

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“A indissociabilidade entre teoria e prática: experiências de ensino na formação de profissionais de saúde nos níveis superior e médio”

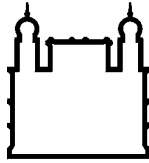
por

Melissa Marsden

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira

Rio de Janeiro, janeiro de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“A indissociabilidade entre teoria e prática: experiências de ensino na formação de profissionais de saúde nos níveis superior e médio”

apresentada por

Melissa Marsden

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Neila Guimarães Alves

Prof.^a Dr.^a Virgínia Alonso Hortale

Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 14 de janeiro de 2009.

Catálogo na Fonte
Instituto de comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

M364 Marsden, Melissa
A indissociabilidade entre teoria e prática: experiências de ensino na
formação de profissionais de saúde nos níveis superior e médio. /
Melissa Marsden. Rio de Janeiro : s.n., 2009.
ix, 140 f.

Orientador: Moreira, Carlos Otávio Fiúza
Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca

1. Educação em Saúde . 2. Ocupações em Saúde-educação. 3.
Prática Profissional. 4. Educação Superior. 5. Ensino Fundamental e
Médio. I.Título.

CDD – 22.ed. – 362.1

AGRADECIMENTOS

À informática e à internet, sem as quais o trabalho para a construção desta dissertação certamente seria muito mais árduo e demorado. Um agradecimento especial ao Pentium II da minha mãe. Apesar de arcaica, esta máquina me socorreu as inúmeras vezes que meu moderno, mas temperamental, computador me deixou na mão.

Ao meu pai. Cujos maiores desejos eram acompanhar o crescimento dos filhos, vendo-os que se tornariam. Sua morte precoce não lhe permitiu alcançar esta aspiração. Porém, apesar do curto tempo de vida, conseguiu acumular recursos sem os quais entendo que o caminho percorrido para alcançar esta importante conquista teria sido significativamente mais penoso. Graças a ele tenho hoje meu próprio espaço, ambiente tranquilo para os estudos, e pude contar com os meios dos quais necessitei para a elaboração desta dissertação. Devo a ele também os meus cabelos ruivos, a minha fluência no inglês, parte de uma infância extremamente feliz e algumas de minhas maiores paixões.

À minha mãe. Apesar das nossas características frequentemente dificultar o entendimento mútuo e a relação harmoniosa, nunca tive dúvidas de seu amor e dedicação. Sei que sempre fez o melhor de acordo com suas possibilidades e crenças, por mais que nem sempre concordasse com suas escolhas e atitudes. A ela dedico parte significativa do que me tornei hoje e peço desculpa pela pouca atenção que lhe dei nestes últimos meses.

Ao Michael Maia. Pessoa sensacional! Michael é um destes indivíduos raros. Com ele é possível **conversar** sobre alguma dificuldade que esteja ocorrendo na relação e chegar a uma solução justa para todos. Consegue ainda, com certa facilidade, fazer o que considero o mais difícil: de fato implantar a solução sugerida. Esteve muito presente no início deste processo. Apesar da vida ter feito com que deixássemos de ser tão próximos, sempre está disponível para me ajudar quando necessito. Definitivamente é alguém que tenho muito carinho.

Ao Marcello Rezende. Colega de faculdade, de estágio, de Centro Acadêmico e de encontros e congressos. Um anjo que reapareceu em minha vida em um momento crucial. Provocou uma revolução nas relações estabelecidas e me surpreendeu agradavelmente. Acho, no entanto, que não consegui lhe retribuir o bem que me fez. Muito, muito obrigada.

Ao Renato Matos Lopes. Por seu companheirismo, alegria, carinho, simpatia, desprendimento, paciência, compreensão e incentivo. O bem estar que me proporciona construiu o cenário de que precisava para desenvolver o documento que agora apresento e renovou meu ânimo, já esvaecido pelo desgaste mental e físico provocados pelo curso de mestrado em conjunto com o trabalho na EPSJV. Vejo-o como uma pessoa que foi determinante na reta final deste processo. Um amigo em comum disse uma vez que não há nada pior do que mulher em período de tese. Afirmando com tranquilidade que Renato me conheceu na pior parte deste processo e, mesmo assim, foi capaz de encontrar em mim neste momento de crise qualidades que considera louváveis.

À Ana Laura Massa. Certamente a pessoa mais instável que conheço, mas amiga incondicional. Sempre disponível e disposta a ajudar quando necessário, apesar de sua vida extremamente atarefada. Deu-me suporte quando encontrava-me em um momento de grande tristeza, que foi agravado com a vivência de uma de minhas maiores decepções. Ela, Carol e Cheryl, cada uma à sua maneira, fizeram com que voltasse a crer na possibilidade de construir verdadeiras amizades em um mundo tão individualista e cruel.

À Cheryl Gouveia. Amiga alegre, engraçada e versátil. Aluna inteligente e habilidosa. Profissional responsável e cuidadosa. Mãe dedicada e carinhosa. Companheira compreensiva e estimuladora. Resumindo, mulher maravilhosa e a quem eu tenho muita admiração! Obrigada por todos os momentos divertidos que me proporcionou nos períodos de extrema tensão e estresse. Trouxe-me leveza, tranquilidade e autoconfiança em diversas ocasiões.

À Carolina Pombo de Barros. Por sua sinceridade, doa a quem doer ☺. Alguns menos preparados podem não dar o crédito merecido a esta sua qualidade. Penso que

amigo não é aquele que nos fala o que queremos ouvir. Ele nos diz o que realmente pensa e/ou precisamos ouvir. Obrigada também por sua atitude nas vezes em que te envolveram nas questões da EPSJV, recebendo sem merecer uma carga de tensão que não lhe dizia respeito. Minha amiga também *psi*, mestranda e pesquisadora. Talvez por isso compreenda como ninguém as tensões e questões pelas quais passei e ainda passo nesta fase da vida tendo sido inúmeras vezes meu muro das lamentações.

Ao Alexandre dos Anjos de Oliveira. Amigo de longa data. Mesmo fisicamente distante durante o período que compreendeu o meu mestrado, sempre esteve muito presente. Aprendi muito com Alexandre ao longo destes anos de amizade, sendo ele de certo modo co-responsável pelo que me tornei como profissional. Seu modo único de levar a vida e encarar as dificuldades e os obstáculos a ela inerentes fez com que eu revisse minhas atitudes em diversas ocasiões. Acredito ainda que seu exemplo me levou a conquistar a audacidade que me faltava. Graças a ele realizei um sonho que me parecia muito distante. Fiz uma viagem inesquecível em um dos momentos que mais precisava relaxar e curtir bons momentos com pessoas queridas. Thank you!

Ao Carlos Otávio Fiúza Moreira. Por sua absoluta confiança em minha capacidade de pesquisa e produção, que o fez me dar liberdade de construção e criação. Por sua postura sempre transparente, serena e coerente com suas idéias. Por ter estado ao meu lado nas diversas ocasiões em que tive de fornecer explicações quanto ao meu atraso durante este último ano. E por respeitar o tempo de cada um. Hoje consigo perceber que precisava de um tempo maior do que o previsto pela CAPES para amadurecer a idéia de pesquisa e não fosse apresentada uma dissertação de qualidade duvidosa.

LISTA DE SIGLAS

- ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica
- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
- AIS – Atenção Integral à Saúde
- BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
- BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
- COGETES – Coordenação Geral do Curso Técnico
- CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
- CSEGSF – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
- DATASUS - Banco de dados do Sistema Único de Saúde
- DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
- DeCS - Descritores das Ciências da Saúde
- ENADE – Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
- ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
- EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
- ESCS – Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal
- FEMEMA – Faculdade de Medicina de Marília
- IEP – Iniciação à Educação Politécnica em Saúde
- IES – Instituições de Educação Superior
- IML – Instituto Médico Legal
- INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
- IUSC - Interação Universidade, Serviços e Comunidade
- LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MEC - Ministério da Educação
- NIPIAC – Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Intercâmbio para a Infância e Adolescência Contemporânea
- NUTES – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PBL – “Problem Based Learning” ou Aprendizagem Baseada em Problemas
PINESC - Programa Interinstitucional de Integração Ensino-Serviço-Comunidade
Projetos IDA - Projetos de integração docente-assistencial
Projetos UNI - Projetos de articulação ensino-serviço-comunidade
PROVOC – Programa de Vocação Científica
PSF – Programa de Saúde da Família
PTCC – Projeto Trabalho, Ciência e Cultura
PUC – Campinas - Pontifícia Universidade Católica de Campinas
SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SPA – Serviço de Psicologia Aplicada
SUS – Sistema Único de Saúde
TCS – Trabalho de Campo Supervisionado
TI – Trabalho de Integração
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UEL - Universidade Estadual de Londrina
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF – Universidade Federal Fluminense
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNESP – Universidade Estadual Paulista
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
UNIDERP – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do
Pantanal
URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

RESUMO

A presente dissertação tem como propósito geral discutir estratégias de ensino implantadas tanto na formação de profissionais de saúde de nível superior quanto de nível médio que utilizam como premissa a relação prática-teoria-prática. Estas estratégias têm ganhado posição de destaque nos debates atualmente traçados em prol da realização de mudanças na formação no campo da saúde. Inicialmente é apresentado o contexto em que surge esse movimento de mudança, suas principais críticas e princípios. Analisam-se as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde fazendo um paralelo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico – área da saúde, apontando algumas de suas similaridades e particularidades. Relatam-se experiências de ensino no nível superior, a partir de textos levantados na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), disponível no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Apresenta-se ainda uma discussão sobre os processos de ensino integrados a serviços de saúde, aprofundando a questão da inserção de alunos no serviço desde o início de seu curso universitário. São descritas nove experiências dessa "inserção precoce", apresentando a ótica dos autores acerca dos principais obstáculos enfrentados e seus resultados. Em relação ao nível médio, é narrada a experiência pedagógica da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), e que visa realizar a integração entre os conteúdos abordados em sala de aula e a prática profissional. A EPSJV tem posição de destaque na produção de conhecimento acerca da formação de técnicos em saúde. Ao descrever e analisar esta experiência, tenta-se aproximar questões comuns ao nível superior e médio de formação de trabalhadores para o sistema de saúde.

Palavras Chave: educação profissional em saúde pública, educação superior em saúde, ensino em serviços de saúde, inserção precoce de alunos de graduação nos serviços de saúde.

ABSTRACT

The main purpose of this work is to discuss educational strategies currently used in Brazil at both under graduate and university health education. These strategies have as proposition the use of the ratio practice-theory-practice and are gradually gaining more space on the debates that battle to change the education on the health sector. Initially, the context in which this change activity emerges, its main critiques and principals are presented. An analyses of Brazil's national curricular guideline concerning under graduate and university education to the health sector is made, pointing out its similarities and particularities. The educational experiences that take place at the university are reported based on articles brought up at a virtual Latin-American data base called *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), which its content is possible to access by a virtual health library home page called *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS). The educational processes that take pace at health services are also discussed. At this matter, it is given emphasis on a strategy commonly called in Brazil as “early introduction”, in which students are taken to health services since their first year of graduation. Nine of these kinds of experiences are described, showing the authors vision concerning the main obstacles faced and their results. About under graduate education, the document presents the *Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio's* (EPSJV), one of *Fundação Oswaldo Cruz's* (FIOCRUZ) units, experience. The purpose of this strategy is to better integrate the contents approached during classes and the professional practice. This school in particular has a prominent status at the academic knowledge production involving under graduate education to the health sector. By describing and analyzing its experience, attempts to approximate the similarities between under graduate and university education of health workers to Brazil's health system.

Key-words: health under graduate education, health university education, teaching at health care unites, early participation at all levels of health services.

SUMÁRIO

	Página
AGRADECIMENTOS	I
LISTA DE SIGLAS.....	IV
RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
1. APRESENTAÇÃO.....	01
2. INTRODUÇÃO	07
3. O CONTEXTO.....	08
3.1. Um conceito de saúde	08
3.2. O modelo educacional hegemônico no campo da saúde.....	12
3.3. Efeitos do modelo médico hegemônico na subjetividade.....	15
3.4. O movimento de mudança na formação de profissionais de saúde.....	16
3.5. Diretrizes para novas práticas	20
3.5.1. Competência: algumas questões.....	21
3.5.2. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico – área da saúde.....	23
3.5.3. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Saúde: o caso da Medicina.....	28
4. ENSINO EM SERVIÇOS DE SAÚDE: ALGUMAS EXPERIÊNCIAS.....	33
4.1. Um resgate histórico.....	34
4.2. A pesquisa bibliográfica.....	36
4.2. Dificuldades e potencialidades do ensino em serviços de saúde.....	43
4.2.1. Dificuldades na implantação da parceria ensino e serviço.....	47
5. INSERÇÃO PRECOCE: ALGUMAS EXPERIÊNCIAS NO ENSINO SUPERIOR.....	52
5.1. O curso de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).....	54
5.2. O curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (FEMEMA).....	57
5.3. O curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF).....	59
5.4. O curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL).....	60
5.5. O curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá.....	62

5.6. O curso de Psicologia da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP).....	66
5.7. O curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).....	70
5.8. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).....	73
5.9. O curso de Medicina da Universidade Estadual Paulista (UNESP).....	79
6. UMA EXPERIÊNCIA NO ENSINO TÉCNICO.....	83
6.1. A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV).....	83
6.2. Os fundamentos do projeto escolar.....	85
6.3. A proposta do Trabalho de Integração (TI).....	89
6.4. O resgate histórico.....	92
6.4.1. O Módulo Básico.....	92
6.4.2. 2007: do Módulo Básico à Iniciação à Educação Politécnica.....	94
6.4.3. Iniciação à Educação Politécnica em 2008.....	97
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
9. BIBLIOGRAFIA	123
10. ANEXOS.....	130
10.1. Anexo I: Resumo esquemático do processo de seleção das referências bibliográficas utilizadas nesta dissertação que debatem o ensino em serviços de saúde e a inserção precoce de alunos de graduação nos serviços de saúde.....	131
10.2. Anexo II: Descritores levantados com a palavra ou termo <i>educação</i> (por índice alfabético) – resultado: 56 ocorrências.....	132
10.3. Anexo III: Proposta de Estrutura da Iniciação à Educação Politécnica em Saúde em 2008.....	140

1. APRESENTAÇÃO

Minhas primeiras questões relativas à formação profissional em Saúde surgiram durante a licenciatura em Psicologia e em meus primeiros anos de atuação na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – onde se deu minha inserção no campo da Saúde. Essas se tornaram mais claras no curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), pois tive a oportunidade de conviver com profissionais de diferentes formações¹ no campo da Saúde e constatei algumas de suas ansiedades, dúvidas e problemas.

Pude perceber, por exemplo, dificuldades por eles vivenciadas em alguns aspectos da atuação profissional, tais como: (I) não saber lidar com o paciente quando este, apesar de ter consciência da gravidade de seu quadro clínico, não segue a terapêutica prescrita; (II) o desamparo experimentado pelo profissional quando a precariedade do serviço inviabiliza a utilização dos recursos tecnológicos conhecidos durante o curso universitário para prestar a assistência recomendada, sendo a insegurança, relacionada à ausência de um modelo alternativo a ser seguido para solucionar o caso, vivida com intenso sofrimento; (III) quando o paciente chega para atendimento com queixas difusas, dificultando a definição de um diagnóstico preciso. Muitas vezes nestes casos, todos os procedimentos técnicos conhecidos e pensados para melhorar a situação de saúde relatado pelo paciente não proporcionam o resultado esperado, levando o trabalhador a mais uma vez ter que conviver com a aflição de não saber como resolver o conjunto de manifestações mórbidas que acometem o enfermo.

Identifiquei que as constantes reclamações de meus colegas de pós-graduação em relação ao despreparo, sentido perante as situações presenciadas na atividade profissional, estavam em grande parte diretamente ligadas à inabilidade em lidar com o caráter essencialmente humano da atuação profissional em Saúde. A formação técnica por eles recebida na graduação aborda de forma precária a realização de um trabalho integral, interdisciplinar e em equipe multiprofissional. Comecei então a me perguntar por que ocorre tal fenômeno, iniciando minha imersão

¹ Médicos, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, odontólogos, terapeutas ocupacionais, veterinários, biólogos e farmacêuticos.

em processos relacionados com a formação desses profissionais. Tentei a priori determinar quais aspectos vêm dificultando o progresso do profissional no sentido de dar respostas às demandas de saúde presentes hoje na sociedade e às exigências para o cumprimento da proposta de atenção contida no Sistema Único de Saúde (SUS) de uma assistência universal, integral e equânime.

O trabalho que apresentei como monografia do Curso de Especialização em Saúde Pública (Marsden, 2006) – uma pesquisa feita com o intuito de mapear o que se encontra publicado sobre a formação de profissionais de saúde em alguns periódicos dos campos da Saúde e da Educação – serviu para iniciar uma sistematização de minhas inquietações sobre a formação e parecia mostrar a pertinência de algumas queixas de meus colegas de pós-graduação. Muitos autores analisam os processos de educação formal em saúde, apontando os seus limites para formar trabalhadores aptos a dar resolutividade aos casos atendidos.

A definição de saúde defendida desde 1946 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), responsável por uma mudança de paradigma fazendo com que a saúde, antes vista apenas como ausência de doença, passasse agora a ser encarada como resultante do bem-estar físico, mental e social do indivíduo é lembrada por Sérgio Arouca – médico sanitário, que na ocasião ocupava o cargo de presidente da Fiocruz – no seu discurso proferido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 em Brasília. Nele Arouca diz:

“A saúde começa a ganhar uma dimensão muito maior do que simplesmente uma questão de hospitais, de medicamentos. Ela se supera e quase que significa, num certo instante, o nível e qualidade de vida, algumas vezes qualidade de vida ainda não conseguida, mas sempre desejada” (Arouca, 1987: 36).

A importância de resgatarmos esta parte de nossa história recente reside no fato de embora tenham se passado mais de vinte anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde e sessenta das recomendações da OMS, uma boa parte, senão a grande maioria dos cursos de formação em saúde no Brasil ainda prioriza em suas atividades de ensino a concepção restrita do processo saúde-doença.

Na ocasião da seleção do mestrado, propus um projeto que contemplava o descompasso existente entre a formação e as demandas de saúde presentes nos

serviços; parte de minhas indagações na época. Porém, o enfoque desta dissertação passou ao longo de dois anos por diversas modificações até chegar ao formato aqui apresentado. As alterações ocorreram majoritariamente devido aos obstáculos, limites e problemas encontrados no próprio tema de interesse: a formação de profissionais de saúde.

Inicialmente, o objetivo era refletir sobre a formação no nível superior, tendo como recorte seu preparo para atuação na atenção básica. Para isso, pretendia entrevistar estagiários, profissionais com até dois anos de formados² e supervisores de estágio³ responsáveis pelo atendimento da clientela de um centro de saúde localizado na área urbana da cidade do Rio de Janeiro. Com as entrevistas, desejava-se, de uma maneira geral, investigar as dificuldades encontradas pelos sujeitos em seu cotidiano de trabalho, as situações vividas nas quais não se sentiram capacitados para intervir e sua visão sobre a formação recebida para atuação profissional no nível primário de atenção do sistema de saúde.

Nas primeiras incursões sobre o tema, certa dificuldade em localizar referências bibliográficas pertinentes ao estudo proposto foi sentida. Acreditava inicialmente que a reflexão sobre a formação em Saúde seria prioritariamente elaborada por estudiosos do campo da Educação, pois, pelo que entendia até aquele momento, seriam os mais aptos e dispunham de maior aparato teórico para tal⁴. Em pouco tempo constatei que a questão da formação de profissionais para a Saúde é um tema quase que restrito ao próprio campo da Saúde (Marsden, 2006).

Isto sendo identificado e, a partir de então, feito um levantamento prévio para o desenvolvimento desta pesquisa de mestrado, verifiquei logo nas primeiras leituras que as dificuldades e problemas percebidos ao longo de minha experiência profissional no campo da Saúde já vinham sendo apontados por estudiosos há

² A escolha de estagiários e profissionais recém formados se devia ao fato de acreditar que isto auxiliaria não só no resgate da percepção acerca da formação recebida, dada a proximidade temporal em que esta ocorrera, como também seria fundamental para o entendimento da maneira como a educação de profissionais de saúde vem se dando hoje.

³ Buscava-se levantar o que seria para eles necessário a um profissional na atualidade saber, o que eles percebiam estar sendo ensinado aos seus estagiários na faculdade e, por conseqüência, investigar o que faltava na formação para que esses atuassem de forma mais coerente nos serviços de saúde. A escolha de supervisores como sujeitos da pesquisa se dava a princípio por seu esperado conhecimento da instituição em que trabalham e, conseqüentemente, das dificuldades ali encontradas e das necessidades da clientela atendida.

⁴ Cabe aqui uma explicação. O processo seletivo do mestrado acadêmico da ENSP, ao qual me submeti, ocorreu em setembro de 2005, com início do curso previsto para março de 2006. Na ocasião, entreguei uma proposta preliminar de trabalho na qual estavam explicitadas as idéias acima descritas. Este momento foi anterior ao de elaboração do trabalho de conclusão do curso de especialização, finalizado em outubro de 2006.

tempos. Frente a esse dado, o incômodo aumentava a cada nova leitura, visto que os autores que dissertam sobre os processos de formação em Saúde parecem ter visões semelhantes sobre o que consideram problemas do sistema de ensino neste campo. Todos apresentam alguma alternativa para o quadro encontrado. Porém, ainda são poucas as inovações visualizadas. Este fenômeno me levou a perguntar: o que tem então dificultado a consolidação de mudanças na formação superior em Saúde?

A questão central do mestrado sofreu, com isso, um deslocamento. O interesse principal passou a ser agora encontrar e debater as possíveis estratégias de transformação do ensino, analisando a viabilidade de suas implantações e sugerindo caminhos para tal. Neste momento da pesquisa, o tempo disponível para execução das metas iniciais começava a se mostrar escasso para o desenvolvimento de trabalho de campo. Isto aliado à compreensão da necessidade de ainda proceder a um maior amadurecimento da questão central da pesquisa, fez com que renunciásse às entrevistas. Decidi tentar contribuir com a compreensão das conquistas, dos impasses e dos resultados destacados em textos escritos sobre estratégias de mudança do ensino. Para o momento da qualificação do mestrado, elegi para debate duas destas possíveis estratégias: a diversificação dos cenários de aprendizagem e a inserção precoce de alunos nos serviços de saúde. Estas são recomendadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em Medicina e Medicina Veterinária e vêm sendo adotadas por algumas instituições do país em suas propostas de reforma curricular.

Devido às sugestões dos membros da banca de qualificação, fez-se mais um recorte do objeto da pesquisa, passando a discutir o ensino em serviços de saúde, com ênfase na inserção precoce. Entretanto, durante a construção deste texto – e por reflexo do grande incômodo que me acompanha desde o início da minha vida escolar quanto à fragmentação de conhecimentos produzidos pela organização curricular em disciplinas, que pouco dialogam entre si e quase sempre estão distante das práticas – a discussão da relação entre teoria e prática foi ganhando destaque, tornando-se um tema transversal na dissertação. Talvez o desafio cotidiano de buscar conexão entre os conhecimentos aprendidos e a realidade vivenciada – considerada por mim condição para a produção de sentidos no aprender e no fazer – tenha sido responsável por minha iniciativa de buscar experiências profissionais no campo da Psicologia desde o primeiro ano da graduação, quando as disciplinas oferecidas são quase todas de fundamentos teóricos. Como nesta fase a atuação profissional na carreira

escolhida ainda é algo a ser conhecido, a aplicabilidade dos conhecimentos e sua repercussão no exercício da profissão estão fora do domínio do aluno. Acredito que já estar em contato com exercício profissional, ao mesmo tempo em que iniciava meus estudos no campo da Psicologia, tenha sido o diferencial na minha formação. Graças à precocidade com que me aventurei nos campos de prática, pude acumular um razoável número de atividades realizadas durante o curso universitário⁵.

Todavia, mais do que as experiências em si, o que identifico como realmente revolucionário foi o efeito por elas provocado. Fizeram com que a maioria dos conteúdos das disciplinas em sala de aula não fossem para mim temas abstratos, pois me permitiam criar sentidos variados para o que era apresentado pelos professores com base no que vivia a cada dia e, conseqüentemente, fizeram com que eu tivesse não só a possibilidade de melhor fixar o que era aprendido, mas de construir conhecimentos através da reflexão da prática. Ademais, trazia para discussão em sala de aula as diversas situações presenciadas nos estágios, esclarecendo dúvidas surgidas durante as aulas expositivas pelo confronto com o experimentado, como também, ao assim proceder, possibilitava aos demais alunos entrar em contato com realidades da prática profissional, enriquecendo os debates propostos e contextualizando as temáticas abordadas. Talvez por isso meu interesse e

⁵ Comecei com um estágio de iniciação científica em uma pesquisa realizada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) que fazia uso da metodologia proposta pela Análise Institucional e tinha como campo uma escola da rede pública de ensino fundamental e médio. Nesta, além da participação em diversos momentos do cotidiano escolar, planejava e ministrava oficinas de sexualidade e de orientação profissional para as diferentes séries da escola, onde fazíamos uso de dinâmicas de grupo como disparadores de reflexão. Paralelamente, participei também como estagiária no projeto *Delegacia Legal* do Governo do Estado do Rio de Janeiro, onde atuei junto a psicólogos e assistentes sociais no atendimento ao público em geral. Também fui estagiária do projeto de implantação do *Núcleo de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica e Sexual* no Instituto Médico Legal (IML) do Estado do Rio de Janeiro, vinculado à Secretaria de Segurança Pública. Proporcionava o acolhimento de vítimas e, após a realização do corpo delito, através da escuta especializada, as encaminhava para órgãos do governo capazes de fornecer a assistência necessitada em cada caso. Participei também de mais um projeto do Governo do Estado do Rio de Janeiro, intitulado *Projeto Jovem Total*. Este era vinculado ao Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Intercâmbio para a Infância e Adolescência Contemporânea (NIPIAC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e consistia em realizar um estudo micropolítico da relação sujeito-sociedade-Estado. No último ano de graduação atendi clinicamente, sob abordagem da Esquizoanálise, pessoas que procuravam atendimento psicológico no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da UERJ. Minha última atuação como estudante de graduação se deu na EPSJV da FIOCRUZ. Além das atividades de monitoria realizadas na Escola, atuei na implementação do *Programa de Atenção a Pessoas Afetadas pela Violência*. Este programa foi estipulado pelo projeto de pesquisa *Violência, Saúde Mental e Direitos Humanos*, que consistia em uma parceria com o Centro de Saúde Escola Germano Sinalval Faria (CSEGSF), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), no qual eu era incumbida de acompanhar pessoas afetadas pela violência em grupo terapêutico que era desenvolvido no ambulatório.

aposta na estratégia de inserção precoce, que vem sendo hoje implantada em cursos de medicina.

2. INTRODUÇÃO

Em primeiro lugar, o leitor encontrará o capítulo onde são explicitadas características dos contextos em que se inserem as discussões aqui traçadas, a saber: o conceito de saúde predominante na atualidade; a existência de um modelo médico e de um modelo educacional hegemônicos e seus efeitos para a construção de uma maneira de pensar, sentir e agir no mundo; o movimento de mudança na formação de profissionais de saúde; e as Diretrizes Curriculares Nacionais do ensino técnico em saúde e dos cursos de graduação em saúde – mais especificamente o curso de medicina.

O capítulo seguinte disserta sobre o ensino em serviços, abordando as potencialidades e dificuldades da formação realizada em unidades de assistência à saúde. Logo após, apresento experiências de implantação da estratégia de inserção precoce de alunos de graduação em saúde nos serviços. A proposta de inserir estudantes em unidades de atenção desde o início de seu curso universitário aparece nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina Veterinária (Brasil, 2003) e Medicina (Brasil, 2001b), tendo sido até o momento implantada prioritariamente por este último.

A Medicina, por seu status perante a sociedade e sua força política, têm tradicionalmente servido de referência nas discussões sobre processos de formação em Saúde. É lá onde estão situados importantes debates acerca de mudanças na formação e quantidade considerável de publicações científica sobre este tema. Por isso, tanto o capítulo sobre ensino e serviço quanto o capítulo sobre inserção precoce que o segue abordam prioritariamente experiências em instituições de ensino médico.

O último capítulo apresenta uma estratégia pedagógica da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV). Tal iniciativa busca realizar uma maior articulação entre os conteúdos das disciplinas cursadas pelos alunos dos cursos técnicos e a sua futura atuação profissional. A escolha da EPSJV se deve, principalmente, por esta ser considerada referência na produção de conhecimento em educação profissional em saúde, com posição de destaque na construção e difusão de práticas em educação e saúde no que tange a formação de técnicos para este campo. Mas, também, devido a minha atuação como docente e pesquisadora nessa instituição, possibilitando uma reflexão crítica sobre o tema em discussão.

3.1 – Um conceito de saúde

A idéia de que estar com saúde é não ser portador de doença alguma foi adotada por muitos e por um longo período de tempo, até que a OMS propôs em 1946 um novo paradigma ao apresentar o conceito de saúde como bem-estar físico, mental e social. Segundo Carvalho & Ceccim (2006), essa mudança na forma de se entender saúde repercute no ensino, exigindo o desapego:

“(…) da biologia, como razão científica para a saúde, e estabelecer o inter cruzamento com a psicologia, as humanidades (psiquismo afetivo e cognitivo) e as ciências sociais e humanas (saúde e sociedade, saúde e história, etc) para uma reforma da educação não apenas instrumental, mas de projeto político-pedagógico” (p. 159).

Nunes (2006) nos informa que o inter cruzamento da Saúde com as Ciências Sociais, citado por Carvalho & Ceccim (2006), começou a ocorrer na América Latina durante as décadas de 1950 e 1960. Inicialmente este movimento contava apenas com contribuições esparsas, mas que proporcionaram um terreno propício para o desenvolvimento, na década de 1970, de estudos sociais mais sistemáticos na área da saúde.

Nota-se, porém, que apesar de existir hoje toda uma linha de discussão no meio acadêmico que propõe formas de inserir e ampliar temas das Ciências Sociais e Humanas na formação de profissionais de saúde, a sua inclusão de fato nos currículos e no cotidiano do processo de ensino-aprendizagem parece ainda não ter se concretizado ou ainda se dá de forma periférica nos cursos de graduação em Saúde. Geralmente esta inserção ocorre apenas através da inclusão de uma disciplina incumbida de abordar tópicos de interseção entre os dois campos de estudo. Temos que estar atentos para o limite de tal proposta na consolidação de mudanças efetivas na formação no campo da saúde (Pontes, Rego & Silva Junior, 2006; Garcia *et al*, 2004; Siqueira, 2001). Esta estratégia, ainda que necessária, parece não ser suficiente

para a construção de um novo modelo na atenção em saúde, pois se observa que a clínica unicausal⁶ mantém o predomínio no processo de formação e os profissionais continuam a sair da faculdade sem ter instrumentos para lidar com muitos dos problemas encontrados nos serviços.

Ainda na direção da mudança do modelo de saúde, na década de 1970, a atenção primária em saúde passou a ser priorizada, sendo considerada na Declaração de Alma Ata⁷ como:

“(…) parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (OMS, 1978).

Siqueira (2001) chama atenção para a importância da conferência que resultou na elaboração deste documento. As recomendações nela tiradas definiram novas práticas de saúde ao sugerir a reorientação da organização do sistema de saúde no mundo em níveis hierarquizados de atendimento. No Brasil, “o referencial proposto em Alma Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980, e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos” (Gil, 2006: 1172). Os chamados Postos de Saúde e Centros de Saúde foram pensados inicialmente para funcionar como *porta de entrada* de um sistema público de saúde, onde deveria ser fornecida a atenção primária, a “triagem para níveis progressivos do sistema e de resolução da maioria dos problemas colocados para a saúde, através de atividades de promoção, prevenção e assistência” (Castanheira & Oliveira, 2003: 89).

A proposta de atenção primária em saúde só será fortalecida no contexto brasileiro a partir da segunda metade da década de 1990, com a implantação do

⁶ Prática clínica baseada na concepção de que a gênese da doença possui uma causa única.

⁷ Documento que reúne as deliberações da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida entre os dias 6 e 12 de setembro de 1978 na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS).

Programa de Saúde da Família (PSF) como política de saúde. Neste nível da atenção faz-se pouco uso de tecnologia dura⁸, nem por isso a complexidade das práticas de cuidado é menor. Os casos atendidos exigem intervenção sobre a dimensão biológica, subjetiva e social (Campos, 2005), devendo a tecnologia leve⁹ ser aprimorada. Como nos relata Castanheira & Oliveira (2003):

“A atenção primária enfrenta um conjunto diversificado de situações de elevada complexidade, facilmente visualizável no dia a dia dos serviços: os sofrimentos trazidos pelos sujeitos que demandam uma atenção ‘primeira’ estão mais imediatamente articulados aos ‘modos de andar a vida’. (...) Envolvem situações sociais, econômicas e culturais de difícil manejo” (p. 89).

A reorganização do sistema de saúde do país foi possível após intensa luta política que resultou no texto de capítulo da seguridade social presente na Constituição de 1988 e da aprovação das leis 8080 e 8142, ambas em 1990. Tem-se procurado desde então estruturar um sistema de saúde baseado nos princípios da equidade e da universalidade, tendo como diretrizes a busca pelo cumprimento de um atendimento integral – com prioridade para as atividades de promoção e prevenção da saúde, mas sem haver prejuízo dos serviços assistenciais de recuperação da saúde – a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa dos serviços, onde se dá ênfase aos municípios e se estabelece a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde.

Pode-se perceber que o Estado brasileiro adotou no SUS as recomendações da OMS de a atenção básica em saúde funcionar como porta de entrada do sistema. A proposta é que esta seja capaz de resolver oitenta por cento dos problemas de saúde da população (Campos, 2005). É nesse sentido que pode-se entender o SUS como um sistema desospitalizante, que torna a recuperação da saúde apenas mais um nível do sistema.

⁸ A tecnologia dura é representada pelos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais. Exige um saber-fazer estruturado, organizado, que normaliza e é normalizado (Merhy *apud* Zerbetto & Pereira, 2005).

⁹ A tecnologia leve está relacionada com o saber que as pessoas adquirem e se apropriam no modo de pensar e atuar sobre os casos de saúde. É uma tecnologia de relações, de encontros de subjetividades, de produção de vínculo, autonomização e acolhimento (Merhy *apud* Zerbetto & Pereira, 2005).

Nunes (2006) coloca que apesar de uma nova forma de entender saúde ser difundida pela OMS desde a década de 1940 somente na década de 1960 é que a teoria unicausal começou a ser percebida como incapaz de explicar as complexas relações entre condições de vida da população e suas doenças, iniciando-se a busca por explicações multicausais e mais tarde pelos determinantes sociais da saúde. Paradoxalmente, na mesma década em que a saúde passa a ser vista para além do simples bem-estar físico ou de ausência de enfermidades, o Brasil implementa no ensino superior de saúde as recomendações presentes no Relatório Flexner, que a partir de seu lançamento (na década de 1910) serviu como referência nos Estados Unidos da América para a formação das profissões de saúde. De acordo com Siqueira (2001), “Flexner considerou o corpo humano como uma máquina, cujo estudo deveria se dar a partir dos órgãos e sistemas isolados. Ele concebeu a doença como um processo natural, biológico, e centrou os esforços terapêuticos no indivíduo” (p. 6). O modelo flexneriano de ensino tem a biologia como base, é orientado para a especialização e pela pesquisa experimental e é centrado no hospital (Carvalho & Ceccim, 2006), o que, apesar de ter permitido o desenvolvimento tecnológico de instrumentos e equipamentos, das disciplinas básicas que compõe o curso de medicina e das especialidades médicas,

“(...) contribuiu para que o ato médico se tornasse mais complexo, caro e sofisticado; priorizou o individual sobre o coletivo; excluiu a visão do indivíduo como um todo; desconsiderou os aspectos sociais das patologias, acentuando o caráter biológico das mesmas; e favoreceu o desenvolvimento deste tipo de pesquisa pela estrutura acadêmica” (Siqueira, 2001: 6).

Curiosamente, no momento em que uma nova forma de se pensar e fazer saúde era discutida mundialmente, aprofundava-se no país um paradigma já em questão. Conforme o que foi exposto, podemos inferir que uma educação de profissionais de saúde orientada para um modelo unicausal e necessariamente hospitalocêntrico – ainda fortemente presente nas instituições de ensino – vai de encontro aos esforços de implementação do Sistema Único de Saúde como consta na Constituição Federal.

3.2 – O modelo educacional hegemônico no campo da Saúde

Através da educação formal ou informal, experimentamos e desenvolvemos crenças, valores, atitudes, hábitos e *habitus* próprios da sociedade na qual estamos inseridos, conforme a clássica definição de educação como socialização (Durkheim, 1978; Dewey, 1979; Bourdieu, 1996). Pela maneira como trabalhamos nas instituições de ensino, incorporamos e transmitimos visões do que é aprendizagem, educação e conhecimento. Assim, novas formas de organizar o currículo e diferentes estratégias de ensino-aprendizagem com frequência geram resistências em dirigentes, professores e alunos envolvidos nos processos de formação, pois desafiam as disposições gerais desses agentes.

Diversos autores (Struchiner, Vieira, & Ricciardi, 1999; Pereira, 2003; Ceccim & Feuerwerker, 2004; Carvalho & Ceccim, 2006) apontam que a metodologia de ensino predominantemente utilizada nos cursos de graduação em saúde nas universidades brasileiras é a que se chama de “tradicional”. Esta está relacionada à idéia de que o sujeito incorpora o conhecimento a ele transmitido sem transformá-lo significativamente. Os professores lidam com os alunos como se eles fossem seres sem história e movidos apenas pela razão, negando a contingência da subjetividade presente no processo de ensino e em qualquer aspecto que envolva relações entre pessoas.

O pensamento hegemônico predominante na escola entende que o acúmulo de conhecimento é suficiente para a execução de uma atividade profissional.

“(…) o modelo predominante de formação sustenta-se no pressuposto de que uma prática profissional de excelência é obtida pelo domínio de uma sólida base de conhecimentos teóricos. Sob essa ótica, a formação especializada busca oferecer disciplinas atualizadas em termos dos conhecimentos científicos disponíveis, de forma a dar sólidos fundamentos que **automaticamente sejam transferidos e aplicados de forma competente nas situações de prática profissional**” (Ribeiro & Lima, 2003: 47) (grifos nossos).

Esta ênfase dada pelo ensino pode ser também relacionada de algum modo à idéia de que para ser um bom professor bastaria possuir substancial conhecimento dos procedimentos e técnicas utilizadas na assistência, os quais serão transmitidos ao aluno. Pode-se dizer isto porque, nesta concepção de professor, está contida a noção de que a exposição do conhecimento aos alunos é suficiente para que haja assimilação. O professor é visto como detentor do saber a ser depositado no aluno, o qual deve ter uma postura passiva no processo educativo, absorvendo e reproduzindo os conteúdos e as práticas ensinados.

Partindo desta perspectiva, as instâncias de formação acabam por enfatizar antes de tudo basicamente a transmissão de conteúdos, e “mesmo nas atividades práticas, nos modelos tradicionais, os alunos são apenas expectadores privilegiados da assistência” (Pontes, Rego & Silva Junior, 2006: 67). Parece, com isso, que se espera um evento mágico, cuja ocorrência faria com que o aluno, sozinho, conseguisse estabelecer relações entre os conteúdos ministrados e as práticas do mundo do trabalho, tornando-o capaz de atuar de forma competente, criar adequações à realidade. Em relação a essa questão, Saippa-Oliveira, Koifman & Pinheiro (2005) dizem o seguinte:

“Em geral, poucos são os estudantes que conseguem vislumbrar algo que permita unir ou integrar os conteúdos ou o trabalho das diferentes disciplinas, uma vez que estas se apresentam claramente separadas umas das outras, fragmentando e isolando o conhecimento” (p. 208).

Quanto ao ensino superior, Ribeiro *et al* (2003) dizem que a experiência vem mostrando que uma educação baseada em processos de memorização e de transferência unidirecional e fragmentada de informações e habilidades não está dando conta de preparar profissionais adequados para lidar com a realidade do país, concebendo um exercício profissional de caráter privado, centrado no ato médico, individualizado, pouco resolutivo e que não privilegia as demandas dos usuários quando buscam a assistência.

Um número relevante de pesquisas tem apontado que os alunos desenvolvem entendimentos qualitativamente diferentes em relação ao que lhes é ensinado (Martens & Prosser, 1998). Esta literatura apresenta, de uma maneira geral,

a existência de duas formas de aprendizagem: uma superficial e uma profunda. No primeiro caso, o aluno tende a reduzir o conteúdo estudado para dar conta das demandas externas. O conhecimento adquirido desta forma não é relacionado com suas experiências, é pouco ou não é estruturado, além de ser composto por fragmentos de informação que se encontram isolados e têm pouca duração. No conceito de ensino-aprendizagem apresentado por Martens & Prosser (1998), a mera reprodução pelo aprendiz do que lhe é ensinado representa um aprendizado superficial. Já na aprendizagem considerada profunda, o aluno tem a possibilidade de entender o que está estudando, e não apenas de memorizar. A tendência nestes casos é a adoção de estratégias que visam encontrar um sentido para o conteúdo estudado, resultando em uma aprendizagem de alta qualidade. Conceber o ensino-aprendizagem desta maneira abarca as diferenças individuais existentes, permitindo a expressão dos sujeitos no processo.

Apesar dos autores não fazerem uso dessa expressão, a aprendizagem de alta qualidade conforme apresentado parece ir ao encontro do conceito de *aprendizagem significativa*, introduzido por David Paul Ausubel (1918-) na década de 1960. Esta teoria cognitiva é subjacente às teorias construtivistas de aprendizagem. Nessa perspectiva, aprender significativamente é ir além da acumulação de informações, sendo fundamental a coordenação entre conhecimentos já adquiridos, as novas informações e os processos de integração, modificação e a construção de relações.

A aprendizagem significativa corresponde à incorporação de novos conhecimentos às estruturas mentais dos alunos, o que ocorre a partir do estabelecimento de relações significativas com os conhecimentos prévios que esses alunos possuem. Usando outras palavras, a aprendizagem significativa ocorre quando o aluno é capaz de "ancorar" uma nova informação com conceitos que já estão presentes em sua estrutura cognitiva. Para Ausubel, a estrutura cognitiva é resultado de um processo organizado de armazenamento de informações no cérebro humano, onde conceitos mais específicos são ligados e assimilados a conceitos mais inclusivos ou gerais. Considerando o ponto de vista de Ausubel, dois processos são fundamentais para que ocorra uma aprendizagem significativa: a *diferenciação progressiva* e a *reconciliação integrativa*. A diferenciação progressiva ocorre na medida em que idéias e conceitos mais gerais das disciplinas são apresentados aos alunos e, progressivamente, essas informações vão se

diferenciando com a introdução de detalhes mais específicos. Por outro lado, a reconciliação integrativa ocorre na medida em que os alunos são capazes de explorar as correlações entre idéias, conceitos e proposições, apontando semelhanças e diferenças relevantes e avaliando possíveis inconsistências lógicas entre conteúdos (Moreira, 1999).

3.3 – Efeitos possíveis do modelo médico hegemônico na subjetividade

Apesar de caminhar no sentido da implementação de uma assistência à saúde mais próxima da história de vida do paciente, hoje ainda é dominante o paradigma biologicista.

Se tomarmos como base o conceito de subjetividade proposto por Deleuze e Guattari, podemos afirmar que este modelo forma – tanto em profissionais de saúde quanto em pacientes – modos variados de viver, pensar, sentir, perceber e agir no mundo. Estes modos de ser encontram-se em permanente mutação, uma vez que são produzidos por agenciamentos¹⁰ de enunciação, ou seja, “por um entrecruzamento de determinações coletivas de várias espécies, não só sociais, mas econômicas, tecnológicas, de mídia e tantas outras” (Guattari & Rolnik, 2005, p. 43).

O modelo de saúde hegemônico, vinculado ao modelo educacional predominante, coloca no mercado de trabalho profissionais sem preparação adequada para atuar em equipe multiprofissional¹¹ e fazer uso de uma abordagem interdisciplinar¹². De uma forma geral, eles também não possuem uma visão integral do sistema de saúde e têm dificuldades para lidar com as limitações que lhe são impostas pelas situações reais, ou seja, os indicadores epidemiológicos, os determinantes sociais e as efetivas condições de trabalho presentes em qualquer contexto de ação.

Para transformar o paradigma vigente, é necessário agir não apenas nas instituições, mas também na percepção que os profissionais e os pacientes têm de

¹⁰ Um agenciamento ou dispositivo implica linhas de força. Ele é a conjunção de fatores produtores de inovações que geram acontecimentos; é uma máquina de fazer ver e de fazer falar (Deleuze, 2007).

¹¹ Equipe composta por trabalhadores de diversas áreas de conhecimento.

¹² A interdisciplinaridade é entendida nesta dissertação como uma prática que faz uso dos esquemas conceituais de análise de várias disciplinas a fim de promover a integração dos diversos resultados delas oriundos depois de havê-los comparado e julgado. A interdisciplinaridade exige que cada especialista transcenda a própria especialidade e tome consciência dos seus limites para acolher as contribuições das outras disciplinas (Zerbeto & Pereira, 2005)

saúde, cuidado e demanda. Para isso, muitas vezes será necessário usar as ferramentas das quais eles estão acostumados e/ou esperam receber para que um canal de escuta seja construído, permitindo, a partir de então, a introdução de uma nova forma de pensar. É a transformação de um pensamento instituído para a construção de uma nova maneira de pensar e fazer saúde.

3.4 – O movimento de mudança na formação de profissionais de Saúde

“(...) as pessoas em geral, e os professores em particular, são capazes de viver nos limites, submetidos à lógica predominante nos processos sociais e educativos. No entanto, são poucos aqueles que têm coragem, força e visão de mundo suficientemente ampla para navegar na fronteira das práticas que ficam às margens” (Balzan, 2003, p.157).

A mudança do paradigma hegemônico no campo da saúde vem sendo discutido há pelo menos seis décadas. Em função da necessidade de se formar “profissionais que possam dar respostas às necessidades sociais e epidemiológicas, preservando a excelência técnica e atendendo a uma aspiração da sociedade para uma formação ético-humanista” (Oliveira, 2003: 37). A implantação de um novo paradigma filosófico-científico e organizacional exige um novo paradigma educacional:

“(...) para formar um profissional que atue segundo uma nova lógica, voltada para a humanização e integralidade do cuidado, necessitamos de um novo modelo de formação, talvez de um novo modelo pedagógico” (Ponte, Rego & Silva Junior, 2006: 67).

Porém, a transformação nos processos de formação profissional é lenta e não apresenta resultados imediatos. Além disso, todo processo de mudança implica em lutas entre forças em um dado campo de conhecimento e poder (Bourdieu, 1996). Nesse sentido, há interesses em manter posições e práticas, mesmo quando já se acumulam reflexões e experiências que apontam para a necessidade de mudança.

Sabendo-se disso, podemos nos perguntar o que vem dificultando a implantação de uma nova maneira de formar os profissionais de saúde? Quais as conquistas possibilitadas pelas estratégias de reformulação do ensino já implantadas? Elas têm alcançado êxito nas mudanças na formação? É mesmo necessária a mudança do modelo pedagógico vigente? Esta tem ocorrido? Estas são algumas das questões que motivaram e nortearam o meu mestrado em Saúde Pública, registrado de certo modo nesta dissertação.

Para embasar a discussão sugerida, foi realizado um estudo sobre as relações entre o campo da Saúde e o da Educação foi desenvolvida. Apesar das inúmeras interseções potenciais entre os dois campos, constata-se que o diálogo existente entre a Saúde e a Educação ainda é frágil (Marsden, 2006). Ceccim & Feuerwerker (2004) chegam a declarar que a formação é ainda hoje um dos temas menos problematizados na formulação de políticas do SUS e que não se observa no campo da Educação discussões sobre aspectos de relevância do ensino-aprendizagem nas profissões de saúde. No âmbito do Rio de Janeiro, esta última lacuna pode ser observada ao se analisar as linhas de pesquisa existentes nos programas de pós-graduação *stricto sensu* em Educação das principais universidades. Atualmente não há, nessas instituições, linhas de pesquisa em andamento que investiguem a formação de profissionais de saúde.

No entanto, aspectos relacionados à educação têm ganhado maior ênfase nos últimos anos no campo da saúde. O *4º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde* – ocorrido em julho de 2007 na cidade de Salvador – por exemplo, contou com uma grande quantidade de trabalhos debatendo a formação de profissionais para o SUS, superando em número o 3º Congresso realizado em Florianópolis dois anos antes. A professora Madel Therezinha Luz, da comissão organizadora do referido congresso, em um balanço feito para a revista *Radis - comunicação em saúde* sobre os temas, palestrantes e debatedores, disse que o evento em Salvador acolheu muito da demanda reprimida do Congresso de Saúde Coletiva de 2006 (Rio de Janeiro). Ainda sobre esta questão, Alcindo Ferla, que participou do painel *Integralidade no ensino e na formação em saúde*, afirma o seguinte:

“(...) o movimento é de ampliação e fortalecimento da área do ensino e da formação em saúde e de mudança na

natureza da aproximação entre ensino/formação e sistema de saúde. É preciso participar mais enfaticamente da construção e da sustentação de políticas, estratégias e dispositivos capazes de fortalecer mudanças mais efetivas no ensino e no sistema de saúde, como também analisar e articular iniciativas exitosas” (Radis, 2007: 25-26).

Uma maior articulação entre os dois campos pode favorecer as discussões e as propostas de ativação de mudanças na formação profissional em Saúde, fato inevitável na atualidade, frente ao movimento de profundas alterações pelas quais vem passando o campo da Saúde no Brasil.

Pontes, Rego & Silva Junior (2006) colocam que no processo de reforma curricular os cursos universitários normalmente se limitam a debater o papel da graduação e o perfil de egresso que se pretende obter. As reformas costumam se restringir a implantar nos cursos o uso de novos materiais didáticos, a incorporação de novas técnicas pedagógicas ou a introdução de novas disciplinas, fato este também sinalizado por Garcia *et al* (2004).

Carvalho, Garcia & Rocha (2006) ao dissertarem sobre esta mesma temática sinalizam o risco do professor cair “na armadilha de criar ambientes de aprendizagem inovadores sem o compromisso com a mudança e transformação do *status quo*” (p. 460). Eles alertam que as metodologias ativas têm pouca serventia se o educador não tem clareza da finalidade da educação a qual promove.

No entanto, Garcia *et al* (2004) acreditam que finalmente viabilizam-se reformas estruturais dos projetos pedagógicos existentes nas graduações do campo da Saúde e busca-se fortalecer a articulação entre ensino e os mais diversos serviços relacionados ao diferentes níveis de atenção. Esta percepção das autoras surge em função da adoção, em muitos cursos universitários em todo o país, da estratégia de inserir alunos desde o início da graduação em serviços de saúde. Usualmente, são escolhidas para o desenvolvimento desta atividade unidades de atenção primária, que pela posição estratégica e de destaque que ocupam no atual sistema de saúde brasileiro, possibilitam ao estudante acesso a aspectos abrangentes do cuidado como: a noção de território, as necessidades em saúde, a integralidade da atenção, a cidadania e o direito à saúde, as ações coletivas de saúde, a gestão em saúde, a organização do sistema e os determinantes sociais da saúde. O exercício profissional em instituições que realizam atendimento de média e alta complexidade costuma

ficar para um momento mais avançado da formação do aluno, como o internato, no caso da graduação em medicina e enfermagem.

Carvalho & Ceccim (2006) colocam que a “a clínica da atenção básica à saúde é fortemente transversalizada pela Saúde Coletiva” (p. 174), cujas preocupações relacionam-se, principalmente, com os movimentos de mudança na graduação, pois ela preocupa-se com a dissociação entre as estruturas da formação e o mundo do trabalho, pressionando de maneira expressiva o ensino no campo da saúde. Para esses autores, a Saúde Coletiva tem como marcos conceituais:

“(…) o cruzamento entre diferentes saberes e práticas projetando o campo da saúde como defesa da qualidade de vida; a ênfase no acolhimento e inclusividade das pessoas à rede de cuidados do SUS sem nenhum tipo de segregação ou restrição ao acesso; a superação do biologicismo e da abordagem centrada nas doenças para uma abordagem integral que reconheça histórias e sensações na vivência dos adoecimentos; a valorização da autonomia das pessoas na construção de projetos terapêuticos individuais e de autodeterminação no andar a vida; o estabelecimento de práticas cuidadoras e não a intervenção terapêutica centrada nos procedimentos e medicamentos; o estímulo à convivência entre a população e os profissionais de saúde; o envolvimento dos trabalhadores nas instâncias de participação popular; a atuação permanente em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e a crítica à medicalização e à mercantilização da saúde” (p. 172).

Os autores apontam três aspectos que consideram necessários na formação para que a capacidade de percepção e intervenção sobre a saúde seja revista. O primeiro é a **abordagem do sistema de saúde vigente no país**. Carvalho & Ceccim (2006) acreditam haver uma fragilidade do ensino sobre o SUS na formação básica. Eles dizem que o debate sobre os serviços está centrado na suposta diferença nas condições de trabalho entre o setor privado e o setor público, desconhecendo-se o processo de sistematização, organização e implementação do SUS¹³. Apesar das

¹³ A bibliografia usada como base para a última seleção de residentes em saúde da UERJ (seleção para início em 2009) é um exemplo deste fenômeno. Apenas para os cargos de residência em Enfermagem e Fisioterapia eram exigidas referências básicas para atuação no setor saúde, como o título VIII, capítulo II, seção II da Constituição Federal de 1988, a Lei n° 8.142/90 e a Lei n° 8.080/90, as Norma

Diretrizes Curriculares Nacionais apontarem para a necessidade de a formação contemplar o ensino dos princípios e diretrizes do SUS, sua implementação ainda é um desafio a ser cumprido.

O **trabalho em equipe**, o segundo aspecto, é definido por eles como “um trabalho construído por profissionais de diferentes origens, áreas e níveis de formação, com diferentes perspectivas e formulações sobre as necessidades em saúde” (Carvalho & Ceccim, 2006p. 173).

A **atenção integral** é o terceiro aspecto a ser contemplado na formação profissional de saúde para estes autores. Na Constituição de 1988, *atendimento integral* aparece como uma das diretrizes do sistema de saúde do país. Mattos (2006) ressalta que a expressão *integralidade* não é encontrada no documento da Constituição, mas este termo tem sido utilizado correntemente para designar esta diretriz. O autor defende a existência de diferentes sentidos para integralidade. Procede desta forma por acreditar que este conceito é parte de uma *imagem-objeto*, sendo esta noção “usada na área de planejamento para designar certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns autores na arena política consideram desejável” (p. 43). E mais, toda imagem-objeto é polissêmica. Apesar disso, é possível reconhecer alguns traços de semelhança entre os sentidos atribuídos ao termo. Afirma que a “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (p. 63). A atenção integral seria, nesta perspectiva, uma atenção abrangente que permite a percepção dos diferentes sentidos da doença para o paciente, e dos diferentes aspectos da vida a ela relacionados; remete a certa interpretação dos acontecimentos, a se colocar no lugar do outro, a escutar efetivamente o paciente.

3.5 – Diretrizes para novas práticas

O parecer CNE/CES 583/2001, que estabelece orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação, propõe, dentre outras coisas, que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) contemplem as competências, habilidades e atitudes a

Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS. O concurso possui vagas também para nutricionistas, fonoaudiólogos, odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, para os quais serão exigidos na prova apenas conhecimentos relativos a sua especificidade.

serem desenvolvidas pelo aluno ao longo do curso de graduação. No âmbito do ensino técnico, as *Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico - área da saúde* e o *Sistema Nacional de Educação Tecnológica* também definem as competências como elemento central nos processos formativos, devendo os currículos serem organizados com base nesta noção.

Sendo a orientação do Ministério da Educação (MEC) em relação à formação em saúde a de estruturar os currículos com base na noção de competência, tanto no que diz respeito ao ensino técnico quanto ao ensino superior, algumas questões parecem inevitáveis: aqueles responsáveis por realizar as mudanças na formação (professores, diretores de escola, coordenadores de curso, etc) têm definido qual seria o conjunto de competências a ser desenvolvido? Dominam o funcionamento de uma pedagogia baseada em competências? Philippe Perrenoud e outros autores afirmam haver diversas formas de se entender o termo competência. Têm-se claro a definição a ser adotada? Como alcançar então o que está previsto nas DCN?

3.5.1. – Competência: algumas questões

A noção de competência oferecida por Perrenoud (1999) abrange a utilização de conhecimentos para agir eficazmente em uma determinada situação, sem se limitar a eles. Isto é, um indivíduo, ao se defrontar com um determinado problema, emprega vários recursos. Os conhecimentos indispensáveis para a construção de competências não são mobilizados de maneira automática; é necessário superar *o tatear reflexivo*, acionar *esquemas* construídos. Com um exemplo da prática médica, Perrenoud (1999) coloca que:

“As competências clínicas de um médico vão muito além de uma memorização precisa e de uma lembrança oportuna de teorias pertinentes. Nos casos em que a situação sair da rotina, o médico é exigido a fazer relacionamentos, interpretações, interpolações, inferências, invenções, em suma, complexas operações mentais cuja orquestração só pode construir-se *ao vivo*, em função tanto de seu saber e de sua perícia quanto de sua visão da situação” (p. 8).

Hager & Gonczi (1996) indicam que qualquer concepção satisfatória de competência deve levar em consideração tanto os atributos ou habilidades pessoais quanto as tarefas a serem realizadas pelo profissional. Assim, defendem uma concepção de competência que integra tanto a visão que a compreende como sinônimo de performance/desempenho¹⁴, quanto àquela baseada na aquisição de uma série de atitudes, habilidades e atributos considerados desejáveis¹⁵ para a função a ser realizada na atividade profissional. Ao se posicionarem por esta *concepção integrada de competência*, os autores defenderão que o processo educativo deve ensinar o aluno a realizar tarefas previamente estabelecidas, mas também se concentrar na aquisição de atitudes desejáveis.

Apóiam sua posição com o argumento de que a principal razão do insucesso de alguns dos padrões de competência estabelecidos é justamente se concentrar nas tarefas a serem realizadas, sem considerar as habilidades, não abarcando na formação aspectos como o planejamento das ações, a criação de estratégias de enfrentamento de problemas e as possíveis reações das pessoas frente aos diferentes contextos. Mas defendem, por outro lado, ser insuficiente considerar apenas os atributos pessoais.

Esses mesmo autores apontam cinco características de sua concepção de competência que acreditam responder às principais críticas direcionadas às pedagogias baseadas na construção de competências. São elas:

- Integra habilidades e tarefas; educação geral e educação técnica, rompendo com a dicotomia presente no modo de pensar a educação desde Sócrates.
- Possui uma abordagem holística do trabalho. Os autores defendem que certo grau de atomismo, abordagem predominante nas diferentes concepções de competência existentes, é aceitável, desde que seja acompanhado de um grau razoável de visão holística.

¹⁴ A ênfase neste caso é dada na realização de tarefas. É considerado um profissional competente aquele que consegue realizar o máximo de tarefas de uma lista.

¹⁵ Nas instituições que adotam esta visão, a educação se dá no sentido de criar estratégias para que o aluno tenha acesso **separadamente** a cada uma das habilidades desejadas. A capacidade de análise, de resolver problemas e de comunicação são alguns dos exemplos de atributos a serem adquiridos.

- O que os graduados devem ser capazes de fazer está estabelecido, mas nada se fala sobre como chegar a este estágio. Com isso, o professor tem total liberdade para definir o que e como ensinar os alunos.
- Permite a expressão da diversidade de formas possíveis de se realizar uma mesma tarefa, pois não é exigido dos trabalhadores agirem necessariamente da mesma maneira em uma dada situação, nem terem a mesma concepção sobre o trabalho que desenvolvem.

A avaliação das competências profissionais é um dos principais desafios para uma pedagogia baseada em competências. O documento que discorre sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino técnico no campo da Saúde, por exemplo, aponta a dificuldade de avaliação de competências profissionais para efeito de certificação educacional como um dos principais obstáculos à implementação das diretrizes curriculares na forma almejada pela lei. Consta no documento que – apesar de programas escolares deslocados do contexto da produção ser algo enraizado em nossa sociedade, ocorrendo mesmo quando as atividades de ensino se dão no ambiente de trabalho – a integração entre a formação e o serviço é requisito indispensável para o desenvolvimento de competências profissionais e para o **surgimento de práticas adequadas de avaliação** dessas mesmas competências (Brasil, 1999a). A prova escrita é a forma de avaliação da aprendizagem do aluno ainda hoje mais utilizada. No entanto, este instrumento possui caráter de avaliação puramente cognitiva, não sendo apropriados para a avaliação do desenvolvimento de competências pelos alunos. Hager & Gonczi (1996) dizem que o desempenho de tarefas pode ser observado diretamente, porém o mesmo não ocorre com as habilidades. Estas devem, segundo os autores, ser inferidas da performance.

A seguir, um breve relato do que se encontra expresso nas Diretrizes Curriculares Nacionais da formação técnica e superior em saúde.

3.5.2. – Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico - área da saúde

Nas *Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico - área da saúde* (Brasil, 1999a), a organização da formação a partir de competências é

encarada como um desafio. O documento explicita pelo menos dois riscos considerados fatais:

“Um deles relaciona-se à conformação do referencial de competências, que não pode ser uma lista demasiado longa de itens que desconcerte a profissão numa miríade de pequenos atos, tampouco um reduzido conjunto de grandes funções abstratas que sequer caracterize o ofício. O outro diz respeito à representação sobre a realidade do ofício ou profissão, que raramente fundamenta-se numa análise de suas práticas concretas, delineando-se apenas a partir de impressões gerais ou apreensões fragmentadas do que fazer” (p. 13-14).

É importante esclarecer que, no momento de elaboração do documento acima citado, estava em vigor o Decreto Federal de número 2.208, que determinava que as diretrizes curriculares nacionais estabeleçam por área profissional a carga horária mínima do curso, os conteúdos mínimos, as habilidades e competências básicas. Em 2004 este decreto foi revogado e substituído pelo de número 5.154, que não faz mais uso da palavra *competência*.

Segundo Ferreira & Garcia (2005), a política curricular então implantada para o ensino técnico não teve, no entanto, o impacto esperado, pois houve “ausência da participação dos professores na formulação dos parâmetros e diretrizes curriculares” (p. 166). Já no ensino superior, a pedagogia das competências parece ter tido maior adesão, ao menos na formulação das DCN.

Autores que freqüentemente são apresentados como referência, no que tange ao ensino técnico em saúde no Brasil, afirmam que a pedagogia das competências agrava o dualismo, moldando a formação profissional como adestramento e adaptação às demandas do mercado e do capital (Ramos, 2005; Frigotto, 2005; Ciavatta, 2005). Pereira & Ramos (2006) acreditam que a pedagogia das competências difunde os valores de uma lógica onde a eficiência e a produtividade são os únicos critérios válidos. Esta é, segundo as autoras, resultante da:

“(...) forma atual de expressão histórica do capitalismo, sob predomínio do capital financeiro, conduzido de acordo com as regras de um neoliberalismo desenfreado, num momento

histórico marcado por um irreversível processo de globalização econômica e cultural” (p. 90).

Para Ciavatta (2005), a renovação metodológica seguindo a noção de competências a serem desenvolvidas pelos alunos foi definida ao se condenar a lógica multidisciplinar – na qual historicamente se baseou o currículo escolar – por considerar que essa fragmenta o saber. As disciplinas deveriam então ser eliminadas do currículo, passando a aprendizagem a ocorrer através de problemas, projetos etc. Porém, Ramos (2005) entende que “os limites de um currículo dualista e fragmentado em disciplinas, desenvolvido por meio de uma prática pedagógica baseada na transmissão de conteúdos, não se superam pela substituição das disciplinas pelas competências” (p. 107). A autora defenderá que esta perspectiva agrava a dualidade ao anular a especificidade das ciências e compromete a aquisição de conhecimentos como um todo.

“(…) a pedagogia das competências foi promovida por sua suposta capacidade de converter o currículo em um ensino integral, mesclando-se em problemas e projetos, os conhecimentos normalmente distribuídos por diversas disciplinas e os saberes cotidianos. Desta forma, a organização do currículo não passaria mais pela definição de um conjunto de conhecimentos sistematizados a que o aluno deveria ter acesso. Antes, seriam definidas as competências e, então, selecionados os conhecimentos exclusivamente necessários para o seu desenvolvimento. (...) O que a pedagogia das competências não considera, entretanto, é que os problemas a que se propõe resolver não são exclusivamente pedagógicos. Antes, têm um fundo epistemológico que, se não for compreendido, desencadeia inúmeras inovações sem nunca promover a compreensão do problema na sua essência e sua superação” (Ramos, 2005: 112-113).

Em função deste posicionamento, a autora o interpreta que:

“(…) a noção de competência têm seus fundamentos filosóficos e ético-políticos radicalmente opostos à

perspectiva da formação humana. Seu caráter ideológico visa a conferir legitimidade aos novos padrões de acumulação do capital e de relações sociais, desviando os processos educativos dos horizontes de construção de uma concepção crítica de mundo” (Ramos, 2005: 112).

Na Resolução CNE/CEB nº4/1999 consta uma lista das competências gerais a serem alcançadas pelo técnico da área da saúde através de seu processo formativo, ficando a definição das competências específicas para completar o currículo de cada habilitação a cargo das escolas, em função do perfil profissional de conclusão da habilitação. Certas competências ali listadas dificilmente poderiam ser alcançadas apenas pela incorporação daqueles conhecimentos que têm utilidade na realização de ações práticas. A título de exemplo, temos: identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença; identificar a estrutura e organização do sistema de saúde vigente; planejar e organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de qualidade; e realizar trabalho em equipe, correlacionando conhecimento da várias disciplinas ou ciências, tendo em vista o caráter interdisciplinar da área.

Com uma visão distinta da apresentada por Frigotto, Ciavatta & Ramos (2005), Philippe Perrenoud, em entrevista à revista *Nova Escola*, diz que se a abordagem por competências conseguir alcançar suas ambições, ela pode:

“(...) aumentar o sentido de trabalho escolar e modificar a relação com o saber dos alunos em dificuldade; favorecer as aproximações construtivistas, a avaliação formativa, a pedagogia diferenciada, que pode facilitar a assimilação ativa dos saberes; pode colocar os professores em movimento, incitá-los a falar de pedagogia e a cooperar no quadro de equipes ou de projetos do estabelecimento escolar. (...) Não nos esqueçamos que, no final das contas, o objetivo principal é democratizar o acesso ao saber e às competências. Todo o resto não é senão um meio de atingir esse objetivo” (Perrenoud *apud* Gentile & Bencini, 2000).

Ele chama atenção para uma prática que vem ocorrendo em certos países onde a reforma dos programas tradicionais contenta-se em reformular a redação dos

documentos colocando um verbo de ação na frente dos saberes disciplinares. Sinaliza que isto não é suficiente para elaborar um conjunto de competências, representando apenas uma maquiagem. E alerta:

“Há uma tendência em ir rápido demais em todos os países que se lançam na elaboração de programas sem dedicar tempo em observar as práticas sociais, identificando situações nas quais as pessoas são e serão verdadeiramente confrontadas. (...) Se o sistema educativo não perder tempo reconstruindo a transposição didática, ele não questionará as finalidades da escola e se contentará em verter antigos conteúdos dentro de um novo recipiente” (Perrenoud *apud* Gentile & Bencini, 2000).

Reproduzindo a polêmica existente no âmbito conceitual quanto às competências, no projeto político pedagógico da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV)¹⁶ a adoção da pedagogia da competência é vista hora de forma positiva e hora como negativa. No primeiro caso, é entendida como um conjunto de capacidades a serem conquistadas pelo trabalhador permitindo que este possa enfrentar a passagem à complexidade e à imprevisibilidade do novo modo de produzir. Assim, são listados como atributos do trabalhador demandados pela noção de competência:

“Exercer a iniciativa, de modo a tomar decisões adequadas na hora certa; capacidade de gerir sua própria atividade, seu tempo pessoal e suas capacidades, de forma a serem eficientes na resolução de problemas e imprevistos; apresentar flexibilidade e disposição para assumir mutações e ritmos variados de trabalho, assim como criatividade para solucionar problemas” (Machado, 1998 *apud* EPSJV, 2005: 62)

Na interpretação negativa feita a este modelo pedagógico, a EPSJV reproduz o viés de alguns autores de referência na formação profissional acima citados e a compreende como sendo originária do mundo da produção, onde é proposta pela reforma educacional que se encontra “ancorada na necessidade de

¹⁶ Mais adiante haverá uma discussão mais detalhada sobre a EPSJV.

ampliar a capacidade do trabalhador para aplicar novas tecnologias” (EPSJV, 2005: 129). Neste caso, a noção de competência:

“(…) diz respeito à capacidade individual do trabalhador de mobilizar conhecimentos e valores na resolução de problemas de sua área profissional e da sua vida social, em substituição ao modelo *conteudista*, fundado na lógica científica das disciplinas. (...) Outra crítica a destacar é a incoerência entre a defesa de uma formação sólida dos trabalhadores e o modelo pedagógico flexível moldado nas incertezas do mundo do trabalho. Ao adotar as competências funcionais como centro do currículo, o trabalhador ficaria refém das incertezas e das idiossincrasias do mercado, facilitando às empresas a substituição permanente de sua força de trabalho, uma exigência do ‘novo capitalismo’” (EPSJV, 2005: 129).

A incongruência dentro do mesmo documento provavelmente se deu também em função da metodologia adotada no momento de construção do projeto político pedagógico dessa escola. O capítulo *Fundamentos do projeto escolar*, por exemplo, onde se encontram expressos os termos de referência conforme adotados pela Escola, teve cada uma de suas áreas temáticas elaboradas pelo laboratório¹⁶ ou setor mais afeito com as questões ali trabalhadas.

3.5.3. – Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde: o caso da Medicina

As orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação encontram-se expressas no parecer CNE/CES 583 de 2001. Nele consta que as DCN devem contemplar o perfil do formando/egresso/profissional; as **competências**,

¹⁷ Estruturas responsáveis pelas atividades finalísticas da EPSJV. São elas: Laboratório de Educação Profissional em Atenção a Saúde; Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde; Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde; Laboratório de Educação Profissional em Técnicas Laboratoriais em Saúde; Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde; Laboratório de Formação Geral e Educação Profissional em Saúde; Laboratório de Iniciação Científica em Educação Básica; Laboratório de Educação Profissional em Manutenção de Equipamentos de Saúde; e Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde.

habilidades e atitudes; as habilitações e ênfases; os conteúdos curriculares; a organização do curso; os estágios e as atividades complementares; o acompanhamento e a avaliação.

Ao contrário do que acontece no ensino técnico, a pertinência ou não da adoção da pedagogia das competências, conforme expresso no documento, não parecer ter se tornado uma questão polêmica para educadores que refletem sobre o ensino superior. Na revisão bibliográfica realizada sobre este assunto, nada de relevante foi encontrado.

De acordo com Pontes, Rego e Silva Junior (2006) e Carvalho & Ceccim (2006) a Resolução CNE/CES nº 4, de 2001, que instituiu as DCN do curso de graduação em Medicina, foi fruto de uma série de movimentos de mudança relacionados à formação em saúde, como Projetos IDA¹⁷, Projetos UNI¹⁸, CINAEM¹⁹, Seminários Regionais e Nacionais de Ensino Superior em Enfermagem²⁰ e a constituição da Rede Unida²¹. As Resoluções CNE/CES de números 3 e 5 datam do mesmo dia e correspondem, respectivamente, às Diretrizes Curriculares Nacionais

¹⁸ Rede de projetos de integração docente-assistencial desenvolvidos em toda a América Latina. “O conjunto das experiências de integração ensino-serviço (não apenas as iniciativas em rede) foram determinantes para a expansão das noções de atenção integral à saúde, de integração entre formação e trabalho, de integração entre ensino e pesquisa em saúde coletiva e de invenção de projetos interprofissionais na graduação, na extensão e nas especializações em serviço sob supervisão” (Carvalho & Ceccim, 2006: 162). É inovadora ao mostrar que a rede de saúde pode se tornar uma rede-escola.

¹⁹ Rede de projetos de articulação ensino-serviço-comunidade desenvolvidos na década de 1990, que desencadearam processos de mudanças curriculares e passaram a envolver aspectos formativos e não apenas reforma de conteúdos a serem abordados. Segundo Carvalho & Ceccim (2006), essa rede auxiliou na divulgação do ideário da Reforma Sanitária entre professores e estudantes de graduação, tendo como características principais, além da interação ensino-serviço-comunidade, a articulação com os representantes da população e a ampliação da aprendizagem para as redes locais de saúde.

²⁰ A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) propôs uma reforma da educação nas ciências da saúde onde a formação seria dirigida pelas necessidades de saúde e pela intervenção integrada das ciências humanas, sociais e biológicas. Estabeleceu ainda a articulação de docentes, profissionais, gestores do sistema de saúde e estudantes nos debates sobre o ensino. Vale ressaltar que é a primeira vez em que o aluno aparece como um dos protagonistas.

²¹ O Movimento da Educação em Enfermagem gerado pelos seminários defende, dentre outras coisas, a estreita relação entre processo de formação e processo de trabalho e preconiza que o currículo da graduação “deveria favorecer as práticas voltadas para as demandas de saúde da população em consonância com os princípios da Reforma Sanitária brasileira, introduzindo na ordem do currículo os temas do cuidado, da integralidade e da Reforma Sanitária” (Carvalho & Ceccim, 2006: 163).

²² Surge da união da Rede de projetos UNI com a rede de projetos IDA. As múltiplas pessoas, projetos e instituições distribuídas nas diferentes regiões do Brasil que compõem a Rede Unida (atualmente são aproximadamente setenta) têm um objetivo comum: desenvolver projetos e experimentos relacionado ao desenvolvimento de Recursos Humanos em saúde e a busca de mudança no modelo de atenção e no modelo de ensino. Para Carvalho & Ceccim (2006), a Rede Unida formula uma teoria sobre a mudança na educação dos profissionais de saúde. Para que esta adquira novo rumo, é necessário ultrapassar a profissão e o departamento; instituir a multiprofissionalidade; dar lugar aos usuários (gestão participativa dos processos de mudança na formação); e ampliar a integração do ensino com o sistema de serviço.

dos cursos de graduação em Enfermagem e em Nutrição. Uma vez publicadas estas resoluções, até o ano de 2004 as demais profissões consideradas do campo da Saúde²², com exceção da Biomedicina, também instituem suas próprias DCN e seguem o modelo encontrado no documento produzido para o curso de Medicina.

Segundo Siqueira (2001), o texto do Anteprojeto das DCN da Medicina foi resultado de um consenso entre as propostas da Comissão de Especialistas do Ministério de Educação (MEC), da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) e dos Projetos UNI e IDA, o qual foi aprovado no XXXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, ocorrido em setembro do ano 2000.

O referido congresso também apresentou as propostas que vinham sendo “formuladas e discutidas intensamente desde a 2ª Conferência Mundial de Educação Médica realizada em Edimburgo, Escócia, em 1993” (Siqueira, 2001: 11). São elas: relacionar o ensino médico diretamente com os problemas de saúde da comunidade; fazer com que a missão da escola médica esteja “mais congruente com as aspirações político-sociais das comunidades locais e da sociedade” (Siqueira, 2001: 11); adoção da proposta de *network* presente no método de Aprendizagem Baseada em Problemas, mais conhecida como PBL, da sigla em inglês (“Problem Based Learning”); e adoção da proposta de Gestão de Qualidade.

Para Ceccim & Feuerwerker (2004) e Garcia *et al* (2004) as DCN de graduação em Saúde de uma forma geral indicam um caminho e flexibilizam as regras para a ordenação de cursos possibilitando maior autonomia para organização dos currículos, ao romper com a idéia de currículos mínimos, que segundo os autores foram definidos a partir da antiga LDB.

No parecer CNE/CES 583/2001, no entanto, consta que esta autonomia já se encontra assegurada desde que a nova LDB entrou em vigor em dezembro de 1996. No documento considera-se que a flexibilização atende a:

“(…) necessidade de uma profunda revisão de toda a tradição que burocratiza os cursos e se revela incongruente com as tendências contemporâneas de considerar a

²³ Segundo a Resolução CNS 287/1998, são considerados profissionais de saúde Assistentes Sociais; Biólogos; Biomédicos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; e Terapeutas Ocupacionais.

formação em nível de graduação como uma etapa inicial da formação continuada; bem como à crescente heterogeneidade tanto da formação prévia como das expectativas e dos interesses dos alunos” (Brasil, 2001a: 1)

De todo modo, parece haver um consenso de que as DCN do ensino superior confirmam a necessidade que há décadas se debate: realizar modificações no ensino em saúde. Pelo menos no que tange à formação médica, propostas para mudar o modelo vigente é pauta de discussão dos movimentos de mudança da formação deste a década de 1950 (Pontes, Rego e Silva Junior, 2006). Assim, tenta-se, pelas propostas trazidas pelas DCN, romper definitivamente com o paradigma biologicista, medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado, atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos, propondo o perfil profissional a ser formado (Ceccim & Feuerwerker, 2004). O Artigo 3º das DCN de Medicina, por exemplo, determina que o curso de graduação:

“(…) tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano” (p. 1).

Ceccim & Feuerwerker (2004) avaliam ainda que as DCN favorecem a construção de maiores compromissos da universidade com o SUS ao proporem relações da escola com o sistema de saúde local. As DCN de Medicina estabelecem que a formação “deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe” (Brasil, 2001b: 3). A proposta de proporcionar aos alunos atividades práticas desde o início de sua formação aparece no Artigo 12²³ tanto das DCN de Medicina quanto no da Medicina Veterinária. Dentre outras coisas, elas instituem que estes devem:

²⁴ Dispõem sobre a estrutura dos cursos.

“V – **inserir o aluno precocemente em atividades práticas** relevantes para a sua futura vida profissional; VI - utilizar **diferentes cenários de ensino-aprendizagem** permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional; VII – propiciar a **interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação**, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e VII – vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS” (Brasil, 2001b: 5, grifos nossos).

Apesar disso, a formação superior em saúde continua sendo percebida pelos críticos como dando excessiva ênfase à especialização e sendo baseada em conteúdos técnicos fortemente arraigados nos ambulatórios e hospitais universitários. Os cursos também fazem uso predominante de uma visão unicausal do processo de saúde-doença, reduzindo-o a sua dimensão biológica, os sujeitos/pacientes a sua doença, a doença a seu aspecto anátomo-patológico e o cuidado à aplicação de procedimentos prescritos para a nosologia em questão (Ribeiro, 2004). Junte-se a isso o fato da abordagem social dos problemas de saúde não ser um tema frequentemente discutido entre estudantes e professores. Enfim, o paradigma biologicista é predominante.

Isto talvez se deva em parte ao curto período decorrido desde a homologação das DCN. Sua criação representa o processo de tornar legais movimentos que já vinha ocorrendo de forma isolada em algumas universidades, fazendo com que seus fundamentos ganhem projeção nacional, algo ainda em processo. Contudo, só podemos proceder a uma análise parcial de seus efeitos. Os resultados de alterações estruturais no campo educacional, como as indicadas pelas DCN, só são passíveis de avaliação após anos de implantação. Precisamos aguardar que turmas submetidas ao novo modelo concluam o processo de formação para avaliar as estratégias utilizadas, verificando se elas foram capazes de alcançar seus objetivos.

4. ENSINO EM SERVIÇOS DE SAÚDE: ALGUMAS EXPERIÊNCIAS

“Ao educador e ao educando apresenta-se nos serviços uma relação dialógica que exige desconstruir e problematizar o cotidiano, ou seja, tornar-se ‘consciente’, fato que se dá por meio da intencionalidade, não só em relação a objetos (ou a outras pessoas), mas também a si mesmo” (Garcia *et al*, 2004: 35).

A inserção precoce de alunos nos serviços de saúde foi pensada com o intuito de minimizar alguns dos principais problemas na formação de profissionais de saúde. Com a inserção precoce o aluno entra em contato, desde o início da sua graduação, com situações reais de trabalho e tem a oportunidade de vivenciar as mais diferentes circunstâncias de vida da população atendida, o trabalho em equipe e o cotidiano das instituições de Saúde Pública. Espera-se que ao relacionar diretamente o ensino aos problemas de saúde da comunidade adstrita à unidade de saúde usada como campo de estágio, o aluno passe a ter um maior comprometimento com a população atendida e que egresso da Universidade exercendo uma prática profissional mais humanista e reflexiva.

Ao falarmos sobre inserção precoce de alunos estamos nos referindo aos processos de ensino que tomam parte nos serviços de saúde. Devido a isso, no cenário atual, o ensino em serviço tem sido pauta constante nas discussões acerca da formação de profissionais de saúde. O que vem sendo preconizado é uma maior ênfase dos processos de ensino no desenvolvimento de atividades práticas em instituições de assistência alternativas ao hospital. Complementar a esta proposta, encontra-se a defesa da realização da maior parte dos estágios em serviços integrados ou pertencentes à rede pública. Os adeptos desta medida entendem que ela opera sobre o distanciamento entre o ensino e a realidade social, formando um profissional com uma visão mais realista do mercado de trabalho e das necessidades sociais (Garcia, 2001).

Porém, a ampliação do tempo total destinado à prática profissional em boa parte dos cursos de graduação em saúde, proporcionado pela inserção precoce, ainda

é um tema controverso no debate sobre mudança da formação em saúde. Todavia, vale lembrar que a aprendizagem organizada de forma a fazer com que o estudante esteja junto ao profissional no desenvolvimento de suas tarefas cotidianas por toda a sua formação, relacionando o processo formativo com a prática, não é algo inédito, conforme será visto a seguir.

4.1. – Um resgate histórico

As primeiras escolas de saúde brasileiras de nível superior foram criadas em 1808 com a chegada da Corte Portuguesa na colônia, e o que prevaleceu no ensino das profissões de saúde até o Brasil República foi o aprendizado em laboratórios ou serviços que prestavam assistência na área alvo da formação. “Aprendia-se com os profissionais mais experientes e no desenvolvimento do exercício dedicado” (Carvalho & Ceccim, 2006: 152). Ou seja, formavam-se práticos. Não havia um currículo mínimo, nem diretrizes curriculares nacionais a serem seguidos, sendo o ensino livre e o currículo e a pedagogia auto-regulamentados. Em muitas formações, os serviços onde ou com quem o aprendiz “estagiava” era o responsável por emitir um *Certificado de Aptidão*, garantindo que o profissional havia passado por um processo de formação que lhe permitia exercer a profissão (Carvalho & Ceccim, 2006).

A regulamentação da educação formal e sua modificação para torná-la mais científica se deram na década de 1940, com a introdução das recomendações presentes no Relatório Flexner. Segundo Gonçalves & Moraes (2003), a organização de boa parte dos cursos de medicina do Brasil segue ainda o modelo americano proposta há quase um século, onde os seis anos destinados à formação são divididos em dois ciclos, o básico e o profissionalizante.

O primeiro é constituído ao longo de dois anos por disciplinas de fundamentos que focalizam os órgãos e sistemas do corpo humano. Ao ciclo básico cabe promover a compreensão do processo saúde-doença do indivíduo nos aspectos biológicos; observa-se, de uma forma geral, uma hiper-valorização da biologia, sendo as disciplinas relativas aos campos das Ciências Sociais, da Saúde Coletiva e da Psicologia relegadas. Garcia *et al* (2004) afirmam que a Medicina, ao ser pautada

pelas ciências naturais, pode tornar “os conteúdos sociais ‘descolados do sujeito’, ‘pouco importantes’, ou com pouca ‘aplicação prática’” (p. 32) para os alunos.

É no ciclo profissionalizante que eles entram pela primeira vez em contato com a prática da clínica médica, conforme relatado por Siqueira (2001):

“O estudo profissionalizante se dá através das disciplinas das especialidades médicas, reforçando o princípio de aprendizagem das patologias do corpo humano, de forma segmentada – a qual vem se dando desde o ciclo básico, fundamentada no racionalismo cartesiano que influenciou os princípios de Flexner” (p. 15).

O internato é a última etapa da formação escolar do médico generalista. Faz parte do ciclo profissionalizante do ensino e consiste em estágios em áreas específicas da atuação do profissional, como Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Medicina Comunitária e Psiquiatria. A possibilidade de desempenho em tantas especialidades no período destinado ao internato – que normalmente é de dezoito meses –, deve-se ao fato dos estágios ocorrerem em rodízio, permanecendo o aluno por um ou dois meses em cada especialidade, sendo dedicado um maior tempo apenas para aquela especialidade que mais lhe interesse. O acompanhamento e orientação do aluno são feitos por professores e profissionais médicos que atuam em cada departamento pelo qual o estudante passa. Siqueira (2001) afirma que o internato é um período no qual o aluno dedica-se a sua especialização, consolidando um modo de intervenção fragmentado e que toma parte no indivíduo biológico.

Segundo Gonçalves e Moraes (2003), as características principais do internato na forma como é conhecida hoje foram estabelecidas nas conferências sobre ensino médico realizadas na América Latina em 1957. Na época, o internato poderia acontecer em cada instituição de maneira independente, quer dizer, durante o curso ou mesmo depois de sua conclusão. No referido encontro, para este momento da formação médica foi determinada a duração mínima de onze meses e recomendou-se sua realização antes do final da graduação. Vinte anos depois, oitenta e sete por cento das escolas médicas cumpriam essa exigência.

Para essas autoras, “a implantação do internato implicou reconhecer que os programas formais dos cursos de Medicina estendiam o ensino teórico e o papel

passivo dos alunos até o momento da graduação” (p. 87). Elas consideram que hoje há a compreensão de que o internato é uma possível solução para a falta de experiência prática do aluno do curso de Medicina, posto que através dele o aluno adquire maior segurança e melhor domínio de técnicas específicas. Porém, estando-se ciente de que as pessoas internadas em hospitais representam percentagem mínima dos que procuram atendimento, reconhece-se que “o que se aprende em serviços hospitalares tem pouco a ver com o exercício da medicina geral extra-hospitalar; a atenção diária em pediatria e clínica do adulto em consultório e no domicílio tem diferença qualitativa em relação à assistência intra-hospitalar aprendida nos hospitais de ensino ou outros” (p. 87).

Talvez por isso a reunião de docentes de graduação das profissões da saúde, ocorrida em 1988, citou entre as dificuldades da formação de profissionais de saúde na época do surgimento da chamada Constituição Cidadã a ‘rejeição’ do aluno ao social, reconhecendo ser esta reforçada pelo modelo assistencial e de ensino (Garcia *et al*, 2004).

Passados uma década, a apresentação do *Projeto de Avaliação do Ensino Médico no Brasil - Fase III: Transformando a Educação Médica Brasileira* pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) sinaliza que pouco mudou. O documento aponta que as escolas não estão cumprindo com o objetivo de formar profissionais comprometidos com a realidade da população brasileira assistida, sendo recomendada a adoção de mudança da metodologia de ensino aplicada (Garcia *et al*, 2004). Mesmo hoje, vinte anos de vigência da nova Constituição e dez anos após exposição do diagnóstico e proposições da CINAEM, nos ocupamos com os mesmos incômodos e dificuldades na implantação de alternativas ao modelo de ensino identificado como inadequado.

4.2. – A pesquisa bibliográfica²⁴

Foi realizado um levantamento bibliográfico na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), disponível no *site*

²⁵ Ver resumo esquemático no anexo I.

da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)²⁵, acerca do ensino em serviços de saúde e da inserção precoce. A base de dados LILACS foi usada como referência por reunir prioritariamente obras de autores latino-americanos, limitando a pesquisa à seleção de estudos nacionais, pois interessava-nos abordar esta discussão no contexto brasileiro. Foram identificados textos publicados nos últimos dez anos que discorrem sobre o ensino em serviço e relatam experiências de inserção precoce de alunos dos cursos de graduação em Saúde em unidades de assistência. A delimitação do tempo na revisão – uma década e não a partir da aprovação das DCN – foi aplicada na tentativa de incluir os estudos acerca do ensino em serviço que antecedeu a implantação da estratégia de inserção precoce e os argumentos dos seus defensores, antes mesmo da elaboração do documento legal. Almejava-se levantar também os precursores na implantação desta proposta.

O levantamento nas bases de dados foi realizado em maio de 2008. Primeiramente, procedeu-se uma pesquisa bastante ampla que tinha o intuito de identificar o universo de buscas. Se desde o começo aplicássemos uma busca muito específica, corríamos o risco de deixar de fora da pesquisa artigos que são de nosso interesse. O formulário avançado foi utilizado, sendo neste primeiro momento preenchido com as palavras *ensino* e *serviço*, ambas no campo *palavras*. Utilizamos o operador booleano²⁶ *and* para associá-las. O mesmo foi feito com as palavras *inserção* e *precoce*. Foram encontrados, respectivamente, quatrocentos e setenta e sete (477) e quarenta e sete (47) registros.

Considerando que se fez uso de palavras extremamente amplas, pois se pretendia neste momento realizar apenas um mapeamento do que se encontrava na base de dados sobre ensino em serviços e inserção precoce, surpreendeu-nos o número reduzido de registros obtidos. Ao saber que a base de dados apresentava na época pouco mais de quatrocentos e quarenta mil textos, a informação coletada nos sinalizou para o limite de fontes a serem encontradas que tratem especificamente do tema de interesse.

²⁶ <http://www.bireme.br/php/index.php>. A BIREME é o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. É um centro especializado da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estabelecido no Brasil desde 1967. Tem como objetivo promover a construção, o desenvolvimento e a operação descentralizada da Biblioteca Virtual em Saúde, entendida como a base do conhecimento científico-técnico em saúde, registrado, organizado e armazenado em formato eletrônico nos países da região, disponível de forma universal em internet e de forma compatível com as principais fontes de informação internacionais.

²⁷ Os operadores booleanos são palavras utilizadas para combinar mais de um termo a ser pesquisada no mesmo formulário de pesquisa.

O primeiro filtro empregado para o refinamento da pesquisa foram descritores de assunto, aplicados no segundo campo do formulário. Para selecionar os descritores pertinentes com o estudo proposto, foi feita uma consulta aos Descritores das Ciências da Saúde (DeCS)²⁷. Fez-se uma busca por índice alfabético de descritores com a palavra *educação*. Foram levantados cinquenta e seis registros (vide anexo II). Os descritores escolhidos foram: educação baseada em competências²⁸; educação de graduação em medicina²⁹; educação médica³⁰; educação profissional em saúde pública³¹; educação profissionalizante³²; educação superior³³; educação vocacional³⁴.

Assim, na segunda pesquisa, os campos do *formulário avançado* de pesquisa de artigos foram preenchidos com as palavras *ensino and educação* no primeiro campo, pesquisando-as como *palavras*. Utilizamos mais uma vez o operador booleano *and* para associá-las ao segundo campo de pesquisa, no qual incluímos os descritores através de consulta ao *índice*. Os descritores foram assim depositados da seguinte forma: "educacao baseada em competencias" or "educacao de graduacao em medicina" or "educacao medica" or "educacao profissional em saude publica" or "educacao profissionalizante" or "educacao superior" or "educacao vocacional". Os quatrocentos e setenta e sete artigos inicialmente encontrados foram reduzidos a quarenta e um (41). Na pesquisa com as palavras *inserção precoce*, passamos de quarenta e sete para apenas cinco artigos (5).

A última etapa do levantamento foi limitar o ano de publicação das referências a serem utilizadas e o país de sua publicação. Para tal, o índice do campo *país, ano de publicação* foi consultado. Os itens selecionados, que se encontram listados a seguir, foram interligados fazendo uso do operador booleano *or*, como também foi feito entre os descritores de assunto: Brasil/1998, Brasil/1999.

²⁸ <http://decs.bvs.br/>.

²⁹ Definição segundo o DeCS: Programas educacionais projetados para assegurar que os estudantes possam atingir níveis de competência pré-especificados em um determinado campo ou atividade de treinamento. A ênfase está na realização ou objetivos especificados.

³⁰ Definição segundo o DeCS: O período da educação em medicina em uma escola médica. Nos Estados Unidos ele sucede ao grau de bacharelado e precede a admissão para o M.D. (Doctor of Medicine).

³¹ Definição segundo o DeCS: Uso de artigos em geral que dizem respeito a educação médica.

³² Definição segundo o DeCS: Educação e treinamento em Saúde Pública para a prática da profissão. Nota de Indexação Português: educação de público geral a respeito de assuntos de saúde pública = Saúde Pública/educação.

³³ Definição segundo o DeCS: Educação convencional e treinamento para a prática de uma profissão.

³⁴ Definição segundo o DeCS: Ensino superior.

³⁵ Definição segundo o DeCS: Educação para meios de vida ou ocupações específicas.

Brasil/2000, Brasil/2001, Brasil/2002, Brasil/2003, Brasil/2004, Brasil/2005, Brasil/2006, Brasil/2007, Brasil/2008.

Na pesquisa feita com os termos *ensino* e *serviço*, o número de referências remanescentes baixou para apenas vinte e três (23). Com *inserção* e *precoce* não houve redução do número nesta etapa do levantamento. Ou seja, todos os textos encontrados fazendo uso destas palavras que possuem os descritores acima listados foram publicados no Brasil entre os anos de 1998 e 2008.

De posse dos vinte e oito (28) textos encontrados, pode-se realizar em fim o refinamento do resultado. Neste processo, o título e o resumo dos textos foram lidos com o propósito de avaliar a sua pertinência com a discussão aqui sugerida. Ao final, os textos escolhidos foram:

Quadro 1 – Relação de textos encontrados no levantamento.

	Autores	Título	Localização	Ano de Pub.
1	Siqueira	O ensino médico no Brasil e a proposta da disciplina atenção integral à saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro.	Dissertação de mestrado do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES): A inserção precoce do graduando de medicina no sistema de saúde: estudo da disciplina atenção integral à saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro.	2001
2	Karino & Guarient	Aprendizado no primeiro estágio de enfermagem: a visão dos alunos.	Periódico: Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR	2001
3	Gonçalves & Moraes	Inserção dos alunos da primeira série do curso de medicina em serviços de saúde.	Periódico: Revista Brasileira de Educação Médica	2003
4	Cabral <i>et al</i>	Interação ensino-serviço-comunidade: uma ferramenta para integralidade:	Livro: Ensino-Trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS	2006
5	Cyrino <i>et al</i>	Em busca da recomposição da arte do cuidado e do fazer/aprender: a interação universidade, serviço e comunidade na faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP	Livro: Ensino-Trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS	2006
6	Garcia <i>et al</i>	O ensino da Saúde Coletiva e a Escola Médica em mudança: um estudo de caso.	Periódico: Interface: Comunicação, Saúde, Educação	2006
7	Rezende <i>et al</i>	Implementando as unidades educacionais do curso de enfermagem da Famema: relato de experiência.	Periódico: Interface: Comunicação, Saúde, Educação	2006

8 Pontes, Rego & Silva Junior	Saber e prática docente na transformação do ensino médico.	Periódico: Revista Brasileira de Educação Médica	2006
-------------------------------	--	---	------

Trecho inicialmente encontrado na introdução e deslocado para cá.

Como o objeto de estudo desta pesquisa foi analisado a partir da leitura de textos, torna-se imperativo descrever a compreensão que se tem de “interpretação de texto” e os procedimentos adotados no momento de leitura das referências levantadas. Na revisão bibliográfica da dissertação, foi feito uso principalmente de textos oriundos do campo da Saúde Pública e da Educação. Foram coletados e analisados trabalhos que tinham como tema central a discussão sobre a relação entre teoria e prática, o ensino em serviços de saúde, a inserção precoce de alunos dos cursos de saúde nos serviços e questões pertinentes ao ensino técnico.

Os textos escolhidos foram lidos tomando como base o proposto por Eco (2005) e Minayo (2007).

Eco (2005) defende a existência de critérios para a interpretação. Diz que a partir de uma mensagem pode-se testar uma série de significados e de contextos a que esta mensagem se refere. Contudo, o intérprete não está “autorizado a dizer que a mensagem pode significar qualquer coisa. Pode significar muita coisa, mas há sentidos que seria despropositado sugerir” (p. 50). Indica então que “se há algo a ser interpretado, a interpretação deve falar de algo que deve ser encontrado em algum lugar, e de certa forma respeitado” (p. 50-51)

Minayo (2007) ao descrever a análise do discurso – que toma o texto como unidade de análise, entendendo-o como uma unidade complexa de significações – afirma também que qualquer texto admite múltiplas possibilidades de interpretação para o contexto que o gerou, para a ideologia nele empregada e para as relações dos autores que o tornam praticável. O jogo de possíveis está apoiado no fato do processo discursivo acumular sentidos prévios que são interpretados pela experiência concreta do leitor. A autora coloca que é através da análise do texto que este tem restituída sua incompletude, sendo nele revelados três dimensões de argumentação: as relações de força, as relações de sentido e as relações de antecipação. A primeira demarca lugares sociais e posições do autor e do leitor. A Segunda compõe a interligação existente entre o discurso presente no texto e os vários outros discursos. Já o último representa o movimento do autor ao prever a reação de seu leitor, visto que se

compreende que toda fala ao ser dita tem como pano de fundo a imagem de um ouvinte e a sua esperada reação.

Cabe lembrar os três grandes obstáculos, apontados por Minayo (2007), usualmente encontrados por pesquisadores quando iniciam a análise dos dados recolhidos, nos quais também estão incluídos os documentos/textos:

- A “ilusão da transparência”, que é a impressão de familiaridade com o objeto sentida pelo pesquisador, levando-o a interpretar os dados de forma espontânea e literal, “como se o real se mostrasse nitidamente ao observador” (p. 299).
- Dar aos métodos e instrumentos utilizados na pesquisa o lugar da essencialidade dos significados e intencionalidades. Com isso, esquece-se do mais importante, isto é, “a fidedignidade compreensão do material e referidas relações sociais dinâmicas e vivas” (p. 299).
- A dificuldade “na junção e síntese das teorias e dos achados em campo ou documentais” (p. 300).

Em relação a este último obstáculo, a autora coloca que de maneira geral a análise do material recolhido busca atingir três objetivos:

- Ultrapassar as incertezas, estabelecendo uma compreensão dos dados coletados. Assim sendo, pretende-se responder as perguntas, as hipóteses e os pressupostos formulados na pesquisa.
- Compreender de forma mais aprofundada o fenômeno estudado, ampliando o conhecimento que se tem sobre o assunto pesquisado. Deve-se procurar transpor o olhar imediato e espontâneo obtido em uma primeira leitura dos dados ou documentos levantados.
- Integrar as descobertas. Ou seja, articular o conhecimento adquirido ao contexto cultural do qual faz parte.

Por fim, destaco a constante preocupação de afirmar no momento da leitura dos textos uma postura de *interrogação*, característica própria do pensamento problematizador. Ao ler os textos, busquei captar, criticar, reter e integrar as idéias

principais a outros conhecimentos, procurando “acompanhar a montagem, o encadeamento, a articulação das idéias em amplos e profundos textos” (Ruiz, 2002: 38). Com isso, visava “crescer através do desenvolvimento interno e não agregação ou amontoamento desordenado de informações superficiais e assistemáticas” (Ruiz, 2002: 47).

Após a leitura dos textos listados, verifiquei que apesar de apenas três³⁵ dos documentos escolhidos terem sido levantados fazendo uso das palavras *inserção* e *precoce*, todos se referem à estratégia de inserção precoce, descrevendo experiências desenvolvidas por cursos de graduação em diferentes universidades do país. Mesmo os textos levantados fazendo uso das palavras *ensino* e *serviço*, tecem suas argumentações com base nas vivências tidas em seus cursos com alunos na fase inicial de sua formação universitária. A pesquisa com as palavras *ensino* e *serviço* tinham como intuito fomentar a discussão das potencialidades e das dificuldades do ensino que tomam lugar em unidades de assistência à saúde, nas quais obviamente encontram-se as experiências de inserção precoce, porém não exclusivamente.

É pertinente ainda esclarecer que artigos que relatam experiências não são reproduzíveis à semelhança de estudos epidemiológicos, por exemplo. É necessário proceder a relativização das conclusões trazidas pelo texto, questionar possíveis vieses de interpretação (dos protagonistas da experiência relatada e nosso enquanto leitores), além de considerar que o contexto em que uma experiência ocorre é determinante no surgimento da proposta, em seu planejamento de execução, desenvolvimento e resultado. A saber:

Quadro 2 – Relação de cursos e suas respectivas Instituições de Ensino Superior (IES) que introduziram a estratégia de inserção precoce, identificados a partir do levantamento feito na pesquisa bibliográfica descrita.

	Curso	Universidade
1	Enfermagem	Faculdade de Medicina de Marília (FEMEMA)
2	Enfermagem	Universidade Estadual de Londrina (UEL)
3	Medicina	Universidade Estadual de Maringá
4	Medicina	Universidade Estadual Paulista (UNESP)
5	Medicina	Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)
6	Medicina	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
7	Medicina	Universidade Federal Fluminense (UFF)
8	Psicologia	Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP)

³⁶ São eles: (1) Aprendizado no primeiro estágio de enfermagem: a visão dos alunos, (2) O ensino médico no Brasil e a proposta da disciplina atenção integral à saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro e (3) Saber e prática docente na transformação do ensino médico.

4.3. – Dificuldades e potencialidades do ensino em serviços de saúde

Para Garcia (2001), o processo de ensino-aprendizagem em serviços de saúde é diferente daquele efetuado em sala de aula. No serviço, os conteúdos ministrados aos alunos ultrapassam o simples acesso a informações técnicas – usualmente o que é fornecido em sala de aula – sendo-lhes também proporcionada a oportunidade de discutir questões formativas relacionadas à ética, à moral e à psicológica oriundas das relações sociais ali estabelecidas.

Estas relações vivenciadas nas unidades não se limitam à interação do aluno com o professor e seus colegas. O aprendiz tem contato também com os demais profissionais que atuam no serviço e com os usuários. Na descrição das múltiplas direções e sentidos do fazer pedagógico em serviços, o mesmo autor diz que professores educam alunos, profissionais e usuários; alunos educam usuários; usuários educam alunos; profissionais e equipe educam alunos e as situações vivenciadas no cotidiano educam todos. Acrescentaria nesta lista que os alunos educam professores e profissionais; com suas dúvidas e estranhamentos ao cotidiano da instituição, eles também podem fazer os professores e profissionais olharem para o serviço e para as práticas de outra forma. Eles podem desencadear a construção de um espaço para a mudança de práticas instituídas que não são mais adequadas à realidade encontrada no serviço ou de seus usuários. A naturalização dos acontecimentos e características das instituições é fenômeno comum após anos de prática, em especial se atuando sempre no mesmo local.

Como colocado pelas autoras, as relações estabelecidas nos serviços reproduzem as contradições e possibilidades do espaço social de que fazem parte. Elas constituem as práticas e, ao mesmo tempo, possuem excepcional potencial de transformação destas mesmas práticas e das próprias relações. É no serviço que fica evidente o quão inapropriado pode se tornar a aplicação mecânica de respostas universais para problemas apresentados em diferentes contextos. O *ato interceptor* entre profissionais/usuários e entre discente/usuário/decente torna-se extremamente rico, se for capaz de auxiliar o aluno na elaboração de soluções adequadas para cada novo problema enfrentado (Garcia, 2001).

A autora avalia que para tornar o aprendizado significativo não basta proporcionar ao estudante a mera observação do cotidiano de trabalho na assistência. Considera para isso essencial o desenvolvimento de mediações entre a estrutura dos

serviços, a equipe, o docente, o grupo de alunos, as situações criadas, os momentos de síntese, a correlação de conhecimentos práticos e teóricos, a problematização das situações e habilitar o aluno para problematizar.

A oportunidade de problematizar as práticas torna-se particularmente importante se entendemos, como acima colocado, que as relações sociais existentes na unidade de atenção contêm as contradições e possibilidades do conjunto social. Sem a construção de um espaço dedicado à reflexão crítica do cotidiano e seus acontecimentos, corre-se o risco de reproduzir as hierarquias historicamente construídas, sem que estas sejam postas em questão e relativizadas, vindo possivelmente o profissional a desempenhar sua função de maneira não condizente com a demanda e a necessidade³⁶ da população atendida.

A vida em sociedade é extremamente dinâmica, sendo uma das atribuições da relação entre profissional, estudante e usuário a de apreender o que ocorre com este último no que se refere a sua história de vida e o conjunto de características presentes no seu entorno – como as condições sanitárias de sua moradia, a sua situação econômica, as relações sociais estabelecidas com as quais pode esperar algum tipo de apoio, a cultura presente em sua rede social –, a fim de elaborar uma terapêutica ou demais soluções necessárias adequadas para cada problema que aparece.

Capturar os modos de vida não é tarefa fácil, em especial na atualidade, marcada pelo intimismo e pelo individualismo³⁷. Compreender o contexto onde uma enfermidade se manifesta exige, entre outras coisas, mergulhar no sofrimento do outro e em sua situação de vida. Costa (1997) ao analisar a tendência freqüente da

³⁷ Usualmente demanda e necessidade são apresentadas como sinônimos. Porém, entendo haver uma distinção entre estes termos. Chamo aqui de demanda a queixa apresentada pelo usuário. É o que o leva a procurar a unidade de saúde, a razão pela qual busca atendimento. Está ligada à necessidade que ele acredita ter. Necessidade, por outro lado, é aquilo do que o usuário precisa para resolver seu problema. Nem sempre o que o usuário demanda é o que ele de fato necessita. Um exemplo disto, relacionado ao campo da Psicologia, é a medicalização de sofrimentos psíquicos. O indivíduo chega ao serviço com uma queixa que espera ser solucionada com o uso de medicação. Entretanto, o complexo conjunto de fatores gerador do quadro somático apresentado dificilmente é resolvido simplesmente com prescrição medicamentosa, como espera o paciente, sendo a terapêutica prescrita formulada levando em conta a sua necessidade.

³⁸ O intimismo é caracterizado pela tendência no mundo atual de se voltar as costas para os problemas coletivos, deixando-se absorver quase exclusivamente por problemas privados. Já o individualismo é representado pela negligência quanto às vicissitudes políticas e sociais presentes nos acontecimentos que acometem o sujeito. É a tendência de levar constantemente para o subjetivo problemas que são sociais. Ambos trazem conseqüências importantes nos âmbitos pessoal e da sociedade como um todo. Para maiores informações sobre as implicações do intimismo na violência contemporânea, ver Costa (1997). Os efeitos de uma abordagem individualista nas práticas em Saúde, mas especificamente no atendimento clínico da Psicologia, podem ser encontrados em Pombo-de-Barros & Marsden (2008).

elite na contemporaneidade de tornar o outro um “estranho”, alerta para o risco de o objetivarmos, desconsiderando-o como pessoa humana³⁸. Ao assim proceder, o que quer que aconteça com o próximo ou o que ele venha a sofrer se torna irrelevante:

“(…) o alheamento consiste numa atitude de distanciamento, na qual a hostilidade ou o vivido persecutório são substituídos pela *desqualificação do sujeito como ser moral*. Desqualificar moralmente o outro significa não vê-lo como um agente autônomo e criador potencial de normas éticas, ou como um parceiro na obediência à leis partilhadas e consentidas, ou, por fim, como alguém que deve ser respeitado em sua integridade física e moral. (...) Ao contrário da crueldade inspirada na rivalidade ameaçadora, real ou imaginária, a indiferença anula quase totalmente o outro em sua humanidade. Retraduzindo no vocabulário de Hannah Arendt, o alheamento é uma das formas pela qual se manifesta a banalidade do mal” (Costa, 1997: 70-71).

Devido a isso, facilmente encontramos situações como as descritas na introdução desta dissertação, onde o profissional se vê impotente frente à resistência do paciente em tomar a medicação ou a seguir a dieta que lhe foi prescrita. Qualquer manual ou livro texto contém os procedimentos a serem adotados no tratamento físico da hipertensão, por exemplo. Mas o método a ser empregado em situações adversas como as relatadas tem especificidades relacionadas aos determinantes sociais. Para uma intervenção ser eficaz nas situações que chegam à unidade de atendimento, ela deve variar de acordo com as características históricas, econômicas, sociais, culturais, políticas e pessoais presentes em cada caso e território.

As mudanças no sistema de ensino devem proporcionar oportunidades reais para o estudante desenvolver competências condizentes com os desafios do cotidiano no qual está inserido. E isso não se faz só transmitindo conhecimento. É fundamental

³⁹ O autor chama de elite os "donos do poder", referindo-se à “realidade histórica da constituição da moderna sociedade brasileira, na qual a maioria da população é excluída, de fato e não de direito, da participação tanto na distribuição das riquezas quanto nas decisões políticas. (...) O termo elite, portanto, é deliberadamente usado no sentido crítico de desaprovação de determinadas condutas ou comportamentos políticos, sociais e culturais vistos como indesejáveis na constituição de uma sociedade democrática” (Costa, 1997: 83-84).

o confronto com a realidade e a reflexão sobre e na prática. Garcia *et al* (2004) apostam na capacidade do ensino em serviços de saúde para operar mudanças na formação:

“Para além de problemas genéricos, o ensino no cotidiano do trabalho profissional implica em práticas e conhecimentos relacionados ao cuidar, tais como: ouvir, ter bom senso, respeito e confiança. Tais situações possibilitam a **mudança da tendência de ‘coisificação’ do indivíduo** (aluno e paciente) que se processa no ensino tradicional, onde não se tem história, nem passado, nem futuro, mas um trabalho com o fim em si mesmo, como uma técnica protocolar pré-determinada que exclui a realidade (p. 36) (grifos nossos).

As autoras acreditam que as metodologias ativas de ensino-aprendizagem ligadas ao trabalho e outras vivências cotidianas proporcionam a “tomada de posse” e a apropriação dos planos de ação, no lugar da absorção passiva de conhecimentos, promovem a interação e a mediação com as diferentes culturas, permitindo que o ensino cumpra seu papel de humanização.

Ao adotarmos esta posição, podemos questionar se a transmissão de conteúdos, que é absorvida pelo aluno de forma pouco crítica, não estaria enrijecendo seu olhar, fazendo com que ele entre no campo “sabendo” o que irá encontrar e pronto para aplicar o que foi aprendido. Isto diminui a possibilidade de estranhamento do novo e desconhecido, tão importante para o desenvolvimento de uma postura crítica, no sentido do reconhecimento dos limites e possibilidades de uma ação.

Garcia (2001) afirma que a efetiva incorporação dos instrumentos técnicos, culturais e éticos necessários para uma intervenção competente é possível a partir da *catarse* entre o conhecer e o agir, a qual ocorre através da vivência do cotidiano nos serviços e do questionamento das práticas sociais. Neste processo, cabe ao docente, por meio do diálogo com o saber científico, a problematização do cotidiano, desconstruindo e reconstruindo constantemente as práticas, o que exige do educador mais do que o desempenho do papel de informante. Para a autora, ele deverá aprender a correr riscos; a ter tolerância com a ambigüidade; a estabelecer relações

amplas (que reúnam fatos da realidade, conceitos, aspectos objetivos e subjetivos, informações reais e imagens) em sínteses provisórias; capacidade de inovar, criar e romper com os limites estabelecidos; necessidade de rever sua prática no dia-a-dia, a partir de seus conhecimentos, de sua capacitação didática, da experiência com o trabalho, com o aluno, com a equipe e com os usuários; e desenvolver uma racionalidade prática, construída através da reflexão na ação, ao invés de uma racionalidade estritamente teórica.

4.3.1. – Dificuldades na implantação da parceria ensino e serviço

Uma das dificuldades presentes no trinômio ensino-serviço-comunidade apresentada por Cabral *et al* (2006) diz respeito às diferenças culturais das instâncias envolvidas, que “nem sempre convergem para o objetivo estabelecido pelo ensino baseado na comunidade, mas que, por razões diversas, são postas em contato, o que não raro, pode desaguar em conflito” (p. 61). Entre os aspectos culturais citados pelos autores, destacamos aqueles de cunho institucional e os pessoais. Os primeiros referem-se aos códigos, aos regimentos, às finalidades e à cultura organizacional das instituições que fazem parte da parceria entre ensino, serviço e comunidade. Já os pessoais estão relacionados aos múltiplos interesses e bagagens culturais das pessoas que viabilizam a parceria.

Feuerwerker (1999) também cita o mútuo estranhamento entre práticas e culturas institucionais distintas como um dos problemas comuns à integração docente-assistencial:

“Não é fácil compatibilizar as necessidades de ensino com as necessidades do serviço de saúde. Não bastam boas intenções ou a alteração de formatos educativos para modificações na formação, uma vez que é necessário também mudar conteúdos e a gestão cotidiana das práticas de ensino” (p. 24).

Gonçalves & Moraes (2003) trilham o mesmo percurso e argumentam que a proposta de trabalho em parceria entre os serviços de saúde, a comunidade e a universidade tem que:

“(...) levar em conta as diferenças e os conflitos reais entre os sujeitos que portam diferentes projetos e acumulam diferentes recursos. Deve haver o reconhecimento de que a tarefa é complexa e não há fórmulas mágicas e simples; de que a prática em parceria, que envolve três setores complexos - saúde, educação e movimentos sociais - pode e deve ser reinventada a cada instante” (p. 88).

Carvalho & Ceccim (2006) exemplificam uma das dificuldades a serem enfrentadas nesta empreitada ao expor a visão de muitos docentes que colocam as Unidades Básicas de Saúde – principal *locus* de desenvolvimento dos estágios que tomam parte nos primeiros anos de formação – como “um espaço difícil de trabalhar porque não oferecem condições de aprendizagens adequadas, pois há escassez de recursos materiais e assistenciais, a demanda é variada, não dirigida e dispersa” (172-173). Ampliaria as características colocadas para demais instâncias de assistência do sistema de saúde, pois, salvo raras exceções, os serviços de saúde sob administração pública sofrem, vez ou outra, com a falta de materiais e com uma demanda não dirigida e dispersa, superior a sua capacidade de acolhimento. Assim sendo, as dificuldades apresentadas como justificativa podem ser aplicadas a qualquer iniciativa de ensino em serviço, inclusive o já instituído internato³⁹. Carvalho, Garcia & Rocha (2006), ao analisarem a disciplina responsável pela articulação entre teoria e prática da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), atribuem às características presentes nos serviços de saúde, de uma forma geral, parte das dificuldades encontradas na implantação das propostas, dizendo:

“O cotidiano da disciplina foi marcado o tempo todo pela surpresa advinda da complexa realidade dos serviços de

⁴⁰ Émile Durkheim definiu, na passagem do século XIX para o XX, as “instituições sociais” como instâncias que instituem as regras e as práticas sociais. No mesmo sentido, anos mais tarde surge a Análise Institucional de origem francesa, que difere instituição de organização ou estabelecimento. Uma instituição nesta perspectiva é onde as relações de exclusão, de dominação e exploração estão constituídas de maneira aparentemente natural, eterna e necessária. No caso aqui analisado, sob esta vertente é possível dizer que o internato encontra-se instituído, enquanto que, em relação à inserção precoce, assistimos no momento a luta de forças existentes, ou seja, está instaurado o movimento instituinte (movimento que gera uma instituição ou modifica as existentes). As organizações e estabelecimentos são a materialização das instituições. É através desta materialização que para a Análise Institucional as instituições realizam concretamente sua função reguladora. Para saber mais sobre esta vertente teórica, ler Lourau (1975), Baremlitt (1989), Baremlitt (1998), Kamkhagi & Saidon (1987) e/ou Altoé (2004).

saúde. A realidade dos serviços dificilmente obedece à lógica estruturada da ementa e dos planos de curso, e coloca desafios complexos e exigentes para o ensino de graduação” (Carvalho, Garcia & Rocha, 2006: 470).

Outro problema usualmente encontrado nesta interação é a resistência por parte dos funcionários da presença dos alunos na unidade. Na experiência do curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá, relatada por Gonçalves & Moraes (2003), por exemplo, os autores disseram que alguns funcionários reclamavam que eles atrapalhavam a dinâmica do serviço, justificando que sua presença acabava retardando o atendimento.

O texto de Garcia (2001) resume bem o que foi até o momento discutido, colocando a inadequação dos serviços à docência; a ineficiência do serviço em responder às diretrizes do SUS; a não habilitação dos docentes para o fazer pedagógico em serviços; e a reprodução na escola dos fazeres do mercado, que segundo a autora é “estratificado, hierarquizado, fragmentado, e que não responde às necessidades de saúde da população, de uma atenção integral e resolutiva” (p. 90) como motivos que dificultam a formação do profissional com esta abordagem.

Após quatro anos de Projeto UNI na Bahia, Costa & Kalil (1999 *apud* Gonçalves & Moraes, 2003) concluem que os desafios quanto à consolidação das parcerias entre serviço, comunidade e ensino continuam, uma vez que, na avaliação dos autores, falta “experiência e há resistência em montar ensino-aprendizagem a partir do real, da prática do trabalho; há interesses corporativos; dificuldades em organizar o tempo pedagógico x tempo de serviço e demandas da população; finalmente, há o desencanto” (p. 88).

Na experiência da UFF, a plena implementação da disciplina *Trabalho de Campo Supervisionado* (TCS), encarregada de inserir alunos na rede de serviços, constitui, ainda hoje, na visão dos autores o principal desafio do novo currículo, implantado em 1994. As principais dificuldades encontradas neste caso foram:

“(...) o número reduzido de docentes interessados em participar do TCS, devido ao deslocamento físico, e a deficiência na formação docente e dos demais profissionais para atuarem segundo os novos métodos de ensino-aprendizagem e referenciais de modelos tecnoassistenciais,

como a integralidade e a interdisciplinaridade” (Pontes, Rego e Silva Junior, 2006: p. 70).

Com intuito de reforçar o ensino em serviço, o curso de Medicina da UNICAMP, optou por qualificar os membros da *rede docente*⁴⁰ e o processo de trabalho da unidade, implantando um projeto de educação permanente dos trabalhadores do centro de saúde. Carvalho, Garcia & Rocha (2006) avaliam que propostas como esta contribuem para a “criação de vínculos entre futuros e atuais profissionais de saúde, na co-gestão do processo de ensino/aprendizagem e na criação de um ambiente estimulante e acolhedor para o trabalho desenvolvido” (p. 464).

A importância do vínculo também é comentada por Cyrino *et al* (2006), na descrição da experiência de inserção precoce do curso de Medicina da Universidade Estadual Paulista (UNESP). Os autores relatam que, no início da implantação do projeto que propunha a mudança da estrutura do curso, o grupo da universidade que fazia a integração com os serviços de atenção básica em saúde do município foi visto como aqueles que estariam ali para criticar ou discursar. Mas, após quatro anos de trocas, os autores identificam que foi possível criar uma maior parceria.

Um fato que pode ter sido determinante nesta conquista foi a solicitação feita pela universidade aos docentes e médicos por ela contratados de que eles passassem a fazer atendimento clínico nas unidades de saúde que faziam parte da nova estratégia de ensino. Uma medida como esta pode evitar a tendência dos trabalhadores do serviço de verem os profissionais vinculados à universidade como alguém de fora, que não tem domínio da realidade por eles vividas e as dificuldades que enfrentam, e mesmo assim vêm intervir no seu processo de trabalho:

“A coordenação tem solicitado aos professores que abram agenda própria no serviço em determinado período do ano, possibilitando, assim, a marcação de consultas, nas quais o aluno do terceiro ano pode acompanhar e realizar a prática semiológica e raciocínio clínico. Observa-se, por um lado, que isso contribui para o atendimento da demanda espontânea e programada e, por outro, a própria inserção do

⁴¹ Constituída pelo gestor do Centro de Saúde no qual o estágio dos alunos se desenvolve, pelos profissionais que atuam nessa unidade e por docentes da Unicamp engajados na disciplina responsável pela inserção precoce dos alunos.

docente no serviço favorece um espaço importante para a produção de conhecimento coletivo, potencializando o compromisso da gestão municipal do sistema com o programa e a FMB [Faculdade de Medicina de Botucatu], além de impactar na própria formação do professor” (Cyrino *et al*, 2006: 80-81).

5. INSERÇÃO PRECOCE: ALGUMAS EXPERIÊNCIAS NO ENSINO SUPERIOR

Recentemente, o curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) ficou em primeiro lugar no Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE)⁴¹, recebendo pontuação máxima⁴¹. No dia 04 de julho deste ano, a Agência Fiocruz de Notícias divulgou uma entrevista com o diretor da ESCS, Mourad Ibrahim Belaciano, que também é vice-presidente da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). Ele atribui o sucesso conquistado pela escola, que possui apenas sete anos de existência, a sua metodologia de ensino, que é diferente da empregada pela maioria das faculdades de medicina do país. Belaciano diz que o método inovador privilegia a prática, divide o currículo em módulos e tem como docentes profissionais com prática de atendimento na rede pública.

No curso, rompe-se com a visão fragmentada do ensino oferecido por meio de disciplinas e onde se conhece primeiro a teoria para depois ir à prática. Para o entrevistado, a questão central do currículo é justamente a integração – seja da teoria com a prática ou do aprendizado com a prestação de serviços – sendo esta considerada por ele a chave do sucesso obtido. Nesse curso, o aluno começa a aprender a prática médica diretamente nos serviços de saúde desde o primeiro ano, e o ensino é desenvolvido a partir de problemas.

Belaciano coloca que os *campi* das universidades são artificiais, tirando o aluno do contexto e colocando-o em uma redoma. Acredita que:

“(…) o médico formado de outra maneira, inserido no serviço, acaba tendo uma visão para o social, para o contexto brasileiro, muito maior que a média dos médicos

⁴² Exame realizado por amostragem de alunos de instituições de ensino superior que integra o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e que tem o objetivo de aferir o rendimento dos alunos dos cursos de graduação em relação aos conteúdos programáticos, suas habilidades e competências” (INEP, 2008).

⁴³ Em consulta feita no *site* do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), é possível constatar que também receberam conceito cinco no ENADE os cursos de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Universidade Federal de Goiás, da Universidade Federal do Mato Grosso, da Universidade Federal do Piauí, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde e da Universidade Federal de Santa Maria.

formados hoje em grande parte das universidades. A medicina não é apenas uma ciência biológica, ela é também uma ciência social” (Cadaxa, 2008).

De fato, nas escolas médicas tradicionalmente os alunos têm contato com os serviços e pacientes somente no terceiro ano, quando não apenas no internato. Este último ocorre no interior do ambiente hospitalar a partir do quinto ano da formação. Para Garcia *et al* (2004), esta característica do curso médico é fruto da “dicotomia entre teoria e prática; da divisão entre disciplinas básicas e profissionalizantes e da valorização do modelo hospitalocêntrico” (p. 35). As autoras acreditam que adotar a inserção precoce de alunos em serviços e comunidade tem sido fundamental para a reversão desta estrutura, uma vez que:

“(...) implica no compromisso da escola com estes serviços e a aproximação do processo de educar de seu caráter sociocultural. Esta ação educativa possibilita o rompimento com o modelo clássico de ensino centrado na relação professor-aluno para uma triangulação docente-equipe/aluno/usuário; exige um descentramento dos conteúdos tradicionais e amplia o cenário da sala de aula para o cotidiano do trabalho” (p. 35).

As Instituições de Educação Superior (IES) esperam que a inserção precoce – ao permitir que o aluno trabalhe com problemas reais e ao promover a interação ativa de alunos com a população e profissionais de saúde, desde o início de seu curso universitário – viabilize o ingresso no mercado de trabalho de profissionais melhor qualificados, que apresentem uma atuação voltada para uma assistência universal e integral à população (Brasil, 2005b *apud* Carvalho, Garcia & Rocha, 2006). As questões sobre esta estratégia serão abordadas neste capítulo a partir do relato de experiências já implantadas em algumas instituições de ensino superior no campo da Saúde.

Apesar de também apostar nesta nova empreitada, acreditando em sua aptidão para ativar mudanças no ensino de profissionais de saúde, não vejo o simples deslocamento do lócus do processo de ensino-aprendizagem da sala de aula para os serviços de assistência à saúde e/ou seu desenvolvimento em momento inicial do

curso como sendo por si só suficientes para promoção de um rompimento do modelo educação bancária. Os alunos podem ser levados aos serviços exclusivamente com a missão de observarem a maneira como os procedimentos técnicos a serem empenhados pelo profissional devem ser executados.

No serviço, o aluno tem contato com os cenários individuais e singulares⁴² do adoecer tornando patente sua determinação para além do biológico. Mas, será mesmo que o contato com as famílias, equipamentos sociais e comunidade seria capaz de permitir o reconhecimento por parte do aluno da determinação social no processo saúde-doença? Se isso fosse suficiente, mesmo sem a prática profissional no decorrer da graduação, ao iniciar, já graduado, suas atividades em serviço o profissional não deveria conseguir perceber esta relação? Penso que o perfil de profissional encontrado majoritariamente nos serviços não seria tão criticado pelos autores que refletem sobre a formação de profissionais de saúde e não seria necessário tentar reestruturar a formação se bastasse isso para mudarmos anos de idéias e práticas.

Embora muito tenha lido, refletido e debatido nos últimos três anos sobre os processos de ensino na formação de trabalhadores para atuação no campo da saúde, ainda não tenho clareza do que seria efetivamente o diferencial. Contudo, parece consistente a visão de que sem um espaço de reflexão sobre a prática, supervisionado por um professor e onde é solicitado ao aluno apontar suas percepções, dúvidas e questões acerca da experiência vivida no serviço, dificilmente o profissional em formação conseguirá estabelecer relações do que lhe foi apresentado como teoria, com as queixas trazidas pelo paciente e os aspectos psicológicos, culturais, econômicos e históricos que atravessam o cuidado.

5.1. – O curso de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

A experiência de inserção precoce do curso de Medicina da UFRJ é descrita por Siqueira (2001). Esta se dá através da disciplina *Atenção Integral à Saúde (AIS)*,

⁴⁴ Com base no pensamento de Gilles Deleuze e Felix Guattari, *singularidade* é aquilo que se produz na ruptura do modo-indivíduo e aponta para a multiplicidade de outros modos de existência de cada um. *Processo de singularização* é uma noção utilizada para designar os processos disruptores no campo da produção do desejo: trata-se de movimentos de protesto do inconsciente contra a subjetividade capitalística (individualizante), através da afirmação de outras maneiras de ser, outras sensibilidades, outra percepção, etc. (Guattari & Rolnik, 2005: 45).

que faz parte do *Programa de Atenção Primária à Saúde*, criado em 1990. A construção da ementa da disciplina teve como base as idéias contidas na Declaração de Alma-Ata e nos Projetos IDA. Ela foi oferecida pela primeira vez no segundo semestre de 1990, ocorrendo inicialmente com uma turma experimental de quinze alunos que freqüentavam um Posto de Saúde próximo ao campus universitário:

“(…) os alunos atuavam nos diversos programas e observavam as consultas médicas. Participavam também de encontros coordenados pelos supervisores, denominados ‘grupos de reflexão’. Durante estes encontros, os alunos tinham a oportunidade de discutir e trocar suas experiências vivenciadas nos Postos de Saúde” (p. 24).

A disciplina foi primeiramente oferecida como eletiva do currículo nos dois semestres de 1991 e 1992. O número de alunos inscritos cresceu surpreendentemente a cada semestre, totalizando sessenta e oito (68) alunos no ano de 1991, chegando a ter noventa e oito (98) inscritos só no segundo semestre de 1992. Este aumento da demanda é explicado pela autora em função dos inúmeros atrativos oferecidos pela disciplina. Entre eles, encontram-se a oportunidade de conhecer a rede básica, de observar o atendimento médico, de se integrar a uma equipe de saúde enquanto aluno e de conhecer os problemas da população, tendo acesso à dimensão social da rede básica.

Em 1993 a AIS passa a ser obrigatória e é reestruturada. Procedeu-se a inclusão de Postos ou Centros de Saúde na estratégia, uma vez que a disciplina passaria a ser oferecida a um maior número de alunos. Assim, firmou-se um convênio entre a UFRJ e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A estrutura da disciplina foi mudada no sentido de tentar contar com uma maior integração e participação dos docentes dos diferentes departamentos que compõem a Faculdade de Medicina da UFRJ. Buscou-se também integrar os conteúdos abordados no curso e promover a integração entre os docentes e a equipe das unidades de saúde nas quais as atividades práticas aconteciam. Seu regimento foi aprovado e apontava como objetivos:

“Entender a saúde e a doença como resultante da interação do indivíduo, enquanto ser biopsicossocial, com o seu

ambiente; conhecer os programas de saúde integral da criança, da mulher e do adulto; integrar as ações preventivas na prática médica; identificar e buscar soluções para os problemas de saúde prevalentes na comunidade; compreender os aspectos básicos da estrutura e dinâmica da relação médico-paciente inserida no contexto social; reconhecer as bases epistemológicas do diagnóstico de saúde da população; avaliar o impacto das ações de Atenção primária à Saúde e da Educação e Saúde na perspectiva do Sistema de Saúde” (UFRJ *apud* Siqueira, 2001)

A AIS envolve aulas teóricas, seminários e grupos de reflexão. A avaliação é feita por meio de prova escrita, relatórios individuais e em grupos, pelos seminários e pelo desempenho apresentado por cada aluno ao longo da disciplina. A turma é dividida em grupos de dez alunos que são acompanhados nas atividades desenvolvidas nos serviços por dois supervisores, os quais, nos grupos de reflexão, esclarece as dúvidas dos alunos, discute criticamente com eles suas experiências e procura junto com o estudante encontrar alternativas para solucionar os problemas de saúde identificados nas visitas às unidades de saúde.

Esta disciplina estava, segundo Siqueira (2001), organizada em três unidades, sendo a primeira dividida em três módulos e a última em quatro. Na unidade um, eram abordados fundamentos da prática médica, como Ecologia e Saúde, Epidemiologia, Demografia, educação em saúde, Psicologia Médica e Bioética. A unidade dois era destinada à discussão sobre as Políticas de Saúde. A terceira unidade apresentava os programas de atenção à Saúde, como saúde da criança, da mulher, do adulto e as iniciativas de vigilância epidemiológica. Apesar da autora colocar que esta organização se manteve apenas até 1999, ela não apresenta a nova organização na sua descrição, que compreende o desenvolvimento do curso até o ano de 2000.

5.2. – O curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)

Em 1993, a FAMEMA implantou um projeto que fez parte da rede UNI e reestruturou o currículo dos cursos por ela oferecidos. Segundo Rezende *et al* (2006), desde então o curso de Enfermagem vem realizando a cada ano novas mudanças, num processo de constante construção e reconstrução, aprimorando sua formação a cada ano.

Os autores descrevem três fases pelas quais passou o processo de reformulação curricular na ocasião de implementação do projeto citado. A primeira representa uma sensibilização dos docentes no que tange à reforma. Nela foi realizado um programa de capacitação pedagógica de instrutores e supervisores, que teve como ênfase a *Metodologia da Problematização*⁴⁶.

A segunda caracterizou-se pela reconstrução dos programas de ensino da faculdade na perspectiva problematizadora, em que se fez primeiramente um planejamento para a construção das estratégias que comporiam a mudança curricular para, em seguida, instalar grupos de trabalho responsáveis pelo desenvolvimento dos seguintes temas: perfil do enfermeiro; revisão curricular; modelo assistencial; e capacitação pedagógica. Na terceira e última fase se deu a elaboração do projeto político pedagógico do curso de Enfermagem. Esta etapa contou com a participação tanto de docentes quanto de profissionais dos serviços. O novo projeto político pedagógico foi implantado em 1998.

As diretrizes consideradas na ocasião de construção do documento orientador do curso foram: atuação do enfermeiro nas áreas de gerência, assistência, educação e investigação; interação com a comunidade e com os serviços; participação dos enfermeiros assistenciais e dos docentes no processo assistencial e de supervisão; e integração dos estudantes de medicina e enfermagem. O projeto político pedagógico norteou a construção de um currículo integrado e orientado por

⁴⁵ Segundo Berbel (1998), a Metodologia da Problematização tem como início e fim a realidade. Quer dizer, os problemas de estudo são extraídos pelos alunos da própria realidade social e concreta, a qual é observada e analisada na tentativa de estabelecer as possíveis causas da existência dos problemas identificados. Em seguida teoriza-se sobre os problemas, criam-se hipóteses de solução para, enfim, aplicar os conhecimentos gerados e as estratégias de intervenção pensadas para dar resolutividade ao caso em questão. Como a reflexão tem como força motriz o contexto existente em uma dada comunidade, não há como prever as situações a serem estudadas. Além disso, deve-se considerar que nem sempre o tempo do serviço funcionará no mesmo ritmo do tempo pedagógico, exigindo flexibilização e capacidade criativa por parte do docente envolvido com o ensino em serviços.

competência, possível, para os autores, através da rede explicativa dos conteúdos, da delimitação das unidades educacionais e dos desempenhos esperados em cada uma dessas práticas pedagógicas.

Em 2003 a grade curricular inicialmente pensada é revista. Até então, o curso era estruturado em seus três primeiros anos em cinco ou seis Unidades Educacionais temáticas, onde os conhecimentos necessários para o desenvolvimento de atividades de enfermagem eram apresentados. O quarto ano era composto por quatrocentos e setenta (470) horas destinadas a estágio supervisionado em serviços hospitalares e igual carga horária para serviços não hospitalares. Todos os quatro anos de formação incluíam, além das atividades descritas, uma Unidade Educacional de cento e vinte (120) horas intitulada *Interação Comunitária* (unidade de prática profissional), proporcionada conjuntamente a alunos de enfermagem e medicina. A articulação entre os cursos de enfermagem e medicina, o fortalecimento da parceria ensino-serviço e a formação do estudante com base na prática reflexiva são considerados os pontos fortes desta última unidade. Mesmo sendo identificados avanços com a implantação desta proposta – em especial em relação à “articulação entre os professores das disciplinas das cadeiras básicas e clínicas, e continuidade das atividades nos mesmos cenários de prática profissional da primeira série do ano anterior” (Rezende *et al*, 2006: 528) – os autores relatam dificuldades dos docentes em reconhecer não haver distinção entre os desempenhos dos estudantes da medicina e da enfermagem.

De 2003 em diante, o conteúdo abordado com os alunos nas diferentes Unidades Educacionais que compunham o ano escolar são reunidos em apenas uma Unidade anual. São elas: primeiro ano – *Unidade Educacional Enfermagem, Saúde e Sociedade*; segundo ano – *Unidade Educacional Assistência de Enfermagem à Família no Nível Primário de Atenção à Saúde*; e terceiro ano – *Unidade Educacional Cuidado ao Indivíduo Hospitalizado*. Este último é abordado segundo os ciclos de vida.

A estrutura apresentada representa uma substancial alteração no padrão dos cursos usualmente encontrados nas universidades brasileiras. Como todo processo de ruptura com uma lógica de trabalho para a incorporação de uma nova, entraves são esperados. Quanto ao curso de enfermagem da FAMEMA, os autores trazem como dificuldades: superação do modelo tradicional com ênfase nos aspectos biológicos e na dimensão individual; primazia do conteúdo; trabalhar com situações semi-

estruturadas na interação com a comunidade; implementação do método da problematização; falta de entendimento sobre a elaboração do portfólio reflexivo; falta de articulação da unidade de prática profissional com a unidade educacional; os supervisores das atividades práticas não terem clareza dos momentos do ciclo pedagógico; integração na equipe das unidades de saúde; realização da avaliação integrada nas Unidades Educacionais (que possuem mais de um professor) e na articulação teoria-prática. Ouve ainda dificuldade de realizar a supervisão dos estudantes com base na reflexão sobre a sua prática, o que para Rezende *et al* (2006) revela “a falta de clareza sobre o referencial do planejamento em saúde, a concepção de estágio supervisionado, o papel do docente e do enfermeiro dos serviços de saúde, os desempenhos dos estudantes e a avaliação nesta lógica curricular” (p. 533).

Verifica-se que dificuldades foram sentidas na interação ensino-serviço. Curioso, porém, ser informado da existência de um maior envolvimento da equipe da rede básica de saúde com o processo formativo do que da equipe encontrada nos hospitais. Segundo os autores, nas unidades de Saúde da Família “a cada encontro o enfermeiro do campo, o docente e o(s) estudante(s) organizaram-se para que a atividade de supervisão fosse realizada em conjunto, contudo, esta nem sempre foi possível em função da incompatibilidade das agendas dos profissionais” (p. 533).

5.3. – O curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF)

Um dos textos levantados com as palavras *inserção* e *precoce* tem como objeto de discussão o curso de medicina da UFF. Porém, seu objetivo central é de apresentar a investigação realizada acerca da concepção de ensino-aprendizagem dos preceptores da disciplina *Trabalho de Campo Supervisionado* (TCS). Com isso, o texto não traz maiores informações sobre a estrutura do curso, sobre a disciplina citada, nem sobre o processo de implantação da reforma curricular desencadeada em 1994, que passou a proporcionar aos alunos de medicina atuação precoce em rede hierarquizada de serviços e nas práticas comunitárias.

Somos elucidados apenas que a disciplina ocorre nos primeiros quatro anos de formação do aluno e é responsável por sua inserção na rede básica de saúde. Pretende-se através de uma realidade imediata e no interior do SUS desenvolver no estudante de medicina “o espírito crítico, a criatividade, a capacidade de

discernimento, a capacidade de planejamento e ação (...) e o compromisso ético com a população” (UFF, 1992 *apud* Ponte, Rego & Silva Junior, 2006: 69).

Podemos inferir do que foi colocado pelos autores que, com a reforma curricular implantada, os alunos de medicina da UFF desenvolvem atividades práticas durante todo o seu curso, pois além dos primeiros quatro anos da graduação em que os estudantes freqüentarem o *Trabalho de Campo Supervisionado* divididos em grupos de oito a dez integrantes, o internato foi estendido para dois anos resultantes do curso.

5.4. – O curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL)

O curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina implantou em 1996 um novo currículo que prevê para o aluno do primeiro ano a execução de técnicas básicas de enfermagem a serem realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região. Esperava-se que o contato com a realidade profissional promovida pelo estágio oferecesse ao aluno a “oportunidade de desenvolver o pensamento crítico-reflexivo, as habilidades psicomotoras e de inter-relacionar-se com os profissionais dos serviços de saúde, com os colegas de turma e com os professores” (Karino & Guarient, 2001: 33-34).

Todos os alunos que passaram por este estágio no segundo semestre de 1999 e concordaram em responder um questionário de avaliação desta nova estratégia consideraram importante o desempenho de atividade prática desde o início do curso. Nas justificativas, segundo Karino & Guarient (2001), colocam como pontos positivos promovidos pela iniciativa o contato com a realidade, a oportunidade de perceber como é o exercício da profissão e o fato de facilitar a relação entre teoria e prática. Já a principal razão que os motiva para o estágio é a vontade de se tornar apto a executar o conteúdo aprendido. Foram também citadas como estímulos a curiosidade exibida pelo aluno em observar a realidade da prática profissional, a apresentação ao longo do estágio de conteúdo teórico interessante e a maneira com as aulas teóricas foram conduzidas. As atividades sugeridas foram novamente mencionadas no tópico que investigou as condutas que favoreceram o aprendizado. Elas incentivam os alunos a buscar novos conhecimentos devido à

organização do estágio aplicar a metodologia da Problematização⁴³, que para as autoras é uma “estratégia pedagógica que possibilita aos alunos a teorização e a aplicação de hipóteses de solução dos problemas observados na realidade da prática profissional” (p. 36).

Karino & Guarient (2001) colocam que as atividades planejadas pelos professores fazem uso freqüente de recursos audiovisuais e dinâmicas diversas, o que acreditam propiciar a aprendizagem e também a interação entre os alunos e destes com os professores. Consideram ainda que as atividades realizadas pelos docentes contribuem para que estes “sejam alunos ativos, reflexivos, críticos e responsáveis por sua aprendizagem na efetivação do perfil profissional esperado” (p. 36).

Karino & Guarient (2001) enunciam também que o estágio desperta no aluno o interesse pelas ações do cotidiano profissional. Porém, para os alunos do primeiro ano, o desenvolvimento de habilidades – entendido por essas autoras como aprender a fazer algo – muitas vezes torna-se o ponto principal, devido à ênfase ainda posta pelos professores na execução de procedimentos técnicos. Fazendo uso do conhecimento acerca de seus alunos, o educador deve esforçar-se para resgatar os aspectos cognitivos e comportamentais das habilidades motoras a serem por eles adquiridas. Para isso, segundo Berbel (1994, apud Karino & Guarient, 2001), o professor deve possuir como requisitos básicos o aperfeiçoamento científico associado às informações pedagógicas.

Karino & Guarient (2001) identificam que neste primeiro estágio o aprendiz mostra-se bastante inseguro, fato também observado por Gonçalves & Moraes (2003). As falas dos alunos destacadas pelas autoras demonstram a visão de que a ansiedade, intensificada no início do estágio, é bastante prejudicial à aprendizagem. O professor precisa estar atento aos medos, às dúvidas e às incertezas de seus alunos. Mas, pelo que foi demonstrado no texto, fica-se com a impressão de que o prejuízo à aprendizagem se refere apenas à assimilação de procedimentos técnicos. Pouca importância parece ser dada ao período de ambientação no serviço e ao conhecimento adquirido através da rotina do serviço e da característica de sua clientela.

⁴⁶ Carvalho, Garcia & Rocha (2006) definem a Problematização como “uma metodologia que trabalha com o objetivo de resolver problemas, tendo como ponto de partida a realidade complexa e dinâmica que funciona como dispositivo disparador de ações e processos de ensino/aprendizagem que têm como propósito a transformação desta realidade” (p. 461).

Dentre os aspectos que prejudicam a aprendizagem aparece a inadequação e precariedade do campo de estágio, apontado como um fator perturbador. O texto não deixa claro o que está sendo considerado como inadequado, porém quanto à precariedade do serviço, argumenta-se que características do local onde é realizado o estágio - como o tamanho da demanda e os recursos materiais disponíveis - influenciam diretamente no aprendizado.

Cabem aqui algumas interrogações. A falta de material, por exemplo, configura um problema possível de ser encontrado em qualquer serviço. Não poderia ser esta condição então encarada como uma ótima oportunidade de aprendizagem ao demandar dos alunos reflexão acerca das circunstâncias existentes e geração de alternativas para o dilema colocado? Certamente o ideal seria poder contar com o conjunto de recursos mínimos em todas as unidades de saúde do país para aplicar a terapêutica de que o usuário necessita e ensinar ao aluno a prescrição recomendada para cada situação de saúde e de modo de vida. Mas, não sendo esta a ocorrência habitual na realidade brasileira, o que acontecerá se não tivermos êxito em formar um profissional criativo, capaz de encontrar saídas para as condições adversas? Neste caso, qual a vantagem de se ensinar em um ambiente munido de todo o aparato necessário para a realização dos procedimentos demandados no ato da assistência, se o profissional se sentir despreparado para atuar em boa parte das ocorrências? Quiçá aí esteja uma espécie de paradoxo dos processos de formação em campos eminentemente práticos, como os da Saúde e da Educação.

5.5. – O curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá

No curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá, desde 1998, um grupo de alunos da primeira série participa em atividades práticas (quatro horas semanais) acompanhados por docentes. Além da observação do funcionamento da unidade de saúde na qual são inseridos e as atividades exercidas pelos profissionais ali atuantes, eles participaram de algumas das atividades cotidianas da unidade de saúde, como pré-consulta, vacinação, curativos, visitas domiciliares e nos consultórios de Pediatria e Clínica Médica. Na avaliação feita do estágio, Gonçalves & Moraes (2003) dizem que os alunos o consideraram positivo, argumentando que este estimula o aprendizado e cria a expectativa da profissão, elevando o entusiasmo,

considerado difícil de ser mantido neste momento inicial do curso percebido por eles como muito teórico. Neste aspecto as autoras comentam que o predomínio de aulas teóricas expositivas durante todo o processo de formação, além de promover no aluno a incorporação dos novos conhecimentos de forma pouco crítica, faz com que este, que ingressa na faculdade cheio de questionamentos e curiosidade, vá ao longo do curso progressivamente se distanciando do caminho da descoberta. Elas avaliam que o estágio possibilitou o despertar da consciência sobre o papel social e político do médico e foi útil para a construção de uma melhor compreensão do por que se estudar certas disciplinas do ciclo básico. Identificaram ainda haver por parte dos alunos um maior interesse em estudar os aspectos vistos nos serviços do que nas disciplinas obrigatórias.

Uma questão de extrema relevância trazida por essas autoras é que o estágio não pode se limitar a expor o aluno a situações reais em saúde. Isto por si só não proporciona a mudança esperada na formação do aluno com a sua inserção precoce nos serviços. Para que esta iniciativa represente de fato o processo formativo desejado, que proporciona ao aluno a oportunidade de um aprendizado relevante e o domínio do método científico, ele precisa também criar vínculo com a comunidade e o serviço, se sentindo assim parte do processo.

Além disso, esta experiência mostrou a importância de realizar reuniões entre docentes e alunos ao final de cada dia de estágio. Nelas, segundo Gonçalves & Moraes (2003), eram discutidos assuntos destacados pelos estudantes durante suas atividades. Esta iniciativa é fundamental para a conquista de uma nova forma de se entender o processo de ensino-aprendizagem, não só pelos docentes e profissionais de saúde envolvidos com o projeto em questão, mas também pelos próprios alunos, que ao chegarem à universidade já passaram por anos de escola, onde a grande maioria participou basicamente de aulas expositivas durante seu processo de formação, que priorizam o acúmulo de informações, resultando na incorporação de novos conhecimentos de maneira relativamente pouco crítica. A promoção de um espaço destinado à *reflexão sobre a prática* não só é válida, no sentido de permitir que dúvidas sejam sanadas e que angústias e inseguranças sejam acompanhadas e minimizadas, mas também por permitir chamar a atenção de estudantes para a influência das características institucionais e culturais no exercício profissional e por permitir a construção de uma prática reflexiva.

Apesar desta experiência implantada pelo curso de medicina da Universidade Estadual de Maringá, na avaliação das autoras alguns alunos ainda tenderam a supervalorizar a execução de procedimentos, em detrimento dos aspectos da realidade disponíveis para reflexão nos serviços, e muitos manifestavam a necessidade de desempenhar mais atividades técnicas. Esta informação explicita a complexidade existente nos processos de mudança da formação e a dificuldade de se implantar uma nova forma de se fazer educação.

Gonçalves & Moraes (2003) defendem a precocidade da exposição de alunos ao cotidiano da profissão, pois em sua experiência “a observação e o acompanhamento da realidade nas questões da saúde local estimulam o aluno a estudar o porquê dessa situação, sejam da comunidade ou do indivíduo, e despertam o interesse em buscar soluções” (p. 89). As autoras apresentam como contraponto três das justificativas apresentadas pelas escolas médicas para manter a postura metodológica existente hoje em grande parte das instituições de ensino. A primeira está ligada à crença na imaturidade dos alunos ao ingressarem no curso de Medicina, havendo a preocupação de que a sua exposição ao sofrimento humano poderia trazer prejuízos à formação. A segunda justificativa expressa a idéia de que somente o ciclo básico do curso - que tem duração de dois anos e procura promover através de disciplinas teóricas a compreensão do processo de saúde-doença do indivíduo biológico - forma o espírito científico. Isto ocorre porque aqueles que defendem esta visão deduzem que os professores do ciclo profissional são fundamentalmente práticos e empíricos, não estando, portanto, aptos a conduzir o aluno na construção do conhecimento.

Isto nos leva a pensar que a maturidade é alcançada pelo aluno em três anos de aulas teóricas. E que prejuízos pode o sofrimento humano causar à formação? Estão se referindo ao abandono do curso? É apenas no serviço que o aluno entra em contato com o sofrimento? Não poderia esse contato ser positivo, diminuindo a distância do jovem contemporâneo imerso no mundo virtual, em relação à vida real?

Lembramos que diversos autores (Struchiner, Vieira, & Ricciardi, 1999; Pereira, 2003; Ceccim & Feuerwerker, 2004; Carvalho & Ceccim, 2006), ao descreverem a educação universitária brasileira de profissionais de saúde como vem sendo oferecida hoje, apontam que a metodologia de ensino predominantemente utilizada é a tradicional. Nesta, é dada ênfase a transmissão de conteúdos. O professor é visto como detentor do saber que deve ser passado ao aluno, o qual deve

ter uma postura passiva no processo educativo, absorvendo e reproduzindo os conteúdos e práticas a ele repassados. Com isso, fica a questão: como garantir que a transmissão de conhecimentos no ciclo básico permite que o estudante forme seu “espírito científico”? Este espírito científico é formado pelo depósito de informações? Esta parece uma hipótese pouco consistente. Um aspecto fundamental na construção de qualquer projeto de pesquisa é a elaboração de questões para as quais se buscam respostas. Neste sentido, o estágio e a inserção precoce, por promoverem o encontro com o desconhecido e com os desafios da prática parecem mais férteis para o desenvolvimento de uma visão crítica, própria do espírito científico.

Por fim, a terceira justificativa de que nada adianta realizar atividades práticas com os alunos do primeiro ano, pois se acredita que eles estão despreparados para entender a realidade social das comunidades. O argumento é que o aluno, ao começar o estágio neste momento do curso, fica sem tempo para estudar. Justifica-se ainda a não implantação desta estratégia por dificuldades operacionais. A alegação de que o estágio tomaria o tempo do aluno que deveria estar sendo dedicado ao estudo parece inconsistente. A questão é considerar como estudo apenas a assimilação da teoria. Isso expõe uma noção restrita e precária de aprendizagem, já devidamente desconstruída há mais de cem anos por educadores e psicólogos ligados à Escola Nova (Moreira, 2002). Quanto às dificuldades operacionais, devemos reconhecer, como já foi anteriormente explicitado, que elas existem e dificultam em muito o sucesso na implementação da estratégia de ensino em serviço. Porém, a complexidade e o trabalho árduo a ser empregado na materialização de determinada proposta não podem ser utilizados como justificativa para o abandono do projeto.

Estas justificativas apresentadas por Gonçalves & Moraes (2003) delineiam uma maior valorização da teoria em relação à prática. Tal lógica está presente na organização dos cursos, estruturando-os de maneira que o estudante tenha primeiro contato com uma série de conteúdos de fundamentos que supostamente o preparam para o desenvolvimento de procedimentos e para o contato com o paciente. No entanto, essa dicotomia entre teoria e prática vai além. Na segunda justificativa colocada pelas autoras, por exemplo, está explícita a concepção de que existem pessoas, no caso professores, com uma aptidão teórica e outros que teriam características mais ligadas à prática, à empiria. Isso nos faz pensar sobre o status do conhecimento desenvolvido a partir de problemas e questionamentos surgidos na

prática profissional. Não é possível se fazer pesquisa e produzir conhecimento com base no cotidiano de trabalho de uma instituição? Será que o professor do ciclo profissional não consegue fazer com que os alunos problematizem as experiências vividas no serviço? Ou ainda, será que o próprio profissional de saúde que realiza o acompanhamento dos estudantes no estágio não pode ser capaz de refletir sobre a sua própria prática?

5.6. – O curso de Psicologia da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP)

A UNIDERP, uma universidade particular, criou em 1999 dois novos cursos: Medicina e Psicologia. O primeiro foi concebido sob influência do debate recente sobre as mudanças na educação médica. O projeto pedagógico do curso de Psicologia, por outro lado, foi inicialmente estruturado seguindo o modelo tradicional. Como uma das etapas previstas para implementação do seu projeto pedagógico, o curso de Medicina proporcionou a seus docentes uma capacitação para a atuação com o método da Aprendizagem Baseada em Problemas PBL⁴⁴ e com o ensino baseado na comunidade.

Essa iniciativa foi coordenada por uma equipe de consultores contratados para auxiliar na elaboração do curso, e foi aberta para demais professores ou dirigentes da universidade interessados. Alguns dos professores selecionados para o curso de Psicologia frequentaram esta capacitação e “perceberam que a proposta inovadora poderia ser igualmente estendida a esse curso e passaram a especular, entre si, a possibilidade de escreverem um novo projeto pedagógico” (Cabral *et al*, 2006: 58).

Os autores colocam que não existia no país modelo de curso de Psicologia fazendo uso desta abordagem, não havendo, pois, onde buscar inspiração. De fato, conforme colocado anteriormente, o curso de Medicina é central nos debates e implementação de experiências inovadoras na formação em saúde. Poucos são os

⁴⁷ No DeCS a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), mais conhecida como PBL, é definida como “uso educacional de exemplos e casos para ensinar técnicas de solução de problemas e raciocínio crítico”. O termo tem como nota de indexação a afirmação de se tratar de um método de ensino no currículo, chamando atenção para que não seja feita confusão com resolução de problemas.

cursos das demais profissões de saúde que até o momento incorporaram esta nova perspectiva proposta pelos profissionais que pensam sobre o ensino médico. No ano em que foram criados os cursos da UNIDERP era ainda menor no país o número de instituições que utilizavam metodologias como PBL.

Diria que, no caso específico do curso de Psicologia, há ainda mais um desafio. O campo da Saúde é apenas uma das possíveis áreas de atuação do profissional, devendo a estratégia de inserção precoce, caso adotada, contemplar os demais campos de práticas do psicólogo. Daí a ousadia do projeto apresentado.

Cabral *et al* (2006) vêem a falta de modelo como uma dificuldade. Os autores argumentam que a situação por eles enfrentada é totalmente diversa daquela em que:

“(...) o docente, munido de um plano de ensino testado, avaliado, reformulado, controlado e validado, posta-se em sala de aula para lecionar, cercado de todas as garantias dadas pela tradição. Em que pesem os equívocos passíveis de ocorrer também no ensino tradicional, uma vez que nem todas as variáveis do processo de ensino-aprendizagem podem ser totalmente controladas o tempo todo, eles já são previsíveis e, em acontecendo, podem ser equacionados com alguma facilidade. Não é o caso de programas inéditos, cujos desdobramentos têm de ser acompanhados *pari-passu* sua ocorrência, avaliados de imediato, de modo a serem corrigidos eventuais distorções ainda no curso do processo, já que uma tentativa de correção *a posteriori* poderia ter efeitos danosos” (Cabral *et al*, 2006: 61).

Contudo, a tradição pode ter um peso excessivo, mantendo maneiras de proceder que não se aplicam mais à realidade. A questão é que em muitas ocasiões nem se percebe isso, justamente porque não é desenvolvida a avaliação dos desdobramentos dos métodos empregados, já eles já foram inúmeras vezes utilizados, testados, avaliados. Admite-se então a sua aplicabilidade e eficácia inquestionáveis a todo e qualquer grupo de alunos. De um ano para outro, talvez a pertinência destas práticas em um dado curso se mantenha. Mas, considerando o dinamismo da “sociedade do conhecimento”, em longo prazo, se não for feita uma reavaliação, acaba-se utilizando um caminho inadequado para o fim que se pretende

alcançar. Sem avaliação e reflexão contínuas sobre os processos adotados, a responsabilidade do insucesso obtido com a adoção desta ou aquela prática de ensino é facilmente atribuída ao aluno, impondo-lhe uma carga da qual é na verdade testemunha.

A proposta da UNIDERP para abarcar a estratégia de inserção precoce e ainda contemplar diferentes campos de atuação do psicólogo foi fazer com que o *Programa Interinstitucional de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (PINESC)* contemplasse dois níveis de atenção. Este é um programa que perpassa os dez semestres do curso de Psicologia e foi concebido com o intuito de:

“(…) propiciar aos acadêmicos a oportunidade de integrarem precocemente, desde o primeiro momento de sua vida universitária, uma equipe de serviços de saúde e a vida de uma comunidade particular, visando ao exercício de práticas para provocar e estimular a reflexão sobre a dimensão sociopolítica e cultural que envolve, inevitavelmente, a atuação dos trabalhadores em saúde, como também o próprio conceito ampliado de saúde” (Cabral *et al.*, 2006: 59).

O primeiro momento do programa ocorre logo que o estudante ingressa na universidade e tem duração de dois semestres. Os alunos frequentam quatro horas semanais fixas em uma Unidade Básica em Saúde. Durante o período em que permanece no serviço, o aluno é acompanhado e avaliado pelo preceptor. A idéia neste primeiro momento é fazer com que ele se familiarize “com a estrutura e funcionamento da unidade de saúde, buscar conhecer o território jurisdicionado à UBS e se aproximar das pessoas da coletividade usuária dos serviços de saúde, identificando instituições e lideranças de cada lugar” (Cabral *et al.*, 2006: 64). Como não havia psicólogo na UBS, o preceptor dos alunos do curso de Psicologia era o profissional que ocupava o cargo de gerente da instituição. No curso de Medicina da mesma universidade, que faz a prática em serviço nas mesmas unidades que os alunos de Psicologia, foram escolhidos como preceptores médicos que possuíam contratos parciais de trabalho. Isto veio a se mostrar como um problema, pois eles se prendiam ao cumprimento das dezesseis consultas por período, levando a atividade desenvolvida a se tornar uma prática incompatível com a filosofia do curso que se

pretendia construir, ou seja, voltado para a construção do SUS. Para solucionar este conflito, optou-se por proceder a transição do eixo a ser dado ênfase neste momento inicial da formação tanto de médicos quanto de psicólogos. O centro da experiência deixa com isso de ser a territorialidade para ser o serviço, no caso, a atuação das equipes de saúde da família.

Os autores consideram que a filosofia e os princípios que guiam o Programa de Saúde da Família são convergentes com os do projeto político pedagógico apresentado pelos cursos de Medicina e Psicologia da UNIDERP, favorecendo o diálogo entre o ensino e serviço. Com a mudança e como as equipes de PSF não possuem psicólogos, os profissionais escolhidos para serem preceptores dos alunos deste curso foram os enfermeiros.

Do terceiro ao sétimo período do curso de Psicologia, os estudantes fazem um rodízio entre serviços de atenção secundária e especializados no atendimento em saúde mental. São citados no texto como campos de prática um centro de atendimento ao menor, um Centro de Atenção Psicossocial, o Serviço de Psiquiatria da Santa Casa, um hospital-dia para doenças infecto-parasitárias utilizado majoritariamente por portadores de HIV e uma instituição que presta atenção a menores de dezoito anos com problemas de aprendizagem, adolescentes e mulheres no climatério. Os autores dizem que os nesta fase da formação os estudantes observam a dinâmica dos serviços, mas também podem gradativamente realizar alguma intervenção nos casos surgidos no cotidiano institucional. Tenho, no entanto, algumas ressalvas quanto à capacidade desta proposta em permitir que de fato o estudante venha a proceder alguma intervenção nos casos acompanhados como sugerem os autores. Em função do curto espaço de tempo que os alunos permanecem em cada serviço e considerando que as unidades de atendimento listadas têm características muito diferentes e possuem clientela específicas e distintas entre si, parece que para a maioria dos alunos a atividade proposta se limitaria a observar o cotidiano institucional para se familiarizar com o ambiente, podendo comprometer a expectativa dos formuladores da proposta descrita.

O texto traz o relato de algumas dificuldades na implantação do referido projeto, que ocorrem em função das características do caso. A UNIDERP é uma universidade particular e procurou como espaço para o desenvolvimento das atividades práticas de seus alunos instituições públicas. Esta parceria entre público e privado tentava se instalar em um momento histórico do país exatamente

desfavorável para este tipo de empreitada, pois era uma época de inúmeras “privatizações de empresas estatais, ligadas a setores historicamente conduzidos pelo estado, (...) o que criava um ambiente particularmente desfavorável à proposição de parceria entre uma universidade particular e um ente público” (Cabral *et al*, 2006: 62). Outra questão relacionada à parceria público-privado dizia respeito ao envolvimento de servidores atuando como preceptores dos alunos nos serviços. Segundo os autores, “uma instituição privada não poderia se servir do trabalho deles; de outra parte, não havia condições objetivas de serem contratados para essa função, uma vez que ela só pode acontecer em razão do exercício do cargo público que detêm” (Cabral *et al*, 2006: 62). A solução encontrada no caso da UNIDERP foi fornecer uma bolsa de apoio à docência aos profissionais engajados no projeto. Esta era repassada pela faculdade à Prefeitura, que a pagava os servidores. Os gerentes dos Programas de Saúde Mental e de Saúde da Família também recebiam uma bolsa, uma vez que eram responsáveis pela articulação interna dos preceptores e pelo diálogo com o coordenador do PINESC. Segundo os autores, o objetivo de conceder esta última bolsa é o de descaracterizar vínculo de subordinação dos preceptores com a universidade.

5.7. – O curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

Em 2001 foi implantado um projeto de reforma curricular no curso de Medicina da PUC-Campinas. Este teve como diretrizes: “a formação ético-humanista; a disposição e habilidade para a educação continuada; **a inserção do aluno na comunidade e serviços em todo o curso** e a aptidão para o gerenciamento e administração em saúde” (Garcia *et al*, 2004: 33, grifos nossos).

O curso passou a ser estruturado em ciclos de ensino, sendo a formação composta por quatro ciclos:

Quadro 3: Estrutura do Curso de Medicina da PUC-Campinas

CICLO DE ENSINO	DURAÇÃO	OBJETIVOS/ATIVIDADES
Primeiro ciclo	Três semestres	Introdução das bases morfofisiológicas da medicina por meio de casos-motivadores e sistemas
Segundo ciclo	Três semestres	Bases fisiopatológicas e clínicas dos ciclos de vida
Terceiro ciclo	Dois semestres	Ênfase clínica
Quarto ciclo	Quatro semestres	Internato

Os autores centram sua descrição nas atividades desenvolvidas na disciplina *Saúde da Comunidade: as situações de saúde*, que ocorre no primeiro semestre do curso e procura “propiciar a vivência de situações reais de relacionamento do aluno com usuários, profissionais dos serviços de saúde e a própria comunidade” (Garcia *et al*, 2004: 34).

Quanto aos processos de ensino-aprendizagem, as autoras dizem que são utilizadas diferentes estratégias pedagógicas que têm como intuito a ampliação da interação, a busca de conhecimentos e o questionamento. As atividades desenvolvidas contam com um momento de preparo, seguido de trabalho de campo. Por fim, faz-se o processamento das informações levantadas por meio da elaboração de relatórios, apresentação do conteúdo tratado e discussão em grupo. Faz parte da preparação a indicação dos objetivos da atividade, o levantamento de conhecimentos prévios sobre o tema apresentados pelos alunos, a elaboração de roteiro para trabalho de campo e dinâmicas. O trabalho de campo é consistido por visitas, entrevistas e observações da comunidade, famílias e equipamentos sociais.

As autoras resumem as atividades da disciplina em quatro componentes. São eles: avaliação diagnóstica e construção do perfil da classe; discussão dos conceitos de saúde e de doença; visita impressionista ao território; e visita as famílias. O perfil da turma é traçado fazendo uso de dados dos alunos como idade, sexo, procedência, área da medicina com a qual se identifica, presença de médicos na família, acesso à informática, por quantos anos prestou curso pré-vestibular, atividades extracurriculares. Levantam-se também:

“(…) as expectativas dos alunos perante o curso e seu entendimento das habilidades e comportamento necessários ao exercício da profissão. São introduzidos conhecimentos relacionados ao mercado e ao processo de trabalho médico, a noção de perfil e habilidades na organização de dados, as formas de coleta, a importância das informações quantitativas e qualitativas (e subjetivas) para o conhecimento das “situações” (no caso de uma classe de alunos de medicina)” (Garcia *et al*, 2004: 34).

A abordagem dos conceitos de saúde e de doença é baseada na leitura e debate de textos através dos quais “discute-se a complexidade dos condicionantes sócio-econômicos, culturais, biológicos e psíquicos do viver e do adoecer que têm marcas individuais, singularidades e universais” (Garcia *et al*, 2004: 34). Pretende-se, com isso, ampliar a visão crítica dos alunos e sua idéia de saúde e doença.

É chamadas de visita impressionista a apresentação da região onde se localiza o Campus II da PUC-Campinas. Nesta, busca-se descrever as características gerais do território, o histórico do desenvolvimento e serviços de saúde da região; a dinâmica populacional; os aspectos geográficos e o ambiente físico, as condições de urbanização e as características das moradias; o saneamento básico existente, os serviços oferecidos à população e os equipamentos sociais disponíveis. Os objetivos a serem alcançados com esta atividade são:

“(…) propiciar ao aluno o conhecimento da região onde se localiza o Campus II da PUC-Campinas; introduzir as noções de perfis epidemiológicos e situações de risco; possibilitar o levantamento, análise e organização de dados populacionais e problematizar as situações de saúde, de doença e de morte, além das possíveis formas de superação. O preparo do trabalho de campo envolve a discussão de conceitos com indicação bibliográfica prévia, elaboração do roteiro de visita, do mapa e o levantamento de informações demográficas, sócio-econômicas e de morbi-mortalidade, obtidas de fontes secundárias” (Garcia *et al*, 2004: 34-35).

Para as visitas aos domicílios, a turma é dividida em duplas ou trios de alunos que acompanharão os agentes de saúde à residência de uma família. Esta

atividade foi pensada para desenvolver no aluno a habilidade para o diálogo com a família. Um quadro com os resultados e o relato dos aspectos considerados pelos alunos como mais marcantes é construído após a atividade. Estes resultados são devolvidos para as equipes dos serviços no final do processo.

Faz parte dos objetivos da disciplina fazer articulação dos temas por ela abordados com os conteúdos apresentados em outras disciplinas freqüentadas pelos alunos neste momento inicial de sua formação. As autoras citam especificamente a disciplina *Correlação Clínica e Bases Morfofisiológicas*, na qual, através da integração, procura-se permitir aos alunos conhecer e se aproximar de casos reais correlatos aos casos motivadores vistos em sala de aula. Ao trabalhar com questões surgidas nos relacionamentos interpessoais e na prática cotidiana, ocorridos nos diferentes cenários, viabiliza-se a relação com a disciplina *Bases de Apoio ao Aluno*. Cabe à disciplina *Introdução à Metodologia* a incumbência de exercitar a problematização, empreendendo um processo científico de busca de conhecimentos e de resignificação de conceitos. Através da disciplina apresentada pelo texto – *Saúde da Comunidade: as situações de saúde* – possibilita-se a aplicação do método científico no desenvolvimento das atividades propostas pela disciplina. A saber: levantar problemas, indicar hipóteses para sua explicação e/ou resolução; trabalho de campo junto às famílias, bairro e/ou por meio de dados secundários; análise deste material; elaboração de relatório em forma de trabalho monográfico e sua preparação para apresentação.

5.8. - A Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)⁴⁵

A Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP iniciou seu projeto de reforma curricular em 2001. A partir de então, a turma do primeiro ano é dividida em grupos de dez a dezessete alunos na disciplina intitulada *Ações de Saúde Pública*. Cada grupo desenvolve atividades nas unidades básicas de saúde da rede do SUS de Campinas-SP. Durante a disciplina, que é ministrada semanalmente, os estudantes

⁴⁸ Este texto não foi levantado pelo processo de pesquisa descrito. Acabei tendo acesso a ele em outro momento de buscas pela BVS traçado para outro fim. Porém, como nele encontra-se o relato de experiência de inserção precoce do curso de medicina da UNICAMP, considerei pertinente sua inclusão.

têm durante cento e vinte horas acesso a aspectos referentes à atenção e à gestão em saúde, explorando elementos como o SUS, a cidadania e direito à saúde, a integralidade da atenção, o processo saúde-doença, o devir médico, as ações coletivas de saúde, a noção de território, as necessidades e as tecnologias em saúde. Um dos objetivos dessa disciplina, ao possibilitar que os alunos vivenciem os distintos espaços sócio-sanitários da região de entorno do centro de saúde onde se deu o estágio, é o de ampliar a sua noção sobre o processo saúde-doença e as necessidades de saúde, trazendo para o debate a iniquidade social e a exigência em muitos casos de se conduzir um trabalho intersetorial. No cronograma estão ainda contemplados encontros para troca de experiências entre os diferentes grupos que compõe a turma do primeiro ano, algumas aulas expositivas e reuniões de avaliação (Carvalho, Garcia & Rocha, 2006).

Entendendo que para mudar a formação é necessário ir além da alteração de formatos educativos, modificando também os conteúdos e a gestão cotidiana das práticas de ensino, o corpo docente envolvido com a disciplina responsável pela inserção precoce dos alunos do curso de Medicina da UNICAMP procurou adaptar a proposta de ensino à realidade e às necessidades do serviço. Neste sentido, foram adotadas medidas como: integrar os processos de ensino-aprendizagem aos processos de gestão da unidade de saúde; estimular os alunos a produzirem projetos de intervenção que contribuíssem para a qualificação das ações de saúde; garantir a efetiva co-gestão do processo de ensino e a ampliação do grupo de docentes/mediadores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem (Carvalho, Garcia & Rocha, 2006).

As vivências experimentadas pelos alunos na disciplina *Ações de Saúde Pública*, através do convívio com os vários sujeitos que constroem o dia-a-dia dos serviços, discussões com os pacientes que ali procuram assistência, leitura de textos específicos e construção e implantação de projetos e intervenções sobre um problema de saúde local identificado, tiveram como eixo orientador os conteúdos ministrados nas disciplinas do primeiro ano. Como o cenário de aprendizagem consiste em uma unidade de atendimento de saúde que compõe a rede local, os temas a serem abordados nem sempre puderam respeitar o cronograma pensado na ementa da disciplina, tendo de ser tratado de maneira flexível. Os autores afirmam que os únicos resultados passíveis de serem esperados é a vivência por parte do aluno de atividades em todas as etapas do processo. Assim sendo, além dos diferentes

interesses, características e momentos afetivos e cognitivos de cada aluno que compõe a turma, foram apontados como fatores que influenciaram nas variações dos cenários de ensino-aprendizagem de uma turma para outra as oportunidades surgidas no cotidiano do serviço, as distintas conjunturas gerenciais de cada momento e a característica administrativa de cada docente em relação aos diferentes cenários.

Com o intuito de ilustrar os constantes imprevistos surgidos que tornaram imperativo o uso de mudanças e desvios no que fora inicialmente planejado, os autores trazem o que classificaram como um “acidente de percurso” que considero particularmente interessante em função de seu potencial de ruptura, de desnaturalização dos modos de pensar, viver, sentir, perceber e agir no mundo do aluno. A situação relatada envolveu profissionais, alunos e uma adolescente de treze anos. Esta possuía vida social ativa e manifestava o desejo de engravidar. Segundo os autores, tal acontecimento:

“mobilizou e indignou os alunos, provocou polêmica e disparou questões sobre temas tão díspares como as relações intersubjetivas envolvendo usuário/trabalhador, o respeito às diferenças e à privacidade, a natureza normatizadora das práticas de promoção e educação, o projeto terapêutico singular e a ética em defesa da vida” (Carvalho, Garcia & Rocha, 2006: 462).

Ao se deparar com a singularidade trazida pela adolescente, os alunos do primeiro ano puderam rever os conceitos acerca dos próprios valores, que invariavelmente trazem como sujeitos sociais, e polemizaram sobre o confronto destes com os valores trazidos pelo paciente. Este debate perpassa a discussão acerca torno da posição do profissional enquanto indivíduo na posição de suposto saber. Além do mais, fica explícita a importância de se conhecer a cultura e o contexto trazidos por aqueles a serem atendidos na unidade de saúde para o desempenho de uma atuação profissional que respeite as idiosincrasias de cada um e que se aproxime das reais necessidades daqueles que procuram atendimento.

A situação descrita torna explícito o quão trabalhoso é viabilizar a alunos a oportunidade de aprender no local de atuação profissional. Como bem colocado por Carvalho, Garcia & Rocha (2006):

“essas situações exigem do corpo docente habilidade para lidar com o desconhecido, e flexibilidade diante dos imprevistos, rompendo, se necessário, com o planejado. Demandam, igualmente, capacidade de gestão para responde aos desafios da dinâmica complexa, indeterminada e pouco estruturada dos processos de trabalho em saúde e para viabilizar vivências em cenários pedagógicos que sejam produtivos para os objetivos que se almeja” (p. 463).

As impressões de uma aluna da turma de 2002 são transcritas no texto. No relatório de atividades, ao investigar o acolhimento de adolescente, ela diz:

“Fiquei surpreendida ao conversar com elas (gestantes adolescentes) e perceber como a minha visão era preconceituosa em relação à situação delas (...) a nossa entrevista serviu para desvincular a imagem dessas mães a rótulos e julgamentos convencionais. (...) Depois das entrevistas (com as gestantes adolescentes) voltei para casa pensando: quem sou eu para julgá-las? O que sei da realidade em que vivem? Só sei que é bem diferente da minha, que só estudo e por isto achava que sabia mais da vida delas do que elas mesmas. É fácil falar: use preservativo, não engravide. Mas o que fazer quando ter filhos é um projeto de vida?” (Carvalho, Garcia & Rocha, 2006: 468)

Para lidar com a complexidade do método proposto, foi criada uma “rede docente”, composta por docente da universidade, tutor ou gerente e demais trabalhadores do centro de saúde. Os profissionais que exerciam cargo de monitores dos alunos eram indicados pelo Colegiado Gestor da unidade no início de cada ano letivo, sendo a composição do grupo de monitores distinta a cada ano, pois para viabilizar a participação destes na proposta, eles teriam de ser liberados de suas junto à unidade pelo gestor do centro de saúde sempre que necessário. Porém, os autores colocam que no processo os imprevistos eram antes uma regra do que uma exceção, fazendo com que os trabalhadores tivessem muitas vezes que realizar função docente

em momentos em que não se encontravam liberados de suas atividades. Tal prática era uma constante.

Os monitores “acompanhavam os alunos nas visitas domiciliares, discutindo casos clínicos, monitorando encontros com os usuários, planejando e avaliando atividades da disciplina e participando dos momentos de discussão, contribuindo para uma reflexão sobre as práticas vivenciadas” (Carvalho, Garcia & Rocha, 2006: 464). As dúvidas, polêmicas, sugestões dos alunos e os achados relevantes foram utilizados pelos profissionais do centro de saúde como “provocadores de reflexões” sobre o trabalho em saúde. Isto causou a constituição de fóruns e rodas de debates onde estavam envolvidos docentes, gestores, trabalhadores, alunos e convidados. Relaciono aquilo que é chamado pelos autores de “provocadores de reflexões” com o conceito de *dispositivo* apresentado por Deleuze (2007). Este autor define um dispositivo como um produtor de efeitos de sentidos variados. É algo ou algum acontecimento que tenciona, movimenta, desloca, provoca agenciamentos. Ou seja, um dispositivo comporta linhas de forças que levam as palavras e as coisas à luta incessante por sua afirmação. São máquinas de fazer ver e de fazer falar. Em suas palavras:

“Os dispositivos têm, então, como componentes linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de ruptura, de fissura, de fratura que se entrecruzam e se misturam, enquanto umas suscitam, através de variações ou mesmo mutações de disposição. Decorrem daí duas conseqüências importantes para uma filosofia dos dispositivos. A primeira é o repúdio dos universais. Com efeito, o universal nada explica, é ele que deve ser explicado. Todas as linhas são linhas de variação, que não tem sequer coordenadas constantes. O Uno, o Todo, o Verdadeiro, o objeto, o sujeito não são universais, mas processos singulares, de unificação, de totalização, de verificação, de objetivação, de subjetivação, processos imanentes a um dado dispositivo. E cada dispositivo é uma multiplicidade na qual esses processos operam em devir, distintos dos que operam em outro dispositivo. (...) A segunda conseqüência de uma filosofia dos dispositivos é uma mudança de orientação que se separa do eterno para apreender o novo. O novo não se designa a suposta moda,

mas, pelo contrário, a criatividade variável segundo os dispositivos” (p. 3-4).

Projetos de investigação e intervenção, destinados a realizar a mediação entre teoria e prática, eram produzidos pelos alunos de acordo com seus interesses, a demanda da unidade e as necessidades colocadas pelos eixos temáticos da disciplina. Carvalho, Garcia & Rocha (2006) consideram que a implantação destes projetos proporcionou aos alunos vivências singulares ao contribuir para a gestão dos processos de trabalho do centro de saúde, e, principalmente, por “ampliar a competência dos alunos para lidar com a complexa realidade socio sanitária em saúde” (p. 465).

Os autores acreditam que a experiência relatada proporcionou aos alunos a oportunidade de adquirir capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para dar respostas aos problemas encontrados nos distintos contextos. As conquistas mencionadas compõem o que eles consideram ser a aquisição de competências pelo estudante. Foram listados como aspectos responsáveis por esta conquista: o contato do aluno com os trabalhadores e usuários do centro de saúde, sua dinâmica e seu entorno; a identificação de problemas, elaboração e implementação de uma intervenção; e a reflexão teórica sobre a prática.

Um aluno da turma de 2002, ao proceder à avaliação da disciplina, indica que os objetivos traçados com a implantação da inserção precoce parecem estar sendo alcançados:

“O estudante, atuando em um posto de saúde e acompanhando o trabalho dos agentes de saúde, aprende a perceber o território, não só geograficamente, como também em seus aspectos sociais. Assim, cria-se uma noção de percepção de lideranças locais e suas influências, tratamentos diferenciados para pessoas diferenciadas e, é claro, as necessidades em saúde da população da região atendida pelo posto de saúde” (p. 467).

5.9. – O curso de Medicina da Universidade Estadual Paulista (UNESP)

A experiência de inserção precoce da Faculdade de Medicina de Botucatu foi, segundo Cyrino *et al* (2006), construída coletivamente. As discussões que resultaram na elaboração de um programa intitulado *Interação Universidade, Serviço e Comunidade* foram proporcionadas por oficinas de planejamento participativo. Este foi implementado pela primeira vez no ano de 2003 e foi pensado como:

“(…) possibilidade de problematizar contradições entre a prática de atenção à saúde centrada no modelo tradicional de assistência, com foco nas doenças, e o processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção e a promoção da qualidade de vida da população, no contexto do SUS” (p. 72).

Na tentativa de romper com a concepção biomédica no processo de ensino-aprendizagem dos médicos, o programa proposto tem como foco a “família inserida no universo das relações históricas, culturais, socioeconômicas e políticas da sociedade” (p. 73). Para apreensão deste universo pelo estudante, promove-se o contato deste com a comunidade inserindo-o nas Unidades Básicas de Saúde e de Saúde da Família. É por meio das atividades desenvolvidas por estas unidades que se procura fazer com que o aluno tome conhecimento do conjunto de determinantes que atravessam os sujeitos que procuram os serviços de saúde:

“(…) [os estudantes] entram em contato com a história e os problemas da comunidade, buscando apreender a vida cotidiana, o que, no nosso entendimento, não é possível sem participação objetiva e subjetiva nesse cotidiano e sem a devida atenção aos processos interativos e comunicativos” (Araújo, 1999 *apud* Cyrino *et al*, 2006: 74-75).

Outra medida tomada para ampliar a visão dos futuros médicos sobre o processo de saúde e doença foi adotar como professores tutores trabalhadores de diferentes profissões, como Biologia, Comunicação Social, Enfermagem, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Pedagogia, Psicologia, Serviço Social, Sociologia e Terapia Ocupacional. Segundo os autores, a escolha dos

profissionais envolvidos nas práticas educativas promovidas pela nova proposta da Faculdade de Medicina de Botucatu se dá com base em três aspectos: a atuação do profissional na comunidade onde ocorrerão as atividades práticas com os alunos, a sua experiência em trabalho com grupos e seu interesse pela atividade educacional em construção.

Cyrino *et al* (2006) consideram que o programa proposto contribui para o desenvolvimento da integralidade no cotidiano dos serviços de saúde, uma vez que dentre seus objetivos estão:

- Fazer com que o aluno participe de ações de proteção, promoção e cuidado à saúde;
- Favorecer a criação de vínculo dos alunos com a comunidade e a equipe de saúde, uma vez que se procura privilegiar a atuação do mesmo em uma única comunidade ao longo de todo o seu curso universitário;
- Possibilitar o desenvolvimento de iniciativa criadora e senso de responsabilidade na atenção à saúde. Acredita-se que o conhecimento das ações desenvolvidas por médicos e demais profissionais de saúde na atenção básica, bem como aquelas empregadas por outras instituições na área de abrangência das UBS (escolas, associação de moradores e organizações populares de maneira geral) contribuem para o alcance deste intenção;
- Fornecer as condições para o desempenho de uma prática clínica ampliada.

A problematização, que segundo Cyrino *et al* (2006) “decorre da necessidade de refletir, detendo-se, examinando, buscando descobrir caminhos para a superação de determinadas situações” (p. 74), é vista como uma das etapas fundamentais da prática educativa. É neste sentido que os autores entende educação e investigação como momentos de um mesmo processo, em que “o conteúdo deve estar sempre se renovando e ampliando, criticamente inserido na realidade; não uma realidade estática, mas em transformação, com todas as suas contradições” (p. 75).

Como a inauguração desta nova proposta ocorreu em 2003 e o texto que relata esta experiência foi publicado em 2006, nele encontram-se descrito o formato adotado para apenas os primeiros quatro anos do curso de Medicina da UNESP.

Quadro 4 – Estrutura do programa *Interação Universidade, Serviços e Comunidade (IUSC)* do Curso de Medicina da UNESP

Ano	Objetivo	Atividades	Integração com disciplinas
Primeiro	Reconhecimento das condições de vida e saúde da população e o conhecimento dos dados demográficos e epidemiológicos da área de atuação.	(1) Entrevistas com lideranças comunitárias e profissionais que atuam nos equipamentos sociais da área de abrangência da UBS, como centros comunitários, creches e escolas. (2) Visitas domiciliares às famílias com crianças menores de um ano indicadas pela UBS, visando observação e intervenção sobre a amamentação, alimentação e o desenvolvimento de bebês.	(1) Saúde Coletiva I (2) Pediatria (3) Bioestatística (4) Psicologia (5) Ética Profissional
Segundo	Ampliar as habilidades dos estudantes em relação ao planejamento, execução e avaliação de atividades de educação em saúde, buscando aprofundar o cotidiano do processo saúde-doença da população e promover a saúde a partir de demandas indicadas pela comunidade.	(1) Visitas domiciliares, que neste momento estarão voltadas para o reconhecimento das condições de vida e saúde das famílias acompanhadas. (2) Atividades de educação em saúde também são realizadas na unidade de saúde, em centros comunitários, projetos sociais, escolas e creches.	(1) Parasitologia (2) Psicologia (3) Bioestatística (4) Saúde Coletiva II
Terceiro	Desenvolvimento prático dos conhecimentos de semiologia e do raciocínio clínico	(1) Atendimento clínico supervisionado na UBS fazendo uso de um roteiro construído pelos docentes da UNESP e pelos profissionais da rede. Neste procura-se estabelecer uma abordagem clínica mais ampla ao introduzir questões sobre família, saúde mental, trabalho e rede social.	(1) Disciplinas de semiologia

Como se pode perceber pela preocupação dos autores em especificar as disciplinas do curso de Medicina com as quais o programa IUSC interage, a interdisciplinaridade é uma das premissas do curso. No segundo ano, por exemplo, a partir das atividades educativas desenvolvidas nas escolas, os alunos entram em contato com a direção e com os professores e explicam o objetivo do programa e da ação educativa a ser desenvolvida. Também conversam com os pais dos alunos, prestando esclarecimentos e solicitam autorização dos mesmos para realizar exames em seus filhos. O exame ectoparasito-pediculose é aplicado em um grupo de alunos da escola e estudantes de medicina têm a oportunidade de por em prática os conhecimentos adquiridos na disciplina Parasitologia. O conteúdo abordado é integrado com a disciplina Bioestatística, uma vez que os resultados dos são tabulados e analisados, sendo ao final promovida uma discussão com a participação dos professores responsáveis pelas disciplinas e tutores do IUSC. Os alunos que tiveram seu exame com resultado positivo são encaminhados para a unidade de saúde para tratamento. Um retorno através de atividades lúdicas e material impresso é dado aos pais e alunos da comunidade envolvidos nesta atividade. Estabeleceu-se um ensino interdisciplinar na tentativa de:

“(...) propiciar experiências nas quais os alunos possam perceber como um conhecimento depende do saber de distintas áreas e trabalhar um cotidiano que enfatize o senso de autonomia, assim como a exposição a situações concretas da realidade de saúde de nosso país e de nossa região” (Cyrino *et al*, 2006: 79).

Para o êxito desta proposta, a coordenação do programa viu-se compelida a promover processos de educação permanente dos docentes. Esta ocorre em encontros semanais, totalizando cento e vinte horas anuais nas quais são enfatizadas:

“(...) questões como a importância do trabalho reflexivo, do ato de planejar, do trabalho em equipe no qual a comunidade pode ter papel preponderante, da ética nas relações de trabalho do médico com outros profissionais de saúde, com a população atendida e com as instituições envolvidas no cuidado”.

6. UMA EXPERIÊNCIA NO ENSINO TÉCNICO

6.1. – A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV)

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio é a unidade técnico-científica da FIOCRUZ responsável pela coordenação e execução das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica na área de Educação Profissional de Formação Inicial e Continuada e Técnico em Saúde (EPSJV, 2005). Suas atividades pretendem estabelecer um diálogo permanente entre as áreas de educação, serviços de saúde e produção científica.

A EPSJV foi criada em agosto 1985, tendo o sanitarista Sergio Arouca como um de seus idealizadores e fundadores. A criação da EPSJV foi fortemente influenciada pelo ideário difundido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ajudou a ampliar o conceito de saúde até então vigente ao defini-la como “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Brasil, 1986:4).

Esta maneira de se entender saúde:

“deixou claros os limites de uma formação profissional que impedisse o acesso do trabalhador ao domínio das diferentes linguagens, à compreensão dos conteúdos científicos e ao debate sobre os valores éticos capazes de conferir sentido ao exercício de sua profissão” (EPSJV, 2005: 230).

Visando formar profissionais capazes de levar em conta a dimensão política, social, cultural, técnica e biológica da saúde, a Escola criou em 1988 o seu Curso Técnico de Segundo Grau, que conjugava a formação geral e a habilitação técnica em saúde. Vale ressaltar que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação então vigente⁴⁶ destinava uma carga horária maior para as disciplinas que compõem o curso

⁴⁹ Lei 5.692/71. Hoje a Lei de Diretrizes e Bases da Educação que vigora é a de nº 9394/1996, onde consta no artigo 36, §2, que a preparação para o exercício de profissões técnicas pode ocorrer uma vez atendida a formação geral do educando. Porém, em 1997 foi promulgado o Decreto Federal 2208, que regulamentava os artigos 36 e 37 da lei e, segundo Frigotto, Ciavatta & Ramos (2005), acaba

técnico em relação às da formação geral (Ferreira & Garcia, 2005). Segundo o projeto político pedagógico da EPSJV, esta orientação acaba por reproduzir a tradicional divisão entre ensino médio e educação profissional, segundo a qual o primeiro se destinava a preparar o aluno para o ensino superior, enquanto a segunda – direcionada historicamente às camadas mais pobres da população – acabava reduzida à formação para o trabalho. Os espaços gerados pelas contradições existentes na lei 5692/71 foram aproveitados para possibilitar a construção de um currículo comum que organizava as duas formações. Pretendia-se com isso que os alunos tivessem acesso aos conhecimentos científicos que estão na base da técnica e que, assim, fossem capazes de ter uma visão crítica sobre o processo de trabalho em saúde, tornando-se também capazes de atuar no sentido de sua transformação (Pereira & Ramos, 2006). Isso vai ao encontro da perspectiva da *politecnia* defendida pela EPSJV, tendo sido inclusive incorporada em seu nome.

Desde sua fundação, a formação oferecida pela Escola estava voltada para dois segmentos de clientela: (I) adolescentes em formação técnica que pretendam profissionalizar-se para ingressar no mercado de trabalho e (II) trabalhadores já inseridos nos serviços de saúde que busquem aperfeiçoar ou ampliar sua qualificação prévia. Em 2000 ela abre uma nova frente ao promover a Pós-Graduação *lato sensu* em Educação Profissional, ampliando a clientela atendida a (III) graduados em diversos cursos de bacharelado e licenciatura que procuram “as bases teórico-científicas para a construção das práticas cotidianas da relação ensino aprendizagem, envolvendo avaliação, metodologias de ensino, relação professor-aluno, além da seleção e organização de conteúdos” (p. 303). Em 2007 foi lançado o Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde seguindo os mesmos princípios.

A EPSJV cresceu muito nos seus vinte e três anos de existência. Hoje sua atuação no ensino vai além da oferta de cursos. A elaboração e publicação de conhecimento na área de trabalho, educação e saúde tem sido sua marca. A pesquisa, neste contexto, ganha lugar de destaque, estando no projeto político pedagógico a investigação de práticas pedagógicas em educação como um dos eixos temáticos desenvolvidos (EPSJV, 2005). Atualmente, a EPSJV vem experimentando a implantação de uma nova estratégia de ensino, com o objetivo de tornar mais clara e

restabelecendo o dualismo entre ensino médio e técnico. Após alguns anos, ocorreu sua revogação e, em substituição, a aprovação do Decreto Federal 5154 de julho de 2004, que autoriza a oferta da educação profissional com o ensino médio.

efetiva para o estudante a relação entre teoria e prática. Esta estratégia de ensino é chamada de Trabalho de Integração (TI), é desenvolvida com alunos do ensino técnico-profissionalizante e o processo de implantação serve aqui de referência para discussão, neste capítulo, da hipótese construída nesta dissertação sobre a indissociabilidade entre teoria e prática.

6.2. – Os fundamentos do projeto pedagógico da EPSJV

Primeiramente serão apresentados e discutidos os pressupostos e as concepções gerais adotados pela EPSJV em seu projeto pedagógico. Essa escola tem em seu discurso uma forte influência do pensamento socialista, aparecendo os ideais de Marx e Engels em diversos momentos de seu projeto político pedagógico e em boa parte dos textos de seus professores publicados na revista científica da Escola – *Trabalho, Educação, Saúde* – e nos livros por ela editados. Conceitos como politecnicidade⁴⁷, omnilateralidade⁴⁸, trabalho como princípio educativo⁴⁹ e escola unitária⁵⁰ fazem parte deste referencial teórico.

Saviani (2002), em “Choque teórico da politecnicidade” – texto que reproduz o discurso que foi por ele proferido no seminário *Choque Teórico*, ocorrido na EPSJV em 1987 e que é apontado no seu projeto político pedagógico como fundamental “para a consolidação dos princípios que estruturam o projeto ético-político e pedagógico desta Escola” (p. 12) – afirma que a noção de politecnicidade deriva, basicamente, da problemática do trabalho, se encaminhando na direção da superação

⁵⁰ “A idéia de politecnicidade implica uma formação que, a partir do próprio trabalho social, desenvolva a compreensão das bases da organização do trabalho de nossa sociedade. Trata-se da possibilidade de formar profissionais não apenas teórica, mas também praticamente num processo em que se aprende praticando, mas ao praticar, se compreende, os princípios científicos que estão direta e indiretamente na base desta forma de se organizar o trabalho na sociedade” (EPSJV, 2005: 145).

⁵¹ “Uma sociedade que define como centro de sua organização as múltiplas, diversas e históricas necessidades humanas terá como projeto educativo o desenvolvimento omnilateral do homem” (Frigotto, 1992:51).

⁵² “O trabalho como ‘princípio educativo’ deriva do fato de que todos os seres humanos são seres da natureza e, portanto, têm a necessidade de alimentar-se, proteger-se das intempéries e criar seus meios de vida. (...) O trabalho como princípio educativo, então, não é, primeiro e sobretudo, uma técnica didática ou metodológica no processo de aprendizagem, mas um princípio ético-político” (Frigotto, 2006a: 260).

⁵³ “A escola unitária ou de formação humanista, ou de cultura geral, deveria assumir a tarefa de inserir os jovens na atualidade social, depois de tê-los elevado a um certo grau de maturidade e capacidade para a criação intelectual e prática e a uma certa autonomia na orientação e na iniciativa” (Gramsci, 2000: 36).

da dicotomia entre trabalho manual e trabalho intelectual, entre formação profissional e geral:

“O ensino profissional é destinado àqueles que devem executar, ao passo que o ensino científico-intelectual é destinado àqueles que devem conceber e controlar o processo. A noção de politecnia contrapõe-se a essa idéia, postulando que o processo de trabalho desenvolva, em uma unidade indissolúvel, os aspectos manuais e intelectuais” (Saviani, 2002: 138).

Supõe-se que, o trabalhador, ao dominar os fundamentos do processo produtivo, terá condições de desenvolver as diferentes modalidades de trabalho, compreendendo o seu caráter e sua essência.

Para Laudares & Quaresma (2007), a visão de educação apresentada pelo ideário socialista tem como referencia básica uma dada concepção de trabalho e ciência, compreendendo três aspectos que se encontram articulados, tendo por base uma compreensão de trabalho emancipado. São eles: educação intelectual, educação corporal e educação tecnológica. Ao interligar estes três faces da educação, toma:

“(…) o trabalho como princípio educativo, busca a união entre trabalho intelectual e trabalho manual e entre ciência e técnica, para levar os trabalhadores à compreensão técnico-científica dos processos produtivos e para a construção de uma nova conformação social orientada sob o projeto da classe trabalhadora” (p. 520).

O pensamento pedagógico socialista compreende a formação integral⁵¹, na qual, Marx via a possibilidade de construir um caminho para substituir o trabalho parcial por um integralmente desenvolvido ao levar os trabalhadores ao domínio científico e tecnológico do processo de produção em curso (Laudares & Quaresma, 2007).

Recentemente, o economista Gustavo Ioschpe (2008) fez uma análise da visão que considera hegemônica entre os pensadores da Educação no Brasil; visão essa que estaria calcada nas idéias de Marx. Segundo o autor, tais pensadores

⁵⁴ Aquela que propõe a integração entre ensino e trabalho produtivo (Laudares & Quaresma, 2007).

afirmam que o capitalismo requer a falta de educação ou educação de baixa qualidade, pois a este interessaria que o proletariado recebesse uma educação alienante para que não fosse capaz de questionar o sistema e alterar o *status quo*. Afirma, contudo, que essa visão já não se aplica a nossa realidade, pois o capitalismo mudou muito desde a época de Marx:

“(…) até para trabalhar em uma linha de montagem de uma fábrica é preciso capacidade analítica para lidar com um maquinário cada vez mais sofisticado. (...) O profissional de sucesso do mercado internacional de hoje é a antítese do proletário da Inglaterra de Marx: precisa ser altamente capacitado em sua área e, ao mesmo tempo, ter uma formação multidisciplinar e abrangente” (p. 136).

Ioschpe (2008) traz em seu artigo dados para embasar seu argumento, na tentativa de mostrar a inconsistência da suposta crença de muitos educadores brasileiros. Coloca que se essa crença, influenciada pelo marxismo militante, estivesse correta, os países nos quais o capitalismo está mais consolidado teriam um sistema de ensino pior e mais excludente, enquanto que aqueles ainda não capitalistas estariam sendo capazes de formar cidadãos altamente instruídos e intelectualizados. Não é isto que acontece no mundo. “Quanto mais capitalista o país, melhor e mais abrangente é seu sistema de ensino” (p. 135). Nas conclusões de Ioschpe (2008), os dados indicam que “o sistema capitalista exige sociedades com alto nível educacional, e, quanto mais instruída é a população, mais capitalista o país tende a ser, e vice-versa” (p. 136). Coloca, por fim, que os educadores, ao esperarem por uma revolução social para que mudanças efetivas na educação possam ser empregadas, abandonam a execução da revolução silenciosa, pacífica e redentora que se dá pelo conhecimento, onde todos têm a ganhar com uma população mais instruída.

Uma visão bem distante e diferente dessa pode ser encontrada em Gaudêncio Frigotto (2006b), autor importante na orientação do projeto político e pedagógico da EPSJV, quando este fala sobre a visão de ciência e técnica na sociedade atual que considera equivocada: estas instâncias são entendidas como “forças autônomas das relações sociais de produção, de poder e de classe” (p. 243). Segundo esse autor, esta maneira de ver aparece atualmente, por exemplo, sob a tese

de que a ciência, a técnica e as novas tecnologias na chamada sociedade do conhecimento nos levará à superação da sociedade de classes sem acabar com o sistema capitalista, tornando-o eterno, uma vez que é decretado o fim do proletariado em função da necessidade de emergência do “cognitariado”. Frigotto (2006b) prega que a manipulação ideológica proporcionada pela ilusão de que o avanço tecnológico resolve os grandes problemas do mundo não é mais do que um disfarce que encobre a grande maioria de pessoas, que na realidade não conseguem satisfazer nem suas necessidades mais básicas.

Esta discussão ideológica acerca da educação profissional, entrando na questão da fidelidade doutrinária a determinados princípios políticos e partidários (o socialismo ou comunismo de viés gramsciano, o capitalismo de desenho fordista ou taylorista, o suposto neo-liberalismo da pedagogia das competências, o capitalismo de estado ou o socialismo de mercado ao modo chinês, etc). Esta, contudo, tem sido a ênfase dada pelos professores e pesquisadores da EPSJV em grande parte de seus textos. O discurso prioriza a disseminação de uma dada concepção de educação de profissionais técnicos, ficando a discussão quase que exclusivamente no âmbito político-ideológico. Em relação a isso, parece consistente a visão de Ferreira (2001) ao dizer que “não temos um projeto viável de sociedade para entregar a nossos alunos. Tenhamos pelo menos a coragem de prepará-los para que eles o inventem. Não barremos o futuro” (p. 88).

Esse viés político-ideológico da discussão e a determinação de criar um discurso hegemônico a partir da perspectiva marxista têm servido para obscurecer e impedir, dentro da própria EPSJV, a ampliação do debate sobre a relação entre teoria e prática nos processos de formação em saúde. Esse debate, assim como as linhas gerais que o orientam há mais de um século, não é monopólio da visão marxista e gramsciana de sociedade e educação, tendo sido iniciado e levado adiante por filósofos, psicólogos sociais e sociólogos que, antes e depois de Gramsci (1891-1937), pesquisaram, desenvolveram experiências e escreveram sobre essa questão. Exemplos podem ser encontrados nas obras do americano John Dewey (1859-1952), do brasileiro Anísio Teixeira (1900-1971) e do sociólogo francês Pierre Bourdieu (1930-2000), que desenvolveram análises e conceitos (como *habit*, atividade, educação integral, *habitus*) que visavam justamente escapar das dicotomias clássicas: teoria-prática, corpo-mente, experiência-razão, indivíduo-sociedade, trabalho

manual-trabalho mental, educação para a mente-educação para as mãos, sujeito-estrutura etc. (Moreira, 2002).

Talvez por isso a questão que me interessa investigar não se encontrava presente nos textos que discorrem sobre o ensino técnico. O ensino médio é “historicamente secundarizado no campo da investigação científica sobre a formação em saúde. Em geral, os estudos se concentram nos trabalhadores de nível superior. Neste contexto, há poucos grupos dedicados à investigação sobre a formação profissional em saúde” (EPSJV, 2005: 132). Esta afirmação, retirada do projeto político pedagógico da EPSJV, reitera o que encontrei na pesquisa que realizei no Curso de Especialização em Saúde Pública, momento de inicialção da minha investigação na área de formação de profissionais de saúde (Marsden, 2006). Dentre os grupos mencionados, a EPSJV tem posição de destaque, mas os objetos de investigação eleitos não se aproximam do tema que discuto neste trabalho.

6.3. – A proposta do Trabalho de Integração (TI)

A EPSJV criou há dois anos o Trabalho de Integração (TI). Esta atividade pedagógica faz parte da Iniciação à Educação Politécnica em Saúde (IEP) que ocorre no primeiro ano da formação técnica oferecida ao aluno pela Escola. A IEP busca oferecer ao estudante do ensino técnico acesso a conhecimentos que lhe permitam compreender os fundamentos sociais, culturais e políticos da sociedade na qual está inserido e a lógica vigente no processo produtivo do qual passará a fazer parte.

Trabalho, Saúde e Educação são os eixos centrais da formação profissional em saúde tal como é concebida na proposta pedagógica da EPSJV, que busca articular adequadamente o desenvolvimento desses três eixos nas disciplinas, estágios e experiências pedagógicas como a IEP e o TI.

Entre os objetivos do TI, encontra-se o de trazer uma maior interação entre teoria e prática e o de proporcionar ao estudante uma iniciação nas práticas investigativas em saúde, visto que esses processos são fundamentais na proposta de uma formação politécnica em saúde qualificada e crítica, defendida pela EPSJV. O TI tem, atualmente, duração de um ano letivo. No entanto, como se acredita que através da pesquisa “o aluno deixa de ser objeto e passa a ser sujeito da história e parceiro no trabalho” (EPSJV, 2005: 16), a Escola permite aos estudantes de escolas

de ensino médio conveniadas se candidatarem ao Programa de Vocação Científica (PROVOC), que possibilita o jovem aprender ciência fazendo ciência, visto que eles terão a oportunidade de vivenciar o ambiente de pesquisa e o cotidiano de trabalho de pesquisadores da FIOCRUZ. Aos alunos matriculados na EPSJV, a realização de atividades vinculadas à investigação científica é desdobrada e aprofundada em um outro projeto pedagógico intitulado de *Trabalho, Ciência e Cultura*. Este deve ser desenvolvido durante as três séries do curso técnico e se encerrar com a elaboração e defesa de uma monografia por parte dos alunos.

Na Saúde Coletiva, a elaboração das monografias seria uma forma de se pensar conceitualmente os espaços de atuação em Saúde, aprendendo também o método científico de produção de conhecimentos. Entretanto, a maioria das monografias não tem como tema central o trabalho no estágio obrigatório, desenvolvido pelo aluno no último semestre de sua formação técnica. Ao deixar livre a escolha do tema, os alunos acabam optando por assuntos de seu interesse, mas que têm pouca ou nenhuma relação com o campo de atuação profissional para o qual está sendo formado. Percebe-se que eles têm êxito nessa iniciação à vida acadêmica. Eles aprendem com eficiência a estruturar uma monografia, a formatar este tipo de trabalho, desenvolvem a linguagem acadêmica. São bem sucedidos no processo seletivo para ingresso em cursos universitários, sendo este o desejo da grande maioria. Contudo, o trabalho de conclusão de curso técnico em saúde não tem sido uma estratégia eficaz na produção de conhecimento sobre o mundo do trabalho, devendo por isso ser repensada.

Uma das alternativas possíveis para construir esta aproximação entre os conteúdos aprendidos em sala de aula e a prática desenvolvida nos estágios seria, ao invés da produção de uma monografia, desenvolver um relatório final de estágio, onde mais do que a descrição das atividades realizadas, seria exigido do aluno a contextualização e o posicionamento crítico do trabalho desempenhado. Porém, a implantação de tal proposta fica comprometida porque, conforme explicitado, só é destinada carga horária para a realização de estágio curricular no segundo semestre do último ano do curso. Para exemplificar, há na escola a Habilitação Técnica em Análises Clínicas (Biodiagnóstico), um curso com três anos de duração, sendo o terceiro ano o que apresenta carga horária maior⁵². Desde que os cursos da Escola

⁵⁵ Trezentos e setenta e cinco horas, enquanto que o primeiro e o segundo ano contam com trezentas horas/aula.

passaram de quatro para três anos, a operacionalização de tempo para outras atividades que não aulas ocorridas em sala ficou escassa. Isto prejudicou tanto a possibilidade do aluno participar de qualquer atividade extracurricular, quanto os encontros com os orientadores de monografias, dificultando a orientação adequada e prejudicando o desenvolvimento das mesmas. Em especial porque esta é a primeira vez que eles desenvolvem um trabalho deste tipo, não tendo a noção de que conteúdo é apropriado para as diferentes partes que compõem uma monografia, de como realizar levantamentos bibliográficos em base de dados, nem como fazer citações segundo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Como o estágio é realizado apenas no último semestre do curso, como ter tempo de em quatro meses tomar conhecimentos das características do local de estágio, contextualizar sua prática dentro do sistema de saúde como um todo e ainda realizar uma reflexão crítica sobre todo o processo para só depois escrever a monografia? Escrever não é tarefa fácil, em especial para os adolescentes do ensino médio que ainda não adquiriram este hábito. Hoje a monografia é construída em um ano e podemos identificar a dificuldade de muitos em executá-la em tempo hábil. Uma das justificativas para não fornecer aos alunos experiência profissional em momento anterior no curso está relacionada à pouca idade com que eles ingressam na escola, caracterizando um complicador para inseri-los, por exemplo, em um laboratório, que é um ambiente insalubre por excelência, como no caso dos alunos do curso de laboratório em biodiagnóstico. Porém, não há outras atividades relacionadas à habilitação passíveis de serem executadas e que não envolvam diretamente a inserção dos jovens em laboratório? Esta é uma questão importante, que atravessa boa parte das reflexões contidas nessa dissertação.

Na EPSJV, trabalho é entendido como o “*locus* da produção, disseminação, operacionalização e transformação dos conhecimentos técnico-científicos sobre o mundo; *locus* no qual ocorre a síntese entre a teoria e a prática” (EPSJV, 2005: 137), e teria como efeito a promoção contínua da aproximação entre as diferentes disciplinas. Uma das premissas básicas da Escola é de que “a formação deveria estabelecer um diálogo permanente com os processos vivenciados pelos trabalhadores, em especial com o de **trabalho**” (EPSJV, 2005: 133). Acontece que, ao contrário do que ocorre nas demais escolas técnicas do país, os professores da EPSJV estão distanciados dos serviços. Sejam eles servidores ou bolsistas, boa parte possui contrato de quarenta horas semanais com o título de professores-

pesquisadores. Assim sendo, como consequência da determinação da Escola em ser referência na produção de conhecimento em relação à formação profissional em saúde, quando não estão em sala de aula, os professores desenvolvem atividades de pesquisa nos eixos temáticos de interesse da EPSJV. Mesmo que sejam realizadas pesquisas que têm como objeto um determinado campo de trabalho no setor saúde, se estas não adotarem como metodologia ferramentas como as adotadas pela pesquisa participativa, por exemplo – no qual o saber é continuamente construído por todos os envolvidos em sua prática (Castro; Rizzini & Sartor, 1999) e pesquisador e pesquisado se constituem no mesmo momento, no mesmo processo – pode-se dizer que o conhecimento construído através da investigação científica acerca do processo de trabalho em serviços possui certo distanciamento, diferenciando-se do que é produzido quando se trabalha na assistência.

Oferecer a experiência profissional apenas nos últimos meses do curso escolar permite que sejam alcançados os objetivos colocados? Levando em consideração os pressupostos da EPSJV, dentro deste contexto, estamos conseguindo fornecer ao estudante a visualização da conexão existente entre os temas abordados em sala de aula e a prática profissional? Quatro meses, na forma como está estruturado o estágio tem sido tempo suficiente para viabilizar a percepção desta relação? Estas são algumas questões que permeiam as reflexões de alguns poucos professores da EPSJV, mas que ainda não ganharam espaço nos debates coletivos, possibilitando a reorientação desta prática pedagógica.

6.4. – O resgate histórico

6.4.1. – O Módulo Básico

No ano de 2006, a carga horária destinada a IEP, que era então chamado de Módulo Básico, era de trezentos e sessenta e oito horas distribuídas em aulas teóricas (duzentos e sessenta e quatro horas), visitas a serviços de saúde (dezoito horas) e atividades diversas, tais como reuniões do grêmio estudantil, semana Arte e Saúde, elaboração de relatórios e encontros de avaliação.

O Módulo Básico ocupava todo o primeiro semestre da formação técnica oferecida pela EPSJV. Com isso, o início das disciplinas que compõem a habilitação

técnica iniciavam apenas no segundo semestre do primeiro ano do curso. Todos os alunos do curso técnico frequentavam o Módulo Básico, sendo uma atividade comum a todos, independente da habilitação a qual o aluno encontrava-se vinculado.

As visitas aos serviços tinham como perspectiva fortalecer a articulação entre os conteúdos das disciplinas e o sistema de saúde, oferecer uma alternativa para a avaliação dos alunos e ampliar os cenários do processo ensino-aprendizagem. Foram implementadas naquele ano três visitas a serviços de saúde, sendo a turma (aproximadamente cem alunos) distribuída em grupos de quinze a dezoito alunos para a sua realização, sendo cada grupo encaminhado para um serviço diferente. A primeira visita tinha o objetivo de apresentar o serviço, entender sua relação com o sistema de saúde e conhecer os processos de trabalho ali existentes (sobretudo dos profissionais de nível médio). A segunda era direcionada para o setor de vigilância epidemiológica, biossegurança e informação em saúde. A última visita focalizava a gestão dos serviços e na rede. Oferecia-se aos alunos um roteiro de entrevista para cada uma das visitas. Este fora formulado pelos coordenadores da IEP com base nos conteúdos teóricos das disciplinas. O roteiro funcionava como um guia para os alunos. Caso após serem apresentados às características do serviço, algumas das perguntas ali contidas ainda não estivessem respondidas, eles deveriam interrogar o profissional da unidade incumbido de recepcioná-los para que a questão fosse elucidada. Tal procedimento era adotado para que o estudante tivesse acesso a maior quantidade possível de informação que se esperava obter por meio da visita e que identificava-se como necessária à compreensão do objetivo traçado para cada uma das idas ao serviço.

Aulas preparatórias eram ministradas aos alunos antes da visita aos locais de serviço. Com essas aulas, os coordenadores da IEP tinham o objetivo de preparar esses futuros profissionais no sentido de que eles pudessem ter um olhar crítico na percepção dos fatores mais relevantes dos locais onde eram realizadas as visitas. Após a visita, os alunos se reuniam em grupos para a elaboração de relatórios contendo a experiência vivida. Um relatório final, também em grupo, era elaborado e apresentado para o restante da turma ao término de todo o processo para que houvesse o compartilhamento de informações e da experiência vivida por cada grupo para o restante da turma. Nesta apresentação os alunos eram submetidos a uma argüição. A nota final individual dos alunos no Módulo Básico era composta pelas notas dos relatórios feitos em grupo e pela nota recebida na apresentação.

Uma vez descrito como fora estruturada a iniciativa de executar visitas a instituições de assistência à saúde, pode-se vislumbrar que estas não caracterizam uma iniciativa de implantação da estratégia de inserção precoce de alunos em serviços no nível médio, conforme vem sendo propagado nos cursos de graduação em saúde. No que foi colocado, fica explícito o caráter apenas exploratório da iniciativa, a fim de proporcionar ao estudante um conhecimento geral e introdutório da organização e dinâmica dos serviços. As visitas proporcionadas pela IEP estão longe de representar um estágio em serviço, uma das características definidoras da estratégia de inserção precoce implantado no nível superior.

O intuito de apresentar o exemplo pedagógico que vem sendo implementado pela EPSJV se deve ao fato desta ser uma tentativa explícita de aproximar teoria e prática na formação de profissionais do campo da saúde. Tal exemplo pode ser aproximado de algum modo de estratégias, já em curso em algumas instituições de ensino superior, de inserção de alunos desde o início da graduação em unidades de atendimento, realizando atividades práticas. Estratégias estas relacionadas diretamente à necessidade de realizar uma maior aproximação entre teoria e prática, fazendo com que o estudante consiga perceber e experimentar a indissociabilidade existente entre as disciplinas que compõem o currículo e a prática profissional a ser desempenhada. Não por acaso, nessas tentativas de levar os alunos a compreenderem a inter-relação existente entre os temas abordados em sala de aula e o exercício da profissão, optou-se, tanto no nível médio quanto no superior, por oferecer a oportunidade de inserção precoce no o ambiente de desempenho profissional.

6.4.2 – 2007: Do Módulo Básico à Iniciação à Educação Politécnica

Desde sua concepção o Módulo Básico passa por uma avaliação para determinar a pertinência da manutenção da estrutura empregada ou a necessidade de sua reestruturação, fornecendo informação para sua melhoria, além de avaliar seus resultados. A avaliação engloba o julgamento do aluno e dos professores. Frente às dificuldades percebidas, o Módulo Básico passa por uma profunda reformulação, mudando em 2007 para o que é hoje chamado de Iniciação à Educação Politécnica em Saúde (IEP).

Os conteúdos teóricos a serem discutidos com os alunos permanecem divididos nas mesmas seis disciplinas que compunham o Módulo Básico: (I) Trabalho, Educação e Saúde; (II) Políticas de Saúde no Brasil; (III) Meio Ambiente e Processo Saúde-Doença; (IV) Planejamento, Gestão e Saúde; (V) Biossegurança; e (VI) Informação e Comunicação em Saúde. Segundo Fonseca, Matta & Pontes (2006), busca-se apresentar aos futuros trabalhadores de saúde uma visão de conjunto do campo, a dinâmica da sua construção e o movimento de ruptura de um modelo hegemônico biomédico de produção da saúde. Procura-se promover a compreensão da dimensão coletiva do processo saúde-doença e das determinações sócio-históricas do trabalho em saúde, para que possam contextualizar seu trabalho dentro do campo de conhecimento e práticas da saúde.

As visitas foram substituídas pelo que se convencionou chamar de Trabalho de Integração (TI). Esta atividade pedagógica permanece tentando produzir uma maior unidade entre os conteúdos das disciplinas e destes com a realidade do processo de trabalho em saúde. Porém, ao contrário do que acontecia no ano anterior, os alunos são divididos em grupos menores e passa-se a fazer uso de um caso exemplar no campo da saúde para apresentar a articulação entre teoria e prática. No TI, os alunos serão apresentados às características e às questões de um determinado objeto de investigação no campo da Saúde, sendo os serviços a serem visitados parte integrante da rede de assistência pertinente a este objeto.

Para melhor compreender essa mudança, podemos citar como exemplo o TI de Saúde Mental, onde o grupo de alunos a ele pertencente poderia ter como instituições a serem visitadas uma unidade de internação psiquiátrica, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental, ou ainda Hospitais Gerais e Centros de Saúde, onde se buscaria entender como é dada a atenção a pessoas portadoras de transtornos mentais nestas instituições e sua relação com a rede de assistência à saúde existente no município. Incorpora-se a esta dinâmica o objetivo de proporcionar uma iniciação às práticas investigativas em saúde.

Cada grupo de TI era composto por até dez alunos que se reunia quinzenalmente em encontros com três horas de duração. A dupla ou trio de professores responsável por um grupo de TI escolhia o tema norteador do trabalho a ser desenvolvido de acordo com seus interesses e afinidades com as disciplinas ministradas para os alunos. O TI não se limitava às visitas, sendo a ele incorporado

encontros onde o tema de estudo e de atuação no setor saúde escolhido era apresentado e debatido com os alunos, totalizando quarenta e seis horas/aula, o que representa um aumento significativo em relação ao ano anterior, que conforme mencionado era de apenas dezoito horas.

A fim de manter certa uniformidade entre os diversos grupos do TI organizados na Escola, recomendou-se que pelo menos quatro dos encontros fossem destinados a visitas aos serviços. Foi incentivada a adoção de várias metodologias nos demais encontros, evitando-se o uso exclusivo de aulas expositivas. Assim foram realizados debates sobre filmes; entrevistas com profissionais, gestores, usuários ou estudantes; levantamento de dados em fontes diversas; levantamento bibliográfico sobre o objeto investigado em bibliotecas, internet e mídia impressa.

Podem-se destacar como objetivos desta proposta: proporcionar uma abordagem reflexiva do processo saúde-doença, do processo de trabalho e gestão em saúde e da implementação das políticas públicas de saúde no marco do SUS. A se considerar que o grupo de alunos que compõem o primeiro ano do ensino técnico da Escola é formado, na sua quase totalidade, por adolescentes recém-egressos do Ensino Fundamental, fica clara a importância do contato mais próximo com os professores e do maior acompanhamento do processo, possível pelo pequeno número de alunos nos grupos de TI, característica não apresentada pelo Módulo Básico e que vinha se mostrando como problemática.

Era esperado que ao concluir o TI o aluno tivesse caracterizado qualitativa e quantitativamente o objeto de investigação selecionado em seu âmbito político, ambiental, psicossocial, populacional e qualquer outro aspecto pertinente ao tema estudado. Esperava-se, também, que ele fosse capaz de contextualizar os cenários das unidades visitadas em relação ao que foi discutido em sala, além de caracterizar o processo de trabalho e gestão presentes no cenário observado. Tais expectativas talvez possam parecer excessivas se consideradas como metas a serem atingidas ainda no período de realização da IEP (um semestre). Ao colocar pela primeira vez o aluno em contato com essas questões, pretendia-se iniciar um movimento de ruptura com uma visão muito simplificada do campo da saúde que a maioria traz ao ingressar na EPSJV. A amplitude dos temas abordados visava despertá-los para a complexidade do campo da Saúde, desconstruindo preconceitos e estimulando o interesse pela construção do conhecimento.

Em relação à avaliação, o TI ampliou os componentes que formam as notas dos alunos. Ela foi feita com base nos relatórios individuais das visitas realizadas, na frequência e participação nos encontros, na resenha de textos, no relatório final do grupo com a síntese das atividades desenvolvidas e na apresentação do trabalho final em um seminário, onde foram expostos os debates traçados ao longo dos encontros, as experiências vividas, os estranhamentos e as descobertas. Este formato permitiu ainda que os alunos tivessem acesso ao trabalho desenvolvido nos demais grupos de TI e tomassem conhecimento dos diferentes objetos de investigação escolhidos, ampliando o seu leque de saberes acerca dos possíveis campos de atuação no setor saúde e da complexidade inerente à área.

6.4.3. – Iniciação à Educação Politécnica em 2008

Para o ano de 2008, a Escola passou por significativas modificações na oferta de seus cursos técnicos. A partir deste ano, ela deixa de oferecer o Curso Técnico em Registro e Informações em Saúde, mas apesar disso amplia o seu número de vagas ao aumentar as turmas de ingressos das demais habilitações (Gestão em Saúde, Bodiagnóstico e Vigilância em Saúde). Outra alteração diz respeito à modalidade de vínculo do aluno com a escola. Até 2007, aquele que se interessasse em adquirir o título de técnico em saúde poderia se engajar na Escola na modalidade subsequente, concomitante ou integrado. Os primeiros eram aqueles alunos que após o término do ensino médio optaram por obter formação técnica. Os matriculados como concomitantes eram alunos que faziam o ensino médio em outras escolas do município enquanto cursavam o ensino técnico na EPSJV. Já na modalidade integrada, estavam os alunos que cursavam tanto o técnico quanto o ensino médio na EPSJV. Após muita discussão e preparo, este ano a Escola ofereceu para inscrição apenas a modalidade integrada. Esta era uma intenção sua de longa data, uma vez que permite inovar algumas das atividades até então desenvolvidas no sentido de concretizar enfim a proposta de um currículo integrado. Como consta no projeto político-pedagógico, este:

“(…) tem como característica, na sua organização, o fato de que as áreas de conhecimento não estão isoladas,

possibilitando, por exemplo, que o mesmo conceito possa ser trabalhado por áreas diversas, favorecendo aspectos da interdisciplinaridade. Neste Projeto Político Pedagógico, no que tange à formação integrada, as disciplinas do Ensino Médio são articuladas e tem os seus conceitos correlacionados às disciplinas das habilitações técnicas” (EPSJV, 2005: 148).

No entanto, professores e pesquisadores da EPSJV, ao fazerem uma análise do desenvolvimento do Curso Técnico de Nível Médio criado na década de 1980, apontam que algumas das questões que entraram nas pautas das discussões na ocasião ainda hoje não estão claras e/ou definidas, destacando a própria integração entre ensino técnico e médio:

“Naquela época, os integrantes do corpo docente do ensino médio, em sua maioria, pensavam muito mais na autonomia da formação geral do que na construção de um diálogo articulador dos seus campos de conhecimento com os do ensino técnico. Desse modo, não se produziu uma estrutura curricular que garantisse subsídios cognitivos provenientes da formação geral para a técnica; tampouco se caminhou de uma concepção fragmentária para uma concepção articulada dos conhecimentos técnicos e propedêuticos, tecnológicos e humanistas” (Alves, Lopes & Silva Filho, 2007: 275).

Os efeitos desta sua história recente ainda podem ser observados no cotidiano escolar. Dentro desse contexto, podemos perceber que como muitas outras instituições de ensino, a EPSJV ainda possui dificuldades na implementação de práticas que favoreçam a integração entre o Ensino Médio e as Habilitações Técnicas. Como muitas escolas, a EPSJV também tem suas incongruências e paradoxos. O próprio projeto político pedagógico contém trechos onde a interdisciplinaridade é defendida, no sentido de se garantir uma maior integração, e outros onde ela é questionada como sendo capaz de alcançar tais objetivos. No capítulo referente às concepções educacionais e às propostas curriculares da EPSJV, por exemplo, há o subitem *Educação profissional em nível técnico em saúde* em que

a interdisciplinaridade é colocada como um dos princípios pedagógicos entendidos como comuns a todas as áreas:

“(...) um processo de interação e articulação onde cada disciplina contribui com seu corpo de conhecimento autônomo na busca do exercício de pensamento e de ação. Ela tem como objetivo a comunicação entre os domínios do saber, centrada na lógica da descoberta, ou seja, sem a presença do formalismo que impede o fluxo dos significados. É fato que todo conhecimento mantém diálogo permanente com outros conhecimentos, podendo ser de questionamento, de confirmação, de complementação, de negação, de ampliação. Sendo assim, as relações entre as disciplinas serão estabelecidas mediante os métodos e procedimentos que forem empregados, pelo objeto que pretendam conhecer e pesquisar, ou ainda, pelo tipo de habilidades que desenvolvam” (p. 151).

Por outro lado, o trecho abaixo encontra-se no tópico *Ensino médio na educação profissional em saúde*, um dos termos de referências dos fundamentos do projeto da escola⁵³:

“A interdisciplinaridade na construção do conhecimento nada mais é do que a inter-relação entre conteúdos fragmentados, que não supera os limites da divisão e da organização formal dos conteúdos, simétrica à divisão social e técnica do trabalho. A compreensão da totalidade das relações exigidas para a inserção responsável do aluno na vida social e para a promoção do conceito ampliado de saúde se dará através de uma rearticulação do conhecimento, capaz de configurar uma compreensão nova e superior da totalidade, que não estava dada no ponto de partida”. (p. 130-131).

⁵⁶ Os demais termos de referências da EPSJV são: a educação profissional politécnica: idéias e buscas a favor da classe trabalhadora; tecnologia educacional em saúde; atenção à saúde; vigilância em saúde; informações e registros em saúde; gestão em saúde; manutenção de equipamentos; técnicas laboratoriais em saúde; e análise de processos de trabalho em saúde e a formação politécnica.

Tal interpretação vai ao encontro do que é apresentado por Ramos (2005). A autora faz uma distinção entre interdisciplinaridade e integração, dizendo que o primeiro pode se limitar a “inter-relação de diferentes campos do conhecimento com finalidades de pesquisa ou de solução de problemas, sem que as estruturas de cada área do conhecimento sejam necessariamente afetadas em consequência dessa colaboração” (p. 113-114). A integração, no entanto, para a autora, diz respeito à unidade existente entre as diferentes disciplinas presentes no currículo escolar.

Entendo, porém que na realidade os fragmentos projeto político pedagógico da EPSJV acima transcritos expressam compreensões distintas do mesmo termo. É freqüente encontrarmos na literatura especializada uma distinção entre multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. A multidisciplinaridade expressa a idéia contida nas páginas 130 e 131 do PPP, colocando-a como apenas a simples troca de informações entre as diferentes áreas de conhecimento a fim de resolver um problema ou compreender determinada questão. A interdisciplinaridade, por outro lado, é definida como a articulação entre os diferentes saberes, sem a qual não seria possível alcançar a totalidade de significações e a complexidade de determinado objeto de estudo. Já a transdisciplinaridade é vista muito mais como uma intenção, algo a ser eternamente buscado, do que propriamente uma realidade alcançada.

Independente dos diferentes significados e das possíveis idiossincrasias atribuídos ao termo interdisciplinaridade, dentro e fora do âmbito da EPSJV, considero importante o desenvolvimento de estratégias pedagógicas que permitam uma maior articulação entre os diferentes conteúdos escolares. Alves, Silva Filho & Lopes também desenvolverem um trabalho, ainda a ser publicado, onde são feitas reflexões sobre a viabilidade de desenvolver práticas educativas interdisciplinares no ensino técnico em Saúde. Os autores consideram que conhecimentos das disciplinas da Habilitação em Análises Clínicas – tais como fundamentos de química analítica, química experimental, bioquímica, biologia molecular, imunologia, bacteriologia, virologia e protozoologia – podem ser trabalhados com os alunos em conjunto com os professores responsáveis pelo curso de formação geral (ensino médio), tais como os professores das disciplinas de matemática, física, química e biologia. Portanto, o trabalho interdisciplinar seria útil, dentre outros aspectos, para se evitar uma duplicação desnecessária desses conteúdos. Segundo os autores é possível que um curso profissionalizante seja mais profícuo à medida que seja possível potencializar

as “disciplinas” técnicas e de formação do ensino médio regular a partir de um aprendizado interdisciplinar, superando a fragmentação de conhecimentos, a construção de novos conhecimentos e promovendo uma aprendizagem significativa de conteúdos, técnicas e de comportamentos éticos que são fundamentais para a formação do cidadão e do futuro profissional em Saúde.

Devido às mudanças nas formas de ingresso na Escola, durante o segundo semestre de 2007 a Coordenação Geral do Curso Técnico (COGETES), em conjunto com as coordenações da IEP e do Projeto Trabalho, Ciência e Cultura (PTCC) procederam a diversas reuniões com o Colegiado da COGETES, as coordenações de habilitações técnicas e os preceptores da IEP a fim de propor mudanças curriculares.

O resultado dessas discussões apresenta uma nova proposta de reformulação da IEP e do PTCC para 2008. Com as mudanças, espera-se atingir ao final deste ano os seguintes objetivos:

- Desconcentrar a IEP do primeiro semestre da formação, pois se considera precoce a abordagem de todos seus conteúdos no atual formato, principalmente porque são alunos jovens e com poucas vivências do campo da Saúde;
- Rearticular a IEP com as habilitações, pois atualmente os alunos não percebem a IEP como parte da habilitação;
- Garantir carga horária e estruturação do PTCC dentro das habilitações para todos os alunos, de forma que o desenvolvimento da monografia seja mais supervisionado e fortalecido;
- Diversificar as estratégias de ensino-aprendizagem, adotando metodologias participativas e problematizadoras;
- Articular os conteúdos teóricos da IEP de forma a tornar a aprendizagem mais significativa para os alunos (Fonseca & Pontes, 2007);

Assim, com a proposta, IEP e PTCC passam a ocorrer de forma articulada, sendo que se iniciam conjuntamente com as disciplinas específicas das habilitações no primeiro semestre do curso. Esta mudança se justifica pela avaliação do corpo docente de que o perfil dos alunos ao ingressarem no curso é em grande parte de jovens recém saídos da pré-adolescência, levando-os a não usufruir com tanta

intensidade dos conteúdos a eles ministrados neste primeiro momento por ter pouca relação com suas experiências de vida. Consta como um dos princípios pedagógicos da Escola integrar os componentes curriculares às “culturas vividas pelos alunos, fazendo com que ele associe a teoria à realidade” (EPSJV, 2005: 151). Esta visão tem influência do construtivismo que, como colocado por Pontes, Rego & Silva Junior (2006), tem como uma de suas características “levar em conta os esquemas iniciais de conhecimento dos alunos e toma como ponto de partida os significados e os sentidos que os alunos tenham sobre o conteúdo” (p. 69). Além disso, os alunos que ingressavam na Escola, por estarem ansiosos para terem contato com as habilitações escolhidas, não davam a devida importância às aulas da IEP. Isso afetava sua motivação para frequentar as aulas de IEP, como também influenciava na construção de uma percepção negativa dos objetivos dessa iniciação, gerando constantes reclamações.

Com a articulação entre IEP, PTCC e habilitações, estabelece-se que essa estratégia ocorra nos três anos do curso técnico, totalizando 450hs de carga horária, com predomínio da IEP no primeiro ano e do PTCC nos anos seguintes. Para isso, cada habilitação teve autonomia para definir quais conteúdos seriam administrados a seus alunos no primeiro semestre, e quais conteúdos da IEP são pré-requisitos para as disciplinas específicas.

As mudanças mais significativas da IEP em 2008 em relação a como ocorreu em 2007 são:

- Os conteúdos deixam de ser estruturados por disciplinas, passando a ser organizados em eixos temáticos transversais (vide anexo III). Os Eixos Teórico-Práticos estruturam os conteúdos a serem discutidos na IEP e PTCC, mantendo o objetivo de sistematizar aqueles que são comuns a todas as formações técnicas oferecidas pela EPSJV e que são estruturantes para a formação politécnica em saúde. São eles:
 - a) Trabalho
 - b) Política
 - c) Ciência
 - d) Saúde
- TI como campo de prática para pesquisa e para o trabalho em saúde desde o primeiro semestre do curso, se estendendo por todo o primeiro ano letivo.

Desta forma, o TI tem, mais uma vez, sua carga horária ampliada em relação ao ano anterior, passando de quarenta e seis horas/aula para sessenta e nove horas/aula;

- A iniciação científica inicia-se no primeiro ano com o TI, sendo fortalecida no segundo ano nos Eixos Teórico-Prático;
- Fortalecimento da leitura e produção de textos por meio do TI no primeiro ano (com a produção de resumos, resenhas e relatórios) e nas Oficinas de Leitura⁵⁴ no segundo ano. Esta última tem como objetivo, além de fortalecer o processo de leitura dos alunos – que se percebeu ao longo do desenvolvimento da IEP em 2007 ser um desafio – a produção crítica de textos, articulada com a discussão sobre o processo de produção e difusão do conhecimento nas diversas linguagens; (Fonseca & Pontes, 2007).

⁵⁷ O detalhamento metodológico da Oficina de Leitura ainda será elaborado, essa estratégia ainda está em construção.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação discorreu sobre uma questão vital para o funcionamento do sistema de Saúde e que atravessa as DCN: a indissociabilidade entre teoria e prática. Isto foi feito em uma narrativa que se construiu com o resgate de algumas experiências já em curso em instituições de formação de profissionais de Saúde, tanto no nível médio como no nível superior.

Entendo que as metodologias ativas, utilizada por muitas destas iniciativas, aproximam-se de algum modo da concepção de teoria como caixa de ferramenta colocada por Foucault e Deleuze (1979). Nesta perspectiva, uma teoria precisa funcionar, ela é uma prática.

“Às vezes se concebia a prática como uma aplicação da teoria, como uma consequência; às vezes, ao contrário, como devendo inspirar a teoria, como sendo ela própria criadora com relação a uma forma futura de teoria. De qualquer modo, se concebiam suas relações como um processo de totalização, em um sentido ou em um outro. Talvez para nós a questão se coloque de outra maneira. As relações teoria-prática são muito mais parciais e fragmentárias. Por outro lado, uma teoria é sempre local, relativa a um pequeno domínio e pode se aplicar a um outro domínio, mas ou menos afastado. A relação de aplicação nunca é de semelhança. Por outro lado, desde que uma teoria penetre em seu próprio domínio encontra obstáculos que tornam necessário que seja revezada por outro tipo de discurso (é este outro tipo que permite eventualmente passar a um domínio diferente). A prática é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra e a teoria um revezamento de uma prática a outra. Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro” (p. 69-70).

Neste sentido, toda formação é teórica e prática ao mesmo tempo. Porém, as instituições de ensino nos apresentam, desde o início da vida escolar, matérias ou disciplinas como se fossem completas, como se tivessem valor apenas em si, sem que

seja promovida nenhuma relação com o mundo que nos cerca. Presume-se que ao dominar os conhecimentos transmitidos em sala de aula o estudante poderá construir seu próprio caminho fazendo as interlocuções necessárias. Contudo, não há garantia alguma de que isso seja possível através de um processo de ensino mecânico e baseado no acúmulo de informações. Dewey (1979) defendera no início do século XX que todo processo de ensino que separa o corpo do espírito, ou seja, o ato de seu sentido, é mecânico:

“(…) Os estudantes se habitua a considerá-las [as matérias dos estudos] como tendo realidade para o fim de dar lições e de passar em exames. E admitem, pacificamente, que tais conhecimentos sejam inúteis e inertes para os atos da vida quotidiana. Dois são os maus efeitos que resultam. A experiência ordinária dos estudantes não adquire o enriquecimento que poderia ter; não é fecundada pelos estudos escolares. E as atitudes advindas de costumarem-se a isso e de absorver material semicompreendido e semidigerido enfraquecem o vigor e a eficiência mentais” (Dewey, 1979: 177).

A melhor forma de ensino é a que pretende conseguir a integração da matéria a ser ensinada na escola com a vida cotidiana. Ela procura construir no aluno o hábito de procurar as pontes e as influências mútuas existentes entre teoria e prática, entre o experimentado e o aprendido.

As DCN foram produzidas a partir de uma árdua e demorada luta voltada para a adequação do aparelho formador aos princípios gerais da reforma sanitária que produziu o SUS. Se há uma relação estrutural e estruturante, como diria Pierre Bourdieu, entre os processos de socialização ou formação e as práticas dos agentes, a efetivação das diretrizes gerais do SUS está diretamente condicionada pelos modelos de formação e pelas práticas dos profissionais que nele ingressam continuamente.

Um dos questionamentos que apresento no início desta dissertação se refere aos aspectos que vêm dificultando a implantação de uma nova maneira de formar os profissionais de Saúde. Feuerwerker (1999), ao tentar encontrar respostas para esta questão, cita cinco problemas frequentemente relacionados com o fracasso de diversas tentativas de mudanças da educação médica no país.

O primeiro é a tentação de trabalhar a proposta de mudança preferencialmente com pessoas que pensam de maneira parecida – e por isso partilham da idéia de alterar o processo de ensino – ou que estão mais mobilizadas pelo tema. Para que a implantação do plano não seja ameaçada, tornando mínimas as chances de sair do papel, a autora insiste que a decisão de mudar deve ser coletiva e institucional. Defende sua posição exaltando que proceder a transformação na educação médica, por exemplo, implica em uma mudança de postura e do trabalho cotidiano de todos os professores.

O segundo está relacionado a tratar de maneira simplista e superficial problemas que são complexos. As concepções pedagógicas e metodológicas de ensino-aprendizagem são um dos temas para os quais normalmente é dada pouca importância, tratando-o de maneira superficial e não profissional. Neste quesito, Feuerwerker (1999) apontava as metodologias ativas de ensino-aprendizagem (Aprendizagem Baseada em Problemas, Problematização, etc.) como um terreno amplo que deveria ser cuidadosamente explorado e ao qual os professores deveriam ser expostos de maneira sistemática, implicando em uma revisão profunda das práticas e conceitos predominantes.

Essa questão serve para ratificar algo que indiquei ao longo dessa dissertação, e que se refere exatamente à necessidade de ativar mudanças no modelo pedagógico usualmente adotado na formação de profissionais de Saúde, na perspectiva de tentar solucionar alguns problemas diagnosticados. Uma vez concluído o estudo aqui proposto, acredito que diferentes estratégias de aproximação entre teoria e prática, inserção precoce nos serviços de saúde, utilização de metodologias ativas podem não ser soluções para todos os problemas da formação em Saúde no Brasil, porém têm contribuído para que se avance em direção a processos de formação profissional mais próxima dos ideais e das diretrizes gerais do SUS. Este é um tema que implica necessariamente os campos da Saúde e da Educação e está codificado nas DCN.

O terceiro obstáculo, mencionado por Feuerwerker (1999), que contribui para a não abertura de espaços de transformação do ensino médico é a tentativa de construir a proposta de mudança dentro dos limites da universidade. As relações de poder envolvidas nos processos de transformação do ensino extrapolam os muros universitários e precisam ser levadas em consideração, pois sem o apoio destas forças é muito difícil resolver satisfatoriamente certos conflitos e contradições.

A maneira fragmentada com que usualmente os processo de formação são tratados é mencionada pela referida autora como mais um obstáculo, que complementa sua análise destacando uma última questão: a tendência de acentuar as contradições e a dicotomia entre as especialidades no processo de formação e na prática profissional do médico.

Verifiquei, através da pesquisa realizada, que a implantação da inserção precoce nos cursos de graduação em Saúde tem conseguido se aproximar do perfil de egresso necessitado e desejado atualmente e que o Trabalho de Integração proposto pela EPSJV, apesar de ainda contar com brechas e alguns atropelos, tem alcançado êxito em mostrar aos alunos do curso técnico a complexidade do setor saúde e a importância da discussão e aprendizados dos conteúdos abordados pela Iniciação à Educação Politécnica em Saúde para a prática de uma atuação profissional crítica e reflexiva. No entanto, penso que a sociedade, por seu dinamismo, exige que estejamos constantemente revendo as práticas, conceitos e os métodos utilizados nos sistemas de ensino, garantindo que os modelos implantados sejam pertinentes ou, caso esses se revelem precários ou anacrônicos, que se ativem processos de mudança.

Mantêm-se as expectativas de que em médio e longo prazo seja possível verificar alterações no quadro atualmente existente no que tange à formação de profissionais de saúde. Espera-se que cada vez mais caminhemos no sentido de formar profissionais reflexivos, humanistas e capazes de intervir nos principais problemas que acometem a população brasileira. Assim, ao estudar temas da educação de profissionais de Saúde, pretende-se diminuir a incidência de fenômenos como o observado este ano na prova promovida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Esta é uma prova não obrigatória. Mesmo assim, ela contou em 2008 com a participação de cerca de trinta por cento dos estudantes de medicina cursando o sexto ano do curso no estado de São Paulo, número este considerado pelo CREMESP representativo. A instituição divulga que seis de cada dez estudantes que fizeram a prova foram reprovados. Seu presidente, Henrique Carlos Gonçalves, em resposta a esta surpreendente constatação, defende que a prova não foi difícil, sendo exigido aquilo que um médico que acabou de terminar a faculdade precisa saber. Como os ambulatórios e as emergências são portas de entrada desses médicos no mercado de trabalho, este dado o leva a concluir que estão indo para essas áreas estratégicas justamente os médicos menos

qualificados. Para ilustrar sua fala, ele cita uma pergunta sobre Saúde Pública presente na prova na qual mais da metade dos estudantes não soube responder. Esta inquiria quando se deve suspeitar que um paciente está com tuberculose. Segundo o parecer do CREMESP:

“Questões que tiveram baixo índice de acertos podem revelar a falta de conhecimento dos participantes na solução de situações freqüentes no cotidiano da prática médica. Muitos daqueles que participaram do **Exame do Cremesp** desconhecem o diagnóstico ou o tratamento adequado para a solução de determinados problemas de saúde em áreas básicas como Obstetrícia, Pediatria, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica. A situação é mais preocupante ainda nos casos de atendimentos de emergência” (p. 4).

A tuberculose é uma das doenças que mais mata pessoas por ano em todo mundo, sendo um terço da população mundial infectada pelo bacilo da tuberculose (Portugal, 2008). Oitenta por cento do número anual de novos casos de tuberculose concentram-se em vinte e dois países, entre eles o Brasil (Hijjar, Oliveira & Teixeira, 2001). Consta no Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) que a taxa nacional da doença em 2006 foi de 43,92 por cem mil habitantes. Em um país de alta prevalência da doença como o nosso, as ações de descoberta de novos casos, bem como as maneiras de contágio e formas de tratamento interessam a todos os profissionais de saúde, principalmente, àqueles que trabalham em grandes hospitais ou emergências.

Gostaria de concluir parafraseando Feuerwerker (1999). Para mudar o ensino é preciso mover muitos aspectos. Isso dá trabalho, leva tempo e consome muita energia. Mas não há como haver uma mudança profunda sem que se passe por esse processo.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTOÉ, S. (org) *René Lourau – analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.

ALVES, N. G.; LOPES, R. M. & SILVA FILHO, M. V. Laboratório: espaço e ações na formação politécnica do trabalhador em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org). *Estudos de politecnia e saúde: volume 2*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007, p. 273-298. Publicação na íntegra disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=8&Num=31>. Acesso: 09/03/2008.

ALVES, N. G.; SILVA FILHO, M. V. & LOPES, R. M. *Interdisciplinaridade no ensino técnico: um caminho possível*. Prelo.

AMARAL, M. A. do & CAMPOS, G. W. S. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12(4), 2007, p. 849-859. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/04.pdf>. Acesso: 04.10.2007.

AROUCA, A. S. S. Democracia é saúde. In: *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Anais.pdf Acesso dia: 20/07/2008.

BALZAN, N.C. Inovação/Visão Única... Seção debates. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 7(13), 2003, p.156-157. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista13/debates1.pdf>. Acesso: 12.09.2005.

BAREMBLITT, G. Apresentação do movimento institucionalista. In: Lancetti, A. (coord). *Saudeloucura nº1*. São Paulo: Hucitec, 1989.

BAREMBLITT, G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes – teoria e prática*. – 4ª ed. – Rio de Janeiro: Record; Rosa dos Tempos, 1998.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.2, 1998, p.139-146.

BOURDIER, P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas, Papirus, 1996.

BRASIL. *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso dia: 20/07/2008.

BRASIL. Congresso Nacional. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Consulta: 22/10/2007.

BRASIL. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Consulta: 22/10/2007.

BRASIL. *Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990b*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Consulta: 22/10/2007.

BRASIL. *Decreto Federal nº 2208/1997*. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/DF2208_97.pdf. Acesso dia: 15/03/2006.

BRASIL. *Resolução CNS 287/1998*. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1998/Reso28-7.doc> Consulta: 22/10/2007.

BRASIL. Ministério da Educação & Ministério da Saúde. *Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino técnico - área da saúde*. Brasília, 1999a. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/diretrizes_curriculares.pdf. Acesso dia:

04/09/2007.

BRASIL. *Resolução CNE/CEB nº04/99*. Brasília, 1999b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/RCNE_CEB04_99.pdf. Acesso dia: 10/08/2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Parecer CNE/CES 583/2001a*. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>. Acesso dia: 08/10/2007

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES 1/2003*. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES01.pdf>. Acesso dia: 08/10/2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES 4/2001b*. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso dia: 08/10/2007.

BRASIL. *Decreto Federal nº 5451/2004*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/Decreto/D5154.htm. Acesso dia: 15/03/2006.

BERTUSSI, D.C.; OLIVEIRA, M.S.M. & LIMA, J.V.C. A Unidade Básica no Contexto do Sistema de Saúde. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A. & CORDONI Jr., L. (org). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001, p. 133-143.

CABRAL *et al* Interação ensino-serviço-comunidade: uma ferramenta para integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A.. *Ensino-Trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS*. Rio de Janeiro, Abrasco, 2006, p.57-69.

CADAXA, A. Escola de Ciências da Saúde do Distrito Federal recebe prêmio por método diferenciado. In: *Agência Fiocruz de Notícias – saúde e ciência para todos*, Seção Entrevistas. Data de publicação: 04/07/2008. Disponível em:

<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1895&sid=3&tpl=printerview>. Acesso dia: 20/07/2008.

CAMPOS, G.W.S. Educação médica, hospitais universitários e o SUS. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 15(1), 1999, p. 187-193. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n1/0048.pdf>. Acesso: 31.05.2006.

CAMPOS, G.W.S. *Diretrizes para o ensino médico na rede básica de saúde – documento preliminar*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2005. Disponível em: www.abem-educmed.org.br/publicacoes/boletim_virtual/volume_2/documento_gastao.pdf.

Consulta: 26/03/2007.

CARVALHO, Y.M. & CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. [et al] *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p. 149-182.

CARVALHO, S. R.; GARCIA, R. A. & ROCHA, D. C. O ensino da Saúde Coletiva no curso médico da UNICAMP: experiências inovadoras junto a unidades básicas de saúde. In: *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 10(20), 2006, p. 457-472. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/13.pdf>. Acesso: 06.06.2008.

CARVALHO, M. C. A; MARSDEN, M. & SANTOS, M. A. Reforma psiquiátrica como eixo integrador na formação profissional em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org). *Estudos de politecnia e saúde: volume 2*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007, p. 193-212. Publicação na íntegra disponível em:

<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=8&Num=31>.

Acesso: 09/03/2008.

CASTANHEIRA, E.R.L. & OLIVEIRA, A.F.P.L. d'. Inovações Tecnológicas na Atenção Primária à Saúde: Um olhar sobre “novas” e “velhas” questões para as práticas de saúde. *Olho Mágico*, 10(3), 2003, p. 88-90.

CASTRO, M.R; RIZZINI, I.; SARTOR, C.D. *Pesquisando: Guia de Metodologias de Pesquisa para Programas Sociais*. Série Banco de Dados nº 6. Rio de Janeiro: Ed. Universitária Santa Úrsula, 1999.

CECCIM, R.B. & FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20(5), 2004, p. 1400-1410. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n5/36.pdf>. Acesso: 31.05.2006.

ClAVATTA, M. A formação integrada: a escola e o trabalho como lugares de memória e de identidade. In: FRIGOTTO, G.; ClAVATTA, M. & RAMOS, M. (org) *Ensino médio integrado: concepção e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005, p. 83-105.

COSTA, J. F. A ética democrática e seus inimigos: o lado privado da violência pública. In: NASCIMENTO, E. P. (org.) *Brasília: capital do debate - o século XXI - Ética*. Rio de Janeiro/Brasília: Garamond/Codeplan, 1997, p. 67-86. Disponível em: <http://www.jfreirecosta.com/>. Acesso dia 15/08/2006.

CREMESP. *Exame do CREMESP*. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/EXAME CREMESP 5 NOVEMBRO 2008.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/EXAME_CREMESP_5_NOVEMBRO_2008.pdf). Acesso: 16/11/2008.

CYRINO *et al* Em busca da recomposição da arte do cuidado e do fazer/aprender: a interação universidade, serviço e comunidade na faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A.. *Ensino-Trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS*. Rio de Janeiro, Abrasco, 2006, p.71-84.

DELEUZE, G. *O que é um dispositivo?* Disponível em: <http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/art14.html>. Consulta: 10.09.2007

DELEUZE, G. & FOUCAULT, M. Os intelectuais e o poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, p. 69-78.

DEWEY, J. *Democracia e educação: introdução à filosofia da educação*. - 4ª ed. - São Paulo: Ed. Nacional, 1979.

DURKHEIM, E. *Educação e sociologia*. São Paulo: Melhoramentos; Rio de Janeiro: Fundação Nacional de Material Escolar, 1978.

ECO, U. Interpretação e história. In: ECO, U. *Interpretação e superinterpretação*. - 2ª ed. - São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 27-51.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org). *Projeto político pedagógico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/PesqProjetoDoc/projeto_politico_pedagogico.pdf
Acesso: 13/01/2008.

FERREIRA, E. B. & GARCIA, S. R. O. O ensino médio integrado à educação profissional: um projeto em construção nos estados do Espírito Santo e do Paraná. In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. & RAMOS, M. (org) *Ensino médio integrado: concepção e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005, p. 148-173.

FERREIRO, E. O construtivismo em perspectiva. In: FERREIRO, E. *Atualidade de Jean Piaget*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, p. 77-89.

FEUERWERKER, L. C. M. Cinco caminhos para não abrir espaços de transformação do ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.23, 1999, p.21-26.

FONSECA, A. F.; MATTA, G. C. & PONTES, A. L. M. *Proposta de reformulação pedagógica do módulo básico: iniciação à educação técnica em saúde 2007*. Mimeo, 2006.

FONSECA, A. F. & PONTES, A. L. M. *Proposta para reformulação da Iniciação à Educação Politécnica em Saúde e do Projeto Trabalho, Ciência e Cultura* 2008. Mimeo, 2007.

FRIGOTO, G. As mudanças tecnológicas e educação da classe trabalhadora: politécnia, polivalência ou qualificação profissional (síntese do simpósio). In: MACHADO, L. R. S. et al. *Trabalho e educação*. Campinas, SP: Papyrus: Cedes; São Paulo: Ande: Anped, 1992, p. 45-52.

FRIGOTTO, G. Concepções e mudanças no mundo do trabalho e o ensino médio. In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. & RAMOS, M. (org) *Ensino médio integrado: concepção e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005, p. 57-82.

FRIGOTTO, G. Trabalho. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO e ESTAÇÃO DE TRABALHO OBSERVATÓRIO DE TÉCNICOS EM SAÚDE (org). *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006a, p. 258-262. Publicação na íntegra disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=43>. Acesso: 05.05.2008.

FRIGOTTO, G. Fundamentos científicos e técnicos da relação trabalho e educação no Brasil de hoje. In: LIMA, J. C. F. & NEVES, L. M. W. (org). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006b, p. 241-288. Publicação na íntegra disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=38>. Acesso: 05.05.2008.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. & RAMOS, M. A gênese do Decreto n. 5.154/2004: um debate no contexto controverso da democracia restrita. In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. & RAMOS, M. (org) *Ensino médio integrado: concepção e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005, p. 21-56.

GARCIA, M. A. A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. In: *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 5(8), 2001, p. 89-100. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista8/artigo2.pdf>. Acesso: 06.06.2008.

GARCIA *et al.* O ensino da Saúde Coletiva e a Escola Médica em mudança: um estudo de caso. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, 28(1), 2004, p. 30-37. http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2004/volume28_1/ensino_da_saude.pdf. Acesso: 06.06.2008.

GENTILE, P. & BENCINI, R. Philippe Perrenoud. Construindo competências – o objetivo agora não é só passar conteúdos, mas preparar – todos – para a vida na sociedade moderna. In: *Nova Escola*, Coluna Fala, Mestre! Setembro de 2000. Disponível em: http://revistaescola.abril.com.br/edicoes/0135/aberto/mt_247407.shtml. Acesso dia: 07/11/2006.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 22(6), 2006, p. 1171-1181. Disponível em: http://www.ceunes.ufes.br/downloads/enferm_download_pesquisa/AtencaoprimaryePSF.pdf. Acesso: 14.07.2007.

GONÇALVES, M. B & MORAES, A. M. S. Inserção dos alunos da primeira série do curso de medicina em serviços de saúde. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*, 27(2), 2003, p. 83-90. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2003/volume27%202/insercao_alunos.pdf. Acesso: 06.06.2008.

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere – volume 2*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

GUATTARI, F. & ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 7ª Ed. ver. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

HAGER, P. & GONCZI, A. What is competence? In: *Medical Teacher*, 18(1), 1996, p. 15-18.

HIJJAR, M. A., OLIVEIRA, M. J. P. R. & TEIXEIRA, G. M. A tuberculose no Brasil e no mundo. *Boletim de Pneumologia Saniária*, v. 9, n. 2, 2001, p.9-16. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2001000200003&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0103-460X. Acesso: 16/11/2008.

IOSCHPE, G. Educação e capitalismo: aliados ou inimigos. In: *Revista Veja*. São Paulo: Editora Abril, 14 de maio, 2008, p. 135-136. Disponível em: http://veja.abril.com.br/140508/p_135.shtml. Acesso dia: 20/08/2008.

KAMKHAGI, V. R. & SAIDON, O. (org). *Análise Institucional no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Espaço e Tempo, 1987.

KARINO, M. E. & GUARIENT, M. H. D. O aprendizado no primeiro estágio de enfermagem: a visão dos alunos. In: *Arquivos de Ciência da Saúde Unipar*, 5(1), 2001, p. 33-39. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/1103/966>. Acesso: 06.06.2008

KUENZER, A. Z. A questão do ensino médio no Brasil: a difícil superação da dualidade estrutural. In: MACHADO, L. R. S. *et al. Trabalho e educação*. Campinas, SP: Papyrus: Cedes; São Paulo: Ande: Anped, 1992, p. 9-23.

LAUDARES, J. B. & QUARESMA, A. G. A pedagogia da Escola do Trabalho na formação integral do trabalhador. In: *Revista Brasileira Estudos Pedagógicos*, 88(220), 2007, p.516-530. Disponível em: <http://www.rbep.inep.gov.br/index.php/RBEP/article/viewFile/1218/1100>. Acesso: 24.07.2008.

LOURAU, R. *A Análise Institucional*. Petrópolis: Editora vozes, 1975.

LOURENÇO FILHO. Prefácio. In: DEWEY, J. *Vida e educação*. Série iniciação e debate. 8ª edição. São Paulo: Edições Melhoramentos, 1973, p. 7-11.

MACHADO, L. R. S. Mudanças tecnológicas e a educação da classe trabalhadora. In: MACHADO, L. R. S. *et al. Trabalho e educação*. Campinas, SP: Papirus: Cedes; São Paulo: Anped, 1992, p. 9-23.

MARKERT, W. Revendo o trabalho como princípio educativo à luz da experiência alemã. In: MACHADO, L. R. S. *et al. Trabalho e educação*. Campinas, SP: Papirus: Cedes; São Paulo: Anped, 1992, p. 103-112.

MARSDEN, M. *Formação de profissionais de saúde: o que se encontra publicado sobre este tema entre 1996 e 2005 em dois periódicos brasileiros de circulação internacional*. Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Saúde Pública orientado por Carlos Otávio Fiúza Moreira. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), 2006

MARTENS, E. & PROSSER, M. What constitutes high quality teaching and learning and how to assure it. In: *Quality Assurance in Education*, 6(1), 1998, p.28-36. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet;jsessionid=6B6319129466AEC98C8BB9FDB9B01EBE?Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/1200060103.html>. Acesso: 10.08.2006.

MATOS, P.E.S. & TOMITA, N.E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20(6), 2004, 1538-1544. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/11.pdf>. Acesso: 31.05.2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, E. A. (org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, p. 41-66.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. – 10^a ed. – São Paulo: Hucitec, 2007.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO & MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes curriculares nacionais para o ensino técnico – área da saúde*. Brasília, 27 de abril de 1999. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/diretrizes_curriculares.pdf. Consulta: 04/03/2008.

MOREIRA, M. A. A teoria da aprendizagem significativa de Ausubel. *Teorias de Aprendizagem*. São Paulo: EPU, 1999, p. 151-165.

MOREIRA, C. O. F. *Entre o indivíduo e a sociedade: um estudo da filosofia da educação de John Dewey*. Coleção estudos CDAPH. Série historiografia. Bragança Paulista: EDUSF, 2002.

NUNES, E.D. A trajetória das Ciências Sociais em Saúde na América Latina: revisão da produção científica. In: *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 40(Esp.), 2006, 64-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30624.pdf>. Acesso: 11.10.2007.

OLIVEIRA, M.S. O Papel dos Profissionais de Saúde na Formação Acadêmica. *Olho Mágico*, 10(2), 2003, p.37-39.

OMS. Declaração de Alma-Ata – conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Consulta dia: 21/05/2006.

PEREIRA, A. L. de F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da Saúde. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(5), 2003, p. 1527-1534. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17825.pdf>. Acesso: 31.05.2008.

PEREIRA, I. B. & RAMOS, M. N. *Educação Profissional em Saúde* (Coleção Temas em Saúde). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PERRENOUD, P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

POMBO-DE-BARROS, C. F. & MARSDEN, M. Reflexões sobre a prática do psicólogo nos serviços de saúde pública. In: *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(1), 2008, p. 112-123. Disponível em: <http://146.164.3.26/seer/lab19/ojs2/index.php/ojs2/article/view/70/168>. Acesso:

PONTES, A. L; REGO, S. & SILVA JUNIOR, A. G. Saber e prática docente na transformação de ensino médico. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(2), 2006, p. 66-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n2/v30n2a09.pdf>. Acesso: 06.06.2008.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. *Portal da saúde*. <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+infecciosas/tuberculose.htm>

RADIS. Quatro dias dourados na Bahia. In: *RADIS - comunicação em saúde*. Rio de Janeiro, nº 61, setembro de 2007, p. 18-27. Publicação na íntegra disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/radis/61/pdf/radis_61.pdf. Acesso: 18.09.2008.

RAMOS, M. Possibilidades e desafios na organização do currículo integrado. In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. & RAMOS, M. (org) *Ensino médio integrado: concepção e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005, p. 106-127.

REZENDE *et al.* Implementando as unidades educacionais do curso de enfermagem da Famema: relato de experiência. In: *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 2006, p. 525-535. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/18.pdf>. Acesso: 06.06.2008.

RIBEIRO, E.C.O. A Educação dos profissionais de saúde na América Latina. Seção livros. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 8(14), 2004, p.197-202.

RIBEIRO, E. C. & LIMA, V. V. Competências Profissionais e Mudanças na Formação. *Olho Mágico*, 10(2), 2003, p. 47-52.

RIBEIRO, F.A. *et al.* A Participação da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos na Formação de RH para o Modelo Assistencial. *Olho Mágico*, 10(2), 2003, p. 77-80.

RUIZ, J. A. *Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos*. 5^a ed. São Paulo: Atlas, 2002.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L. & PINHEIRO, R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: In: CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. de & PINHEIRO, R. (org). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESQ; ABRASCO, 2005, p. 205-227.

SAKAI, M.H. *et al.* Recursos humanos em saúde. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A. & JUNIOR, L.C. (org). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001, p. 111-124.

SAVIANI, D. O choque teórico da politecnicidade. In: *Trabalho, educação e saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 1(1), 2002, p. 131-152. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br//include/mostrarpdf.cfm?Num=41>. Acesso: 21.07.2008.

SPINK, M.J.P & MATTA, G.C. A prática profissional *Psi* na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, M.J.P. (org) *A psicologia em diálogo com o sus: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 25-51.

STRUCHINER, M.; VIEIRA, A.R. & RICCIARDI, R.M.V. Análise do conhecimento e das concepções sobre saúde oral de alunos de odontologia: avaliação por meio de mapas conceituais. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro,

15(sup. 2), 1999, p. 55-68. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1288.pdf>. Acesso: 31.05.2006.

ZERBETTO, S.R. & PEREIRA, M.A.O. O Trabalho do Profissional de Nível Médio de Enfermagem nos Novos Dispositivos de Atenção em Saúde Mental, *Rev Latino-am Enfermagem*. 13(1), 2005, p. 112-117. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a18.pdf>. Acesso: 30.09.2005.

9. BIBLIOGRAFIAS

BAUDELLOT, C. A sociologia da educação: para quê? In: *Teoria & Educação*, 3, 1991, p.29-42.

BIRMAN, J. A physis da Saúde Coletiva. In: *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 1(1), 1999, p.7-11. Artigo republicado no volume 15, suplemento. Esta última edição encontra-se disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a02.pdf>. Acesso: 02/01/2008.

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei de diretrizes e bases da educação nacional*. Promulgada em 20 de dezembro de 1996. Disponível em: <http://www.siope.inep.gov.br/arquivos/leis/ldb.pdf>. Consulta: 22/10/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde, 1999. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_atencao.pdf. Acesso dia: 24/02/2006.

BRASIL. Ministério da Educação. **Seminário Nacional de Educação Profissional – concepções, experiências, problemas e propostas. Documento Base**. Brasília: Ministério da Educação; Secretaria de Educação Média e Tecnológica; Programa de Expansão da Educação Profissional, 2003. Disponível em: <http://www.bvseps.epsjv.fiocruz.br/html/pt/seminarioeducacaoprofissional.htm>. Acesso dia: 26/01/2006.

CAETANO, R. & DAIN, S. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. In: *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 12(1), 2002, p. 11-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a02.pdf>. Acesso: 14/06/2007.

CAMPOS, F.E.; AGUIAR, R.A.T. de & OLIVEIRA, V.B. de. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. In: *PHYSIS*:

Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 12(1), 2002, p. 47-58. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a04.pdf>. Acesso: 14/06/2007.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. In: *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 5(2), 2000, p. 219-230. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>. Acesso: 23/09/2006.

CARVALHO, B.G.; MARTIN, G.B. & CORDONI Jr., L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A. & CORDONI Jr., L. (org). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001. p. 27-59.

CASTILHO, E. A. & COHN, A. Considerações sobre o Provão. In: *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 16(4), 2000, p. 1133-1136. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n4/3617.pdf>. Acesso: 03/06/2006.

CHERCHIGLIA, M. L. & BELISÁRIO, S. A. Os pressupostos para a elaboração da política de Recursos Humanos nos sistemas nacionais de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de Recursos Humanos em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p. 165-168. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politrh.pdf>. Acesso: 28/05/2007

CORBO, A.D. & MOROSINI, M.V.G.C. Saúde da Família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org). *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. (Série Trabalho e Formação em Saúde). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2005, p. 157-181. Publicação na íntegra disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=8&Num=49>. Acesso: 31/08/2008.

CORRÊA, V. As relações sociais na escola e a produção da existência do professor. In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. & RAMOS, M. (org). *Ensino Médio Integrado: concepção e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005, p. 128-147.

CUNHA. M.I. Inovações Pedagógicas: tempos de silencias e possibilidades de

produção. Seção debates. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 7(13), 2003, p.149-151. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista13/debates1.pdf>. Acesso: 12.09.2005.

DESROSIERS & cols. *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes: applications em promotion de la santé et en toxixomanie*. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1998.

FAUSTO, M.C.R. *Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ, 2005.

FAVORETO, C.A.O. & CAMARGO Jr., K.R. de. Alguns desafios conceituais e técnicos-operacionais para o desenvolvimento de Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. In: *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 12(1), 2002, p. 59-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a05.pdf>. Acesso: 14/06/2007.

FRIGOTTO, G. Inovação/ Construção do Conhecimento. Seção debates. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 7(13), 2003, p.154-156. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista13/debates1.pdf>. Acesso: 12.09.2005.

HELENE, O.A.M. A Avaliação da Educação Superior. *Olho Mágico*. 10(2), 2003, p.21-24.

LAURELL, A.C. & SOARES, L.T. Serviços de saúde em grandes cidades Latino-Americanas: o caso da cidade do México/DF. In: *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 12(1), 2002, p. 23-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a03.pdf>. Acesso: 14/06/2007.

LEITE, D. Inovação/Tensão entre Poderes e Saberes... Seção debates. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 7(13), 2003, p.152-153. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista13/debates1.pdf>. Acesso: 12.09.2005.

LEMME, A. C.; NORONHA, G. & RESENDE, J. B. A satisfação do usuário em hospital universitário. In: *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: 25(1), 1991, p. 41-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n1/09.pdf>. Acesso: 31/05/2008.

LUCARELLI, E. Inovación/Esperanza... Seção debates. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 7(13), 2003, p.153-154. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista13/debates1.pdf>. Acesso: 12.09.2005.

MACHADO, J.L.M.; CALDAS JR, A.L. & BORTONCELLO, N.M.F. Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 1(1), 1997, p.147-154. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista1/artigo3.pdf>. Acesso: 11/08/2006.

MASETTO, M. Inovação na Educação Superior. Seção Espaço aberto. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 8(14), 2004, p.197-202. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a17.pdf>. Acesso: 11/08/2006.

MATTOS, R.A. de. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. In: *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 12(1), 2002, p. 77-108. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a06.pdf>. Acesso: 14/06/2007.

MENDES, E. V. *Atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

NARVAI, P.C. Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSF? *Jornal do Site*, Maio, 2001. Disponível em <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/capel8.htm>. Acesso dia: 02/10/2006.

OLIVEIRA, R. Ensino médio e educação profissional – reformas excludentes. In: *Trabalho Crítica*. Florianópolis, Vol. 3, 2002, p. 235-253. Disponível em: <http://www.ppgte.cefetpr.br/gtteamped/trabalhos/t0905205519575.pdf>. Acesso dia: 22/01/2006.

OPAS. *Renovação da atenção primária em saúde nas Américas - Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS*, 2005. Disponível em: http://www.ops-oms.org/portuguese/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf. Acesso em 21/05/2006.

PEREIRA, I.B. Políticas de Saúde e formação do trabalhador. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org). *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. (Série Trabalho e Formação em Saúde). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2005, p. 177-142. Publicação na íntegra disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=8&Num=49>. Acesso: 31/08/2008.

PERRENOUD, P. *A Postura Reflexiva: questão de saber ou de habitus? A Prática Reflexiva no Ofício de Professor: profissionalização e razão pedagógica*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

PEZZATO, L.M.; ANTUNES, M.N.V. & BAGNATO, M.H.S. Textos e contextos das políticas para a educação superior na área da Saúde Coletiva. In: *Anais do VI Congresso Brasileiro e Saúde Coletiva – O sujeito na Saúde Coletiva*, Salvador, 2000.

RAMOS, M. N. Os contextos no ensino médio e os desafios na construção de conceitos. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org), *Temas do Ensino Médio – trilhando identidades*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2004, p. 65-76. Publicação na íntegra disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=53>. Acesso: 31/08/2008.

RIMOLI, J. Análise de uma Intervenção Pedagógica em Centros de Saúde e seu Impacto na Assistência e na Gestão. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES Jr., H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B. & BUENO, W.S. *O trabalho em Saúde – olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p.199-296.

RISTOFF, D. I. Avaliação Institucional: pensando princípios. In: SOBRINHO, J.D. & BALZAN, N.C. (org). *Avaliação Institucional: teoria e experiências*. 2^a ed. São Paulo: Cortez, 2000, p.37-51.

SANTOS, A. F.T. dos. Entre a cooptação e a repressão: capital e trabalho nas reformas educacionais latino-americanas. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org). *Temas do Ensino Médio – trilhando identidades*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2004, p. 49 a 63. Publicação na íntegra disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=53>. Acesso: 31/08/2008.

SCLIAR, M. Literatura e medicina: o território partilhado. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 16(1), 2000, p. 245-248. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1584.pdf>. Acesso: 31.05.2006.

SILVA, R.C. A formação em Psicologia para o trabalho na Saúde Pública. In: CAMPOS, F. C. B. (org). *Psicologia e Saúde – repensando práticas*. Coleção SaúdeLoucura. São Paulo: Hucitec, 1992, p. 25-40.

SOUZA, H.M. et al. Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política de Recursos Humanos em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p. 147-155. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politrh.pdf>. Acesso: 28/05/2007

TORANZOS, L. V. Una Visión Latinoamericana de los Sistemas Nacionales de Evaluación". In: *OEI – Programas – Calidad y Equidad*. Disponível em: <http://www.campus-oei.org/calidad/toranzos3.htm>. Acesso dia: 10/08/2006.

VIEIRA, M. A Gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org). *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. (Série Trabalho e Formação em Saúde). Rio de Janeiro:

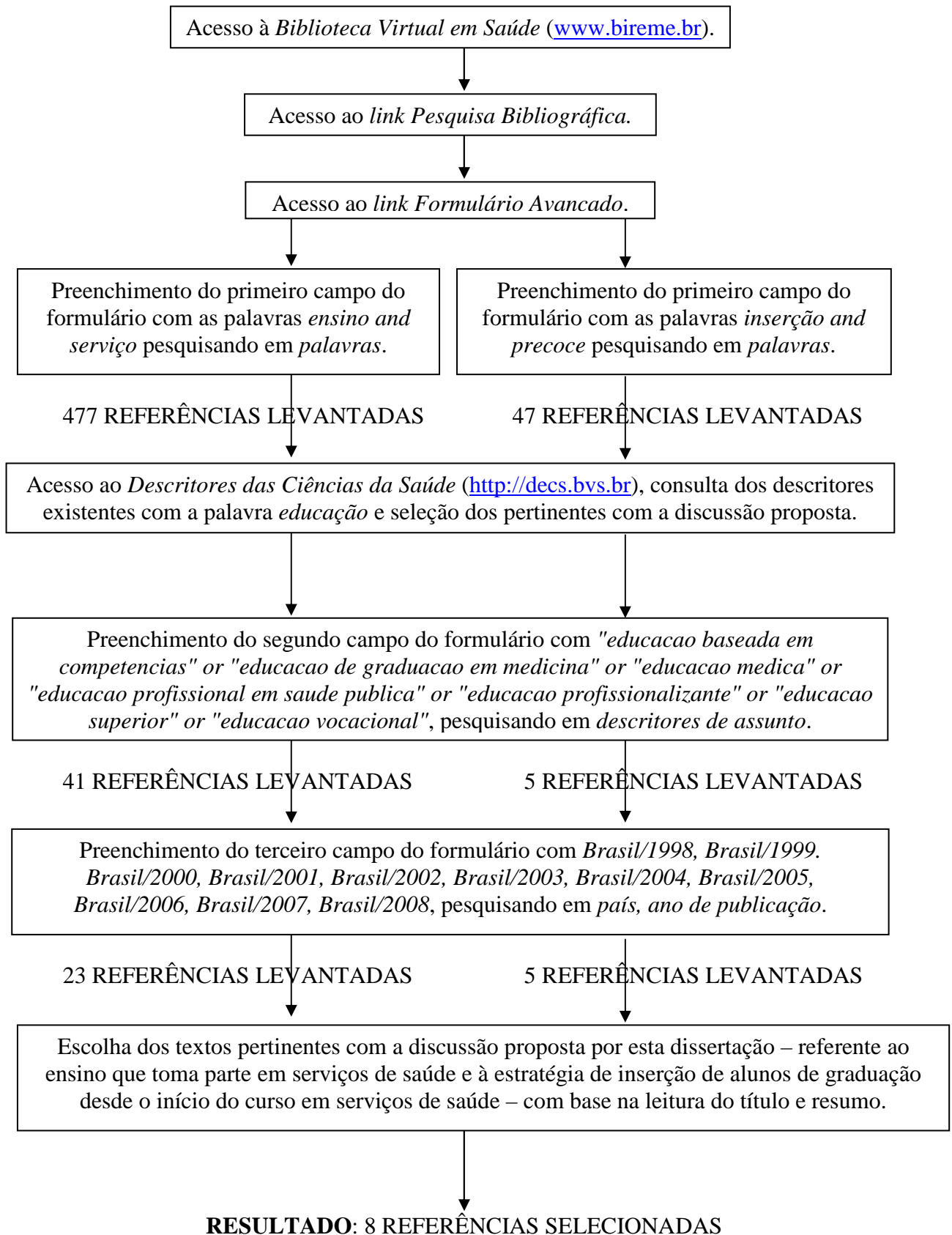
Fundação Oswaldo Cruz, 2005, p. 99-142. Publicação na íntegra disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=8&Num=49>. Acesso: 31/08/2008.

XAVIER, J. & MACHADO, K. Atenção Básica – equipes e unidades de saúde mais perto do cidadão. In: *Revista Radis - comunicação em saúde*, Rio de Janeiro, n° 34, 2005, p. 8-12. Publicação na íntegra disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/radis/pdf/radis_34.pdf. Acesso: 17/05/2007.

ANEXOS

ANEXO I

Resumo esquemático do processo de seleção das referências bibliográficas utilizadas nesta dissertação que debatem o ensino em serviços de saúde e a inserção precoce de alunos de graduação nos serviços de saúde.



ANEXO II

Descritores levantados com a palavra ou termo *educação* (por índice alfabético) – resultado: 56 ocorrências

EDUCAÇÃO INFANTIL

Sinônimo português: Criação da Criança

Definição português: treinamento e a formação das crianças pelos pais ou por substitutos dos pais. Também é usado para práticas de educação infantil nas diferentes sociedades, em diferentes níveis econômicos, em diferentes grupos étnicos, etc. Difere de PÁTRIO PODER pelo fato de que, na educação infantil, a ênfase está no ato de treinar e formar a criança e na interação entre pais e criança, enquanto em PÁTRIO PODER, a ênfase está na responsabilidade dos pais e no fato do seu comportamento servir de exemplo para a criança.

Nota de Indexação Português: precod CRIANÇA ou específico; não confunda com PÁTRIO PODER o qual enfatiza o papel & responsabilidade dos pais em quanto EDUCAÇÃO INFANTIL enfatiza a criação; veja definição mas se há dúvida use o termo do autor

EDUCAÇÃO BASEADA EM COMPETÊNCIAS

Definição português: Programas educacionais projetados para assegurar que os estudantes possam atingir níveis de competência pré-especificados em um determinado campo ou atividade de treinamento. A ênfase está na realização ou objetivos especificados.

EDUCAÇÃO

Sinônimo português: Programas de Alfabetização; Programas de Treinamento

EDUCAÇÃO CONTINUADA

Definição português: Programas educacionais destinados a informar os indivíduos sobre recentes avanços em seu campo particular de interesse. Eles não conduzem a qualquer posição convencional avançada.

Nota de Indexação Português: cursos formais ou informais para o avanço ou para por em dia os conhecimentos: não confunda com EDUCAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO: preparação formal e treinamento especializado ou estudos avançados para a obtenção de um certificado oficial ou uma graduação; inclui cursos de atualização

EDUCAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Definição português: Usada para artigos relativos a educação dental em geral.

EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ODONTOLOGIA

Definição português: Programas educacionais destinados a informar os dentista sobre recentes avanços em seus campos.

Nota de Indexação Português: diferencie de EDUCAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA: veja nota em EDUCAÇÃO CONTÍNUA

EDUCAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Definição português: Programas educacionais para graduados em odontologia que ingressam em uma especialidade. Eles incluem treinamento convencional da

especialidade bem como trabalho acadêmico nas ciências odontológicas básicas e clínicas e podem conduzir a uma certificação ou grau odontológico avançado.

Nota de Indexação Português: diferencie de EDUCAÇÃO CONTÍNUA EM ODONTOLOGIA: veja nota em EDUCAÇÃO CONTÍNUA

SERVIÇO HOSPITALAR DE EDUCAÇÃO

Definição português: Serviço hospitalar responsável pela administração de atividades educativas e instrucionais relativas a saúde para pacientes e funcionários

EDUCAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Definição português: Estudos além do grau de bacharel em uma instituição que mantém programas de graduação com o propósito de preparar o ingresso em um campo específico e a obtenção de um grau mais elevado.

Nota de Indexação Português: diferencie de EDUCAÇÃO CONTÍNUA:

EDUCAÇÃO MÉDICA

Definição português: Uso de artigos em geral que dizem respeito a educação médica.

EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA

Definição português: Programas educacionais destinados a informar os médicos sobre recentes avanços em seu campo.

Nota de Indexação Português: não confunda com EDUCAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: veja nota em EDUCAÇÃO CONTINUADA

EDUCAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Definição português: Programas educacionais para graduados em medicina que ingressam em uma especialidade. Eles incluem treinamento convencional da especialidade bem como trabalho acadêmico nas ciências médicas básicas e clínicas e podem conduzir a uma certificação ou grau médico avançado.

Nota de Indexação Português: diferencie de EDUCAÇÃO MÉDICA CONTÍNUA: veja nota em EDUCAÇÃO CONTÍNUA; Manual da NLM 34.22

EDUCAÇÃO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Definição português: O período da educação em medicina em uma escola médica. Nos Estados Unidos ele sucede ao grau de bacharelado e precede a admissão para o M.D. (Doctor of Medicine).

EDUCAÇÃO NÃO PROFISSIONALIZANTE

Definição português: Educação e treinamento fora daqueles para as profissões.

Nota de Indexação Português: GER ou não especificado; prefira específicos; coord como primário com ocupação específica /educ (como primário)

EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

Definição português: Uso de artigos em geral que dizem respeito a educação em enfermagem.

EDUCAÇÃO TÉCNICA EM ENFERMAGEM

Definição português: Um programa de dois anos em educação em enfermagem em uma comunidade ou em uma universidade que só oferece os dois primeiros anos do

curso conduzindo a um A.D. (Associate Degree). Graduados deste programa estão qualificados para o exame formal para licenciamento como RN (Registered Nurse).

EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM

Definição português: Programas educacionais destinados a informar as enfermeiras sobre recentes avanços em seus campos.

Nota de Indexação Português: diferencie de EDUCAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: veja nota em EDUCAÇÃO CONTÍNUA; cursos especiais, seminários, etc.

EDUCAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Definição português: Aquelas atividades educacionais comprometidas com a obtenção de um grau de bacharel em enfermagem, os quais são primariamente destinados a prepará-las para ingressarem em um campo específico da enfermagem e pode conduzir a certificação ou a um grau mais avançado.

Nota de Indexação Português: diferencie de EDUCAÇÃO CONTÍNUA EM ENFERMAGEM: veja nota em EDUCAÇÃO CONTÍNUA; levando a mestrado ou doutorado

EDUCAÇÃO DO DEFICIENTE MENTAL

Sinônimo português: Educação do Retardado Mental; Educação de Deficientes Mentais

Definição português: O ensino ou treinamento daqueles indivíduos com funcionamento intelectual abaixo do normal.

EDUCAÇÃO EM FARMÁCIA

Definição português: Instrução convencional, aprendizado e treinamento na preparação, aviamento e utilização apropriada das drogas no campo da medicina.

EDUCAÇÃO CONTINUADA DE FARMÁCIA

Definição português: Programas educacionais destinados a informar os farmacêuticos diplomados sobre recentes avanços em seu campo específico.

Nota de Indexação Português: diferencie de EDUCAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA: veja nota em EDUCAÇÃO CONTÍNUA

EDUCAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

Definição português: Programas educacionais para farmacêuticos que tenham grau de bacharel ou um grau de Doutor em Farmácia que ingressam em um campo específico da farmácia. Eles podem conduzir a um grau avançado.

Nota de Indexação Português: diferencie de EDUCAÇÃO CONTÍNUA EM FARMÁCIA: veja nota em EDUCAÇÃO CONTÍNUA

EDUCAÇÃO PRÉ-ODONTOLÓGICA

Definição português: Educação preparatória reunindo os requisitos para admissão na escola de odontologia.

EDUCAÇÃO PRÉ-MÉDICA

Definição português: Educação preparatória reunindo os requisitos para admissão na escola de medicina.

EDUCAÇÃO PROFISSIONALIZANTE

Definição português: Educação convencional e treinamento para a prática de uma profissão.

EDUCAÇÃO ESPECIAL

Definição português: Educação do indivíduo que notadamente diverge intelectualmente, fisicamente, socialmente ou emocionalmente daqueles considerados normais e assim requer instrução especial.

EDUCAÇÃO EM VETERINÁRIA

Definição português: Usado para artigos em geral que dizem respeito a educação em veterinária.

EDUCAÇÃO FÍSICA E TREINAMENTO

Sinônimo português: Educação e Treinamento Físico

Definição português: Programa de instruções para o cuidado e desenvolvimento do corpo, frequentemente em escolas. O conceito não inclui exercícios prescritos que são TERAPIA POR EXERCÍCIO.

Nota de Indexação Português: educativo" & "frequentemente nas escolas": diferencie de EXERCÍCIO (veja definição lá), de GINÁSTICA (veja nota lá) & de TERAPIA POR EXERCÍCIO (exercício prescrito & atividade física)

EDUCAÇÃO SEXUAL

Definição português: Educação que aumenta o conhecimento dos aspectos funcionais, estruturais e comportamentais da reprodução humana.

APOIO AO DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Subvenções e Subsídios para Educação

Empréstimos para Estudantes

Subsídios para Educação

UNITED STATES DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Definição português: Um departamento de gabinete do Ramo Executivo no Governo dos Estados Unidos preocupado com a administração das agências e escritórios que contêm programas pertinentes aos serviços humanos e a saúde.

Nota de Indexação Português: inclua ESTADOS UNIDOS (como secundário); para apoio à pesquisa por esta agência use o precod RESEARCH SUPPORT, U.S. GOV'T, NON-P.H.S.

EDUCAÇÃO VOCACIONAL

Definição português: Educação para meios de vida ou ocupações específicas.

MAINSTREAMING (EDUCAÇÃO)

Definição português: Se refere com mais freqüência à integração de uma criança fisicamente ou mentalmente inválida na classe regular de seus pares normais e provisão apropriada do programa educacional determinado.

EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Educação Nutricional

Definição português: Educação das pessoas visando uma melhoria geral do estado nutricional através da promoção de hábitos alimentares adequados, eliminação de práticas dietéticas inadequadas, introdução de melhores práticas de higiene dos alimentos e um uso mais eficiente dos recursos alimentares.

Nota de Indexação Português: Programas de Nutrição Aplicada

/EDUCAÇÃO

Definição português: Usado para educação, programas de treinamento e cursos nos vários campos e disciplinas. Usado também para treinamento de grupos de pessoas.

Nota de Indexação Português: somente qualificador; inclui "treinamento", "ensino", "currículo"; para o ensino por parte dos professores, o aprendizado de alunos & cursos ministrados; veja definição

PESQUISA EM EDUCAÇÃO DE ENFERMAGEM

Sinônimo português: pesquisa educacional em enfermagem.

Definição português: Investigação sobre os problemas de integrar achados de pesquisas nos currículos de enfermagem, desenvolvendo habilidades para resolver problemas, de encontrar abordagens para o ensino clínico, determinando o nível de prática dos graduados de diferentes disciplinas (preparations) básicas, etc.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Sinônimo português: Educação Sanitária; Educação para a Saúde Comunitária

Definição português: educação em saúde objetiva desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade, como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade, para com a saúde, tanto individual como coletivamente.

Nota de Indexação Português: educação do público em geral ou de indivíduos; educação dos pacientes dentro & fora do hospital = EDUCAÇÃO DO PACIENTE COMO ASSUNTO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Definição português: Educação que [permite] aumentar a consciência, influenciando favoravelmente as atitudes e o conhecimento relativos à melhora da saúde dental (em termos individuais e comunitários).

EDUCAÇÃO DE PACIENTES COMO ASSUNTO

Definição português: Ensino e treinamento de pacientes em relação às suas próprias necessidades de saúde

Nota de Indexação Português: não confunda com o Tipo de Publicação PROSPECTO PARA EDUCAÇÃO DE PACIENTES

INTERVENÇÃO PRECOCE (EDUCAÇÃO)

Sinônimo português: estimulação precoce

Definição português: Procedimentos e programas que facilitam o desenvolvimento ou aquisição de habilidades nas crianças pequenas e crianças jovens que têm inaptidão, que correm o risco de desenvolver inaptidão ou que são talentosas. Inclui programas que são projetados para prevenir condições difíceis em programas centrados em crianças pequenas, crianças jovens e na família, projetados para afetar o funcionamento de crianças pequenas e crianças com necessidades especiais.

Nota de Indexação Português: restrinja a procedimentos para desenvolvimento de habilidades em crianças com necessidades especiais: não use para intervenção precoce em várias doenças orgânicas & sistêmicas

EDUCAÇÃO AMBIENTAL

Sinônimo português: Educação em Engenharia Sanitária; Educação em Saúde

EDUCAÇÃO EM ENGENHARIA SANITÁRIA

Definição português: Use para a formação universitária. Inclui planos, programas de estudo, currículos, níveis e especialidades

EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Sinônimo português: Cursos por Correspondência; Aprendizado a Distância .

Definição português: Educação por meios de comunicação (correspondência, rádio, televisão, redes de computador) com pequeno ou nenhum contato face-a-face entre os estudantes e professores.

Nota de Indexação Português: não confunda com INSTRUÇÃO POR COMPUTADOR

DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE

Sinônimo português: Determinação das Necessidades de Saúde; Avaliação das Necessidades de Cuidados de Saúde; Determinação de Necessidades de Educação

Definição português: Identificação sistemática das necessidades de uma população ou a avaliação dos indivíduos para determinar o nível mais adequado das necessidades de serviço.

EDUCAÇÃO EM DESASTRES

Definição português: Atividades ou medidas de treinamento, capacitação, instrução, dirigidas à população institucional e comunitária em busca de um trabalho coordenado e planejado em matéria de desastres, um conhecimento certo das causas dos desastres e fundamentalmente, uma mudança nos padrões de conduta da população

PLANOS E PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO EM DESASTRES

Definição português: Instrumentos projetados com o propósito de alcançar a educação em desastres, nos quais se definem no espaço e no tempo os meios utilizáveis para consegui-lo. Contemplam-se metas, estratégias, políticas, diretrizes e táticas, assim como os instrumentos e ações que se utilizarão para se chegar ao fim desejado.

EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR

Não tem definição.

EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL E MÉDIO

Sinônimo português: Educação Primária e Secundária

EDUCAÇÃO SUPERIOR

Sinônimo português: ensino superior

PROSPECTO PARA EDUCAÇÃO DE PACIENTES

Definição português: Trabalhos consistindo em um prospecto ou material informativo usado para explicar um procedimento, ou uma condição, ou os conteúdos de um artigo específico em uma revista biomédica, escrito em linguagem não técnica dirigido ao paciente ou ao consumidor.

EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

Definição português: Educação e treinamento em SAÚDE PÚBLICA para a prática da profissão.

Nota de Indexação Português: educ de público geral a respeito de assuntos de saúde pública = SAÚDE PÚBLICA/educ

POLÍTICA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

Definição português: Conjunto de elementos orientadores para la educación superior como acreditación y evaluación de cursos de postgrado, formación de docentes, áreas prioritarias y programas de estímulo y evaluación de investigadores académicos.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA

Sinônimo português: UNESCO.

Definição português: La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) nació el 16 de noviembre de 1945. El objetivo que la Organización se ha propuesto es amplio y ambicioso: construir la paz en la mente de los hombres mediante la educación, la cultura, la ciencia y la comunicación. Hoy en día, la UNESCO desempeña la función de laboratorio de ideas y organismo normativo para forjar acuerdos universales sobre las cuestiones éticas de nuestro tiempo. La Organización cumple también el papel de centro de intercambio de información para difundir y compartir datos y conocimientos, y al mismo tiempo ayuda a sus Estados Miembros a fomentar sus capacidades humanas e institucionales en distintos ámbitos. En pocas palabras, la UNESCO promueve la cooperación internacional entre sus 190 Estados Miembros y Miembros Asociados en los ámbitos de la educación, la ciencia, la cultura y la comunicación. (http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=3328&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html, Octubre 2003).

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS IBERO-AMERICANOS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA

Sinônimo português: OEI

ORGANIZAÇÃO NACIONAIS DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

Definição português: Organismos nacionales que atuam na área de educação superior e pós-graduação.

EDUCAÇÃO DA POPULAÇÃO

Definição português: Transmisión de conocimientos científicos y técnicos necesarios para que la comunidad pueda valorar y tomar decisiones sobre temas que afectan la sociedad, de forma a permitir una participación ciudadana más equitativa,

responsable y desarrollada. La ciencia, como integrante social de la cultura, debe ocupar un lugar destacado en la educación.
(<http://cys.bvsalud.org/lildbi/docsonline/4/3/034-Chile-Ciencia2000.pdf>).

Anexo III

Estrutura da Iniciação à Educação Politécnica em 2008

	EIXO TEÓRICO	EIXO PRÁTICO
1º SEMESTRE	<p>SAÚDE</p> <p>Concepções de saúde-doença. Saúde, território e sociedade. Noções de epidemiologia e informação. Modelos assistenciais.</p>	<p>TRABALHO DE INTEGRAÇÃO</p> <p>Objetivos: diversificação de cenários de aprendizagem, iniciação à pesquisa, leitura e redação, aproximação das práticas de saúde.</p>
2º SEMESTRE	<p>POLÍTICA</p> <p>Concepções de política. Sociedade, Estado e Cidadania. Políticas de Saúde</p> <p>TRABALHO</p> <p>Dimensão histórica e ontológica do trabalho. Trabalho em Saúde. Gestão e Planejamento</p>	<p>Objetivo: Discutir uma questão de saúde e uma política referente à mesma.</p> <p>Objetivo: Discutir a organização de um serviço de saúde e do processo de trabalho em saúde.</p>
3º SEMESTRE	<p>CIÊNCIA</p> <p>Concepção de ciência. Conhecimento científico e senso comum. Metodologia de pesquisa. Informação e saúde.</p>	<p>OFICINA DE LEITURA</p> <p>Objetivo: Leitura e produção de texto científico. Difusão do conhecimento.</p>
4º SEMESTRE		<p>O texto científico. O projeto de pesquisa.</p> <p>Metodologia de pesquisa. Orientação coletiva do objeto de monografia.</p>