da barraca espiando a aura da serra com o coração sobressaltado. Mal sabia que eram os sonhos já dando sinal...

Nos primeiros dias, desconhecida, percorria cada canto da cidade, reparando os detalhes barrocos, ora como uma antropóloga em plena observação participante, ora querendo o anonimato de quem chega aos pouco para ficar e quer ser aceita. Logo me certifiquei que mineiro é realmente muito desconfiado, mas também eu o era. Então penso que acabei conseguindo me comunicar e até achar minha tribo. Embora estivesse mais à vontade com os jovens estudantes dos Cursos de Graduação em Humanas que existiam no município vizinho de São João d’el Rey e os viajantes *mochileiros* artesões que praticavam yoga e agricultura orgânica com projetos audaciosos como a inauguração de uma grande horta comunitária, o desenvolvimento de cooperativa de escolas com projetos educacionais revolucionários e artísticos para as crianças, sementes do terceiro milênio e a tal da “Conspiração de Aquarius” não perdi de vista a minha outra gente. Tinha um interesse também especial de conhecer mais e trocar com a cultura local: das velhas líderes, que cuidavam da memória da cidade e que também eram minhas colegas praticantes de cura, rezadeiras e benzedadeiras. Havia também um raizeiro, que naquela época me despertou experiências pouco ortodoxas em relação à natureza e seus poderes, onde a ciência tem pouco a dizer...

É neste cenário que recorro o acontecido:

Ao responder ao anúncio da Prefeitura de Tiradentes da vaga para médico generalista, logo percebi que a coisa não era bem assim. Já havia um médico

que vinha à cidade duas vezes por semana e era uma autoridade no local. Talvez só houvesse lugar mesmo para ele no pequeno posto na Rua Direita. O Prefeito não estava disposto a bancar mais um médico em tempo integral e sendo este ainda do sexo feminino, jovem e com aquelas roupas estranhas. Sabe era época de bipartidarismo e naquela circunstância nem era o partido ao qual era filiada a grande questão, mas a qual das duas famílias influentes eu era aliada.

Não havia diagnósticos e nem projetos para o tratamento das questões de saúde da pequena população, que de imediato me pareceu muito necessitada. Fiquei tocada pelas crianças e a total falta de assistência. Iniciei minhas caminhadas de “Pé Descalça”, ali e aqui realizando rodas de conversas com mães e cuidadoras. Já despertando sentimentos de ameaças em poderes estabelecidos, à cultura “machista” (onde já se viu as mulheres se reunindo...), aos demais representantes da categoria médica da cidade vizinha para onde a população era empurrada a recorrer (quem era aquela médica que não gostava de remédio...), e tantos outros desafios de mexer com ordens estabelecidas...(mesmo não sendo esta a primeira intenção).

Fui aprendendo aos poucos e por necessidade a medir o dito e o feito. Para que provocar “choques culturais”? A maturidade às vezes vem por necessidade antes do que recompensa da sabedoria.

Bom, estava um dia na minha casinha, freqüentada por amigos “bichos grilos” e também por jovens mães e suas crianças, bem como avós nativas genuínas, quando recebo um telefonema (era o primeiro aparelho em funcionamento naquela área da cidade, onde um pouco antes só se dispunha de um sistema central com manivela operado por uma telefonista que dominava todas as chamadas, “*causos*” e mexericos da cidade). Era da parte de um Deputado Estadual (na época de oposição, o antigo MDB), que solicitava o meu comparecimento a uma cerimônia em São João d’el Rey, com o objetivo de apresentação ao então Governador Tancredo Neves a fim de contratação para atuar como médica responsável em uma região vizinha constituída por um conjunto de pequenas cidades.

Tendo seguido o trâmite proposto, parto para a primeira visita à região na qual tinha sido destinada a atuar. Muitas baldeações de ônibus paradores, em rodoviárias de beira de estrada que tocavam no alto-falante: músicas sertanejas, anúncios de partidas e chegadas, além de aniversários, batizados e falecimentos. A roda da vida, ali nua e crua e eu transitando...

Se eu estivesse com meu jipe (sonho de consumo da época), talvez tivesse levado apenas meia hora na estrada. Mas o veículo para rodar nas estradas de terra e atravessar os pequenos riachos pelo caminho, era “partinha” da história desejada, como o trabalho comunitário de saúde. Passei a manhã quase toda nos “catas jecas”, quando finalmente cheguei, perguntando ali e aqui, visualizei o tal do “Posto de Saúde”, improvisação desocupada. Havia uma pequena comitiva de senhores influentes de Dores do Campo aguardando a nova médica da cidade. Ficaram espantados ao me verem, descendo da carona, assim, ainda que eu tenha até escolhido no guarda-roupa uma vestimenta mais adequada à ocasião (providência tomada, fruto da reavaliação de experiências passadas).

Para resumir esta parte da estória, o que guardo foi a sensação da frase que martelava na cabeça....”*política de interior é ainda pior do que eu pensava*”...Logo fui informada, que o médico anterior só atendia filiados do partido da situação (leia-se pessoas do afeto da família que ocupava a Prefeitura) e que este tinha sumido com a chave do banheiro (que aliás me pareceu não ter parte do telhado).

A parte melhor, foi ter sido convidada para abrir a cerimônia de formatura das normalistas. Queriam que eu falasse sobre o Desenvolvimento da Criança, no evento que aconteceria no próximo mês. Foi a única coisa que balançou a minha indignação. Já era antigo o namoro com a educação e me animava ler Piaget sem perder de vista a paixão *paulofreriana*. Fiquei motivada para estabelecer este diálogo com a escola local.

Fui embora de Dores dos Campos com uma dorzinha no peito. Uma sensação de desamparo de brasileiro. Naquele horário, não tinha mais ônibus e eu não tive dúvidas estendi o dedão para retornar à Tiradentes. Tenho certeza

que todos na cidade souberam que a futura médica andava de carona. Nunca mais voltei àquela cidade, embora tenha querido voltar para conversar com as educadoras, tive que comunicar a minha desistência a comissão central dos deputados da Oposição, que não havia condições de trabalho e que eram necessários muitos investimentos que não se restringiam apenas a presença de um médico (amarrado por tantos interesses e descasos) na cidade.

No caminho de volta à Tiradentes, pelas estradas colaterais de barro, fui dar em uma cidade colonial cortada por um rio *aladeado* de cercas de pedras brancas, bancos de namorados, arvoredos desenhados e música no ar. Descobri que era Prados de Minas, local de que já tinha ouvido falar. O folclore de que todos os seus habitantes tocavam instrumentos musicais....

Pululava meu peito e eu precisava acalmá-lo. Sentei em um grande jardim, atrás de uma de tantas igrejas, para organizar as idéias ou mesmo não pensar nelas. As cores do anoitecer eram múltiplas e logo me distraí dos pesares. Lembrei de amigos, da época de estudante, os ideais da Comissão Pró Índio – “Pela Demarcação das Terras Indígenas”, do “Tirem as Mãos da Amazônia”, das “Sete Quedas do Meu Pobre Coração”, “do Nuclear não , Solar sim. Hiroshima nunca mais”... Êta mundão... Bye bye Brasil...(lá também existiam antenas/rabos de peixes, mas poucas, talvez seus moradores ainda não estivessem contaminados pela aldeia global). Não era fácil estar só naquela peregrinação e sem os meus companheiros de tantas outras utopias... mas era necessário estar ali, naquele exato momento, como tudo se explicasse e tantos outros mistérios acenassem.

Acordada por um dueto de violinos, busquei entre tantas janelas a origem daquela música maravilhosa. Lá do outro lado do rio, visualizei numa janela, uma luz amarela e o perfil da sombra de um violinista. Como no encanto de Bremen, fui levada a atravessar a ponte e me aproximar. Subi a ladeira e me perdi nos labirintos. Era necessário encontrar o prêmio daquele longo dia... Finalmente, encontrei *Pasárgada*. Estava escrito na placa na porta: Lira Ceciliana de Prados – Convênio do Comitê Cultural da Cidade com a Escola de Música da USP. Ainda lia, quando lá de dentro uma voz me convidou a entrar. A casa grande estava

vazia, a não ser pelas duas pessoas iluminadas, que após a minha interrupção continuaram a tirar das cordas aquela melodia que me enfeitiçara. Uma velhinha havia me recebido e apontara uma cadeira na beira da sala, para que eu me sentasse. Ela em seguida se pôs a tocar e com os olhos chamou seu parceiro, um menininho (talvez com seis ou oito anos) que respondia ao seu solo e também dividia o magnetismo de seus acordes. Ficamos assim, não sei por mais quantas minutos ou horas. Houve uma suspensão do tempo fora e dentro de mim. Era uma celebração da vida...

Ao acabar, a velha senhora se dirigiu a minha pessoa e sem mais nem menos, me convidou à sua casa. Foram passos tranqüilos, atravessamos a cidade em direção à roça, enquanto ela falava sobre o movimento cultural, o jornalzinho que editava e a tradição da música com a qual aquele povoado tanto se orgulhava. Ofereceu-me cafezinho e foi no quintal colher a frutinha. Torrou, moeu, ferveu e decantou. Eu não tive coragem de dizer que não gostava de café. Aquela foi a bebida mais gostosa que me foi oferecida, talvez na vida...

Ainda sem cansaço, me levou a conhecer o Parque das Corujas, um descampado, onde cacto e vegetação selvagem irrompiam já na noite escura. Foi aí que vi seus olhos marejados (ainda que em Minas não haja mar), o oceano estava ali. Confidenciou-me que seu companheiro de mais de sessenta anos de convivência e parceria musical havia partido há pouco tempo e que ela ia de costume ali com ele namorar. Então tinha me escolhido, uma estranha, para fazer aquele passeio novamente.

A propósito disse ela, você sabe o meu nome? “É Letícia... Sabe o que significa?” Eu não sabia, tinha outras amigas com o mesmo nome, mas nenhuma havia me contado aquele segredo. “*Alegria*”, respondeu ela...

Madrugada e amanhecer de Santa Tereza das Montanhas Cariocas,
Dez de outubro de 2000
Carla Albuquerque

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)