



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

César Augusto Paro

**Formação em saúde coletiva e integralidade:
saberes e práticas de ensino em cenários diversificados de aprendizagem**

Rio de Janeiro

2017

César Augusto Paro

**Formação em saúde coletiva e integralidade:
saberes e práticas de ensino em cenários diversificados de aprendizagem**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

P257 Paro, César Augusto.
 Formação em saúde coletiva e integralidade: saberes e práticas de ensino em cenários diversificados de aprendizagem / César Augusto Paro. – 2017. 146 f.

 Orientadora: Roseni Pinheiro.

 Dissertação (mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

 1. Educação profissional em saúde pública – Teses. 2. Prática de saúde pública – Teses. 3. Estágios – Teses. 4. Integralidade em saúde – Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614:37

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

César Augusto Paro

**Formação em saúde coletiva e integralidade:
saberes e práticas de ensino em cenários diversificados de aprendizagem**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 16 de fevereiro de 2017.

Orientadora: Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Elaine Teixeira Rabello
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira
Universidade Federal de São Carlos

Prof.^a Dra. Neide Emy Kurokawa e Silva
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas e todos que lutam pelo fortalecimento do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) e da garantia da saúde como um direito.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro pela parceria constituída para a realização desta investigação e pela oportunidade de criar espaços para exercer a minha capacidade de pensar durante o mestrado.

Aos docentes e técnico-administrativos do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), em especial, aos da Área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, em que pude me fazer docente e aprender muito sobre o exercício da docência.

Aos meus educandos, principalmente os do curso de graduação em saúde coletiva, com os quais pude aprender muito.

Aos docentes, técnico-administrativos e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), por trilharem comigo no processo de um devir-sanitarista.

Aos meus amigos pelo apoio que sempre recebi e por entenderem que este trabalho é um dos responsáveis pelas minhas eternas ausências.

A minha família e, em especial, à minha mãe, que, mesmo de muito longe, sempre me enviava boas energias.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa concedida.

Às dificuldades, à perseverança e, enfim, ao amadurecimento.

A educação é o ponto em que decidimos se amamos o mundo o bastante para assumirmos a responsabilidade por ele e, com tal gesto, salvá-lo da ruína que seria inevitável não fosse a renovação e a vinda dos novos e dos jovens.

Hannah Arendt

RESUMO

PARO, César Augusto. *Formação em saúde coletiva e integralidade: saberes e práticas de ensino em cenários diversificados de aprendizagem*. 2017. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

A graduação em saúde coletiva trata-se de uma novidade no cenário nacional, trazendo consigo uma diversidade de apostas, expectativas e possibilidades com vistas ao fortalecimento da concretização do ideário do movimento da reforma sanitária brasileira. Dada a importância que a integralidade em saúde possui no cenário da saúde coletiva brasileira, este princípio constitucional deve estar refletido nas práticas profissionais destes futuros sanitaristas, o que aponta também para a necessidade de uma prática formativa norteada pela integralidade. Esta dissertação teve como objetivo compreender valores, sentidos e significados que emergem das práticas de ensino na graduação em saúde coletiva sob a perspectiva da integralidade. Tratou-se de uma investigação de natureza qualitativa do tipo exploratória com uma proposição observacional a partir das experiências formativas dos estudantes em cenários diversificados de aprendizagem. O campo e a unidade de análise desta pesquisa foram as disciplinas teórico-práticas “Atividades Integradas em Saúde Coletiva” (AISC) do curso de graduação em saúde coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, incluindo todas as oito AISC ofertadas ao longo do curso. As técnicas de coleta de dados foram: análise documental do projeto político-pedagógico do curso e programas das disciplinas, observação participante das práticas de ensino nos cenários diversificados de aprendizagem e entrevistas com estudantes que vivenciaram estas práticas de ensino. Os depoimentos dos entrevistados e registros do diário de campo foram categorizados segundo os campos de atuação propostos no EnsinaSUS, sendo discutidos e interpretados a partir de referenciais teóricos da saúde coletiva, das ciências sociais e humanas e da pedagogia. Foram realizadas observações de quatro campos de práticas e entrevistados 15 graduandos de distintos períodos do curso. A propositura das AISC nos documentos institucionais afirma a integralidade como um eixo de formação no curso. No entanto, nem sempre estas orientações ético-políticas se efetivaram nas práticas concretas destes estudantes, como foi possível observar em diversos relatos e depoimentos analisados. Nos dados analisados, foram identificados os diversos atores envolvidos e as interações que estes produzem nas instituições, evidenciando consonâncias e dissonâncias desta formação com a perspectiva da integralidade. Algumas experiências representaram relações singulares entre processos de trabalho e de ensino e mostraram-se positivas não só para a formação dos estudantes, mas também para a qualidade do cuidado prestado. Nestes casos, os cenários de aprendizagem descritos e discutidos foram verdadeiros espaços para a incorporação/produção do cuidado em saúde, permitindo que os estudantes apreendessem a realidade e exercitassem o seu potencial criativo de articulação entre saberes e fazeres para dar respostas concretas às situações encontradas por meio de práticas cuidadoras. No entanto, também foram identificadas experiências pouco amistosas à integralidade, o que sinaliza a necessidade de maior preparo do corpo docente para uma formação para a integralidade e também de educação permanente em saúde para os preceptores do serviço.

Palavras-chave: Educação profissional em saúde pública. Prática de saúde pública. Graduação em Saúde Coletiva. Estágios. Integralidade em saúde.

ABSTRACT

PARO, César Augusto. *How integrality in health is approached in undergraduate public health education: a study of the acquired knowledge and practices in several learning scenarios*. 2017. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The undergraduate public health is an innovation in Brazil. It brings a diversity of bets, expectations and possibilities to the goals of the movement for Brazilian health reform. The integrality in health has a lot of importance in the Brazilian public health and this constitutional principle must be reflected in the professional practices of those futures sanitarians. Therefore, it is necessary a public health education approached by the integrality in health. This dissertation aimed to comprehend values and meanings that appear in undergraduate public health education by the integrality in health perspective. It was an exploratory qualitative research with an observational method that investigated the education of the students in several learning scenarios. The units of analysis were the entire eight practice-theoretical discipline “Integrated Activities in Public Health” (AISC - Portuguese acronym) of the undergraduate course on public health at the Institute of Public Health Studies of the Federal University of Rio de Janeiro. The data collection techniques were the document analysis of the course’s political pedagogical project and the disciplines’ programs, the participant observation of the education practices in several learning scenarios, and the interviews with students that took AISC. The data were categorized according the EnsinaSUS’ fields of activities and analyzed and interpreted with the theoretical approaches of the public health, the human and social sciences, and the pedagogy. There were observed four learning scenarios and interviewed 15 students of different years. The document analyses reveals that integrality in health is a pivot in the course. However, it was observed in the data that the ethical-political orientations did not materialize all the time in the education practice. The research revealed the many actors involved in the education practices and their interactions at the institutions, as well as the consonances and dissonances of the education by the integrality in health approach. Some experiences presented singular relations between work and education processes. Those relations were positives to the students’ education and the health care’s improvement. The learning scenarios described and analyzes in those cases were really places to the incorporation and production of the health care. They allowed the students to apprehend the reality and to exercise their creative potential of articulation between knowledges and practices to give careness responses to the concrete situations. Nevertheless, there were also observed experiences without integrality in health. Those situations implies the necessity of teacher’s qualification to an education for integrality in health and permanent education in health to the preceptors.

Keywords: Education, public health professional. Public health practice. Undergraduate on public health. Internships. Integrality in health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Categorias para a análise das entrevistas e dos registros do diário de campo	45
Quadro 2 –	Enfoques das AISC do curso de graduação em saúde coletiva do IESC/UFRJ	47
Quadro 3 –	Técnica de pesquisa utilizada em cada um dos cenários de aprendizagem investigados	53
Quadro 4 –	Caracterização dos estudantes entrevistados	54
Quadro 5 –	Caracterização dos atores dos cenários de aprendizagem observados e número de observações realizadas	56
Quadro 6 –	Caracterização das AISC a partir da análise documental	57
Quadro 7 –	Carga horária, atividades previstas e locais de práticas das AISC, segundo PPP	146

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AISC	Atividades Integradas em Saúde Coletiva
AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
AVS	Agente de Vigilância em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAP	Coordenadoria de Atenção Primária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCIH	Centro de Controle de Infecção Hospitalar
CdP	Comunidade de Práticas
CEDAE	Companhia Estadual de Água e Esgotos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Coordenação de Emergência Regional
CIVES	Centro de Informação em Saúde para Viajantes
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COMGRAD	Comissão de Graduação
CSHS	Área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DVS	Divisão de Vigilância em Saúde
DVST	Divisão de Saúde do Trabalhador
EPI	Área de Epidemiologia e Bioestatística
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ERP	Estimativa Rápida Participativa
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FEEMA	Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente
FGSC	Fórum de Graduação em Saúde Coletiva
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
IMS	Instituto de Medicina Social
INPE	Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais
LACEN	Laboratório Central
LAPPIS	Laboratório de Pesquisas sobre as Práticas de Integralidade em Saúde
MAPP	Método Altadir de Planejamento Popular
MEC	Ministério da Educação
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NVEH	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
ONG	Organizações Não-Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PPP	Projeto Político-Pedagógico
PPS	Área de Políticas e Planejamento em Saúde
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAPdaSaúde	Rede de Adolescentes e Jovens Promotores da Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Reuni	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	Sistema de Agravos de Notificação
SISVISA	Sistema de Informação da Vigilância Sanitária
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMV	Área de Saúde Mental e Violências
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VISA	Unidade de Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1	OBJETIVOS	32
1.1	Objetivo Geral	32
1.2	Objetivos Específicos	32
2	ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	34
2.1	Técnicas de pesquisa e análise dos dados	36
2.1.1	<u>Análise documental</u>	38
2.1.2	<u>Observação participante</u>	39
2.1.3	<u>Entrevista</u>	43
2.2	Campo e unidade de análise	45
2.3	Compartilhamento do processo e dos resultados com os interessados	47
2.4	Considerações de ordem ética	49
2.5	Da implicação do pesquisador no campo	49
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
3.1	Caracterização dos sujeitos e cenários de aprendizagem	52
3.2	Temas de análise	71
3.2.1	<u>Acolhimento e responsabilização</u>	71
3.2.2	<u>Interinstitucionalidade</u>	76
3.2.3	<u>Autonomia do usuário</u>	83
3.2.4	<u>Resolutividade</u>	87
3.2.5	<u>Permeabilidade ao controle social</u>	90
3.2.6	<u>Ampliação da clínica</u>	94
3.2.7	<u>Trabalho multiprofissional e transdisciplinar</u>	102
3.2.8	<u>Ação intersetorial</u>	105
3.2.9	<u>Práticas locais de ensino na saúde</u>	109
3.2.10	<u>Alteridade com os usuários</u>	114
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
	REFERÊNCIAS	130
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista	143

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	144
ANEXO – Detalhamento das AISC no PPP	146

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A minha inserção no campo da saúde coletiva ocorreu desde minha graduação na Universidade Estadual de Campinas, quando busquei traçar um itinerário formativo que congregasse *experienciações* neste campo de saberes e práticas para além das atividades já ofertadas na estrutura curricular do curso de fonoaudiologia.

Neste sentido, participei de diversas atividades no âmbito do ensino, pesquisa e extensão na passagem pela universidade, seja no interior do próprio curso de fonoaudiologia (donde se destaca duas iniciações científicas no campo da saúde coletiva e monitoria na disciplina de fonoaudiologia comunitária), quanto no interior do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas (donde se destaca participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde e representação discente em comissões). Atividades do movimento estudantil também compuseram esta minha vivência, como, por exemplo, a facilitação e organização do Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – VER-SUS.

Este trajeto me provocou a buscar a formação de sanitarista, fazendo com que eu cursasse a residência multiprofissional em saúde coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Minha afeição especificamente com a área de política, planejamento e administração em saúde me levou a cursar a especialização em gestão de saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Nesta mesma instituição, ingressei no curso de mestrado visando a formação para a docência universitária, me integrando às atividades do Laboratório de Pesquisas sobre as Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS). Concomitante a esta minha entrada numa formação formal para a docência, me desafiei a também me formar como docente na prática, sendo professor substituto para o curso de graduação em saúde coletiva na área de ciências sociais e humanas em saúde do IESC/UFRJ.

Em todas estas passagens, a temática da formação profissional em saúde sempre me gerou afetações, inquietações e angústias: como formar profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS)? Como formar profissionais de saúde para uma atuação sob o eixo da integralidade?

Ser docente de um curso de graduação ainda em processo de consolidação atualizou todas estas dúvidas e tensões, assim como tem me gerado desafios cotidianamente. Nos dois anos em que atuei neste curso, fui professor responsável de quatro das oito disciplinas teórico-

práticas que são unidades de análise dessa investigação: Atividades Integradas em Saúde Coletiva II, III, VII e VIII (nestas duas últimas, tutei os cenários de aprendizagem da ABIA, CEPIA, Ministério Público e Programa Saúde na Escola).

Apesar da relevância do contato com cenários diversificados de aprendizagem que são ofertados por estas disciplinas para a formação de sanitaristas, estas comumente possuem grandes críticas do corpo discente, assim como resistência do corpo docente permanente em ministrá-las. Deste modo, busquei propor algumas inovações pedagógicas de modo que as vivências proporcionadas por estas disciplinas nos cenários diversificados de aprendizagem pudessem de certo modo atender a uma formação de sanitaristas norteada pelo princípio da integralidade. A maior diversificação de cenários, a maior integração com os serviços, o fortalecimento dos espaços dialógicos de construção compartilhada do conhecimento e a adequação do processo de tutoria às dinâmicas dos campos de práticas foram algumas das estratégias que esbocei visando alcançar este ideal.

Busco refletir nesta dissertação sobre a temática da perspectiva da integralidade na formação de graduandos em saúde coletiva, com vistas a contribuir com o avanço da discussão acadêmico-científica na área e com o avanço dos processos formativos em saúde, contribuindo para a consolidação do SUS. Espero poder contribuir com o processo de reforma curricular dos cursos de graduação em saúde coletiva, principalmente o da UFRJ, dado que com a futura implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para esta graduação e já com a experiência de formação das turmas iniciais, diversos aspectos curriculares poderão ser aprimorados afim de concretizar, conforme preconiza a proposta de DCN mais recente, uma formação "ampla, crítica, reflexiva e ética, **sob a perspectiva da integralidade** na atenção à saúde" (ABRASCO, 2015, p. 2, grifo nosso).

Para tal empreendimento, iniciarei esta seção abordando as discussões sobre o campo da saúde coletiva e a figura do sanitarista, para, posteriormente, tematizar a formação em saúde, e, mais especificamente, do graduando em saúde coletiva e a sua inserção em cenários diversificados de aprendizagem sob a perspectiva da integralidade.

O campo da saúde coletiva é marcado por tensões epistemológicas, não havendo consensos sobre a sua definição. Entendido como um campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, tanto teóricos como políticos, caracteriza-se por ser multiparadigmático, interdisciplinar e formado pela presença de tipos distintos de disciplinas em um largo espectro. As ciências sociais e humanas, a epidemiologia e a política e planejamento são considerados os três grandes espaços/formações disciplinares que configuram tal campo (NUNES, 2014).

Apesar de uma constituição recente de menos de quatro décadas, Nunes (1994) demonstra que as bases para a emergência de um projeto denominado de saúde coletiva se inscrevem em momentos históricos anteriores, como no projeto preventivista e na medicina social. Esta nova proposta emerge como corrente de pensamento, como movimento social e como prática teórica, dimensionando o coletivo na construção de seu objeto. Repensa a saúde em uma dimensão ampliada, não como mera ausência de doença, mas de um complexo processo que envolve questões epidemiológicas, sociais, culturais, econômicas, ambientais e demográficas.

Dentre os pressupostos básicos que compõem o marco conceitual do campo da saúde coletiva, Paim e Almeida Filho (2000) identificam noções como: i) a saúde articulada à estrutura da sociedade por meio de suas instâncias econômica e político-ideológica, possuindo, portanto, uma historicidade; ii) as ações de saúde constituem uma prática social, trazendo consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais; iii) o objeto da saúde coletiva é construído nos limites entre o biológico e o social, compreendendo a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, assim como o estudo da historicidade dos saberes e das práticas sobre os mesmos; e iv) o conhecimento não se dá pelo contato com a realidade, mas pela compreensão das suas leis e pelo comprometimento com as forças capazes de transformá-la.

A complexidade do campo da saúde coletiva evidencia-se no seu hibridismo epistemológico, coexistindo duas lógicas de “regime de produção de verdades”: uma lógica teórico-epistemológica de produção de conhecimento – seja interpretativa ou explicativa (dependendo da área disciplinar onde se origina) – e uma lógica operativa e pragmática de eficácia, decorrente da intervenção normativa na ordem da vida visando à erradicação ou controle do adoecimento coletivo (LUZ, 2009).

Luz (2006, p. 29) remete a saúde coletiva a uma “encruzilhada” de saberes e práticas de lógicas distintas, identificando algumas de suas características:

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

O caráter histórico e social da saúde coletiva obriga reconhecer, teórica e empiricamente, que esta congrega um conjunto de práticas que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde. Isto faz com que sua preocupação seja com a “saúde do

público, dos indivíduos, grupos étnicos, gerações, castas, classes sociais, populações” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 312).

A saúde coletiva assentou-se num triedro articulando saber, ideologia e prática. Seu trabalho apresenta dimensões técnica, econômica, política e ideológica, apresentando como valores centrais a solidariedade, a igualdade, a justiça e a democracia e, como componente ético-político a emancipação dos seres humanos e a preservação do meio ambiente (PAIM; PINTO, 2013).

A relação da saúde coletiva com o campo da saúde é tanto de um movimento intelectual e moral, influenciando os saberes e práticas de outras categorias e atores sociais, como também de um núcleo, que apresenta uma concentração nuclear de saberes e práticas. Deste segundo plano de inserção, deriva-se a figura do sanitário, profissional com formação específica no núcleo da saúde coletiva (CAMPOS, 2000).

Discute-se sobre a ideia de se graduar profissionais em saúde coletiva há mais de duas décadas no Brasil¹. Até então, a formação em saúde coletiva dava-se por meio do seu ensino em diferentes cursos de graduação da área da saúde (medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, dentre outros), assim como em programas de pós-graduação *stricto* (mestrado e doutorado) e *lato sensu* (especialização e residência) (BOSI; PAIM, 2009).

A proposta de formação em saúde coletiva no nível de graduação justificou-se na necessidade de antecipar a formação do sanitário, buscando formar quadro de profissionais que contribuíssem na consolidação da reforma sanitária e do SUS (TEIXEIRA, 2003, p. 236, grifo do autor):

O SUS precisa de um graduado em saúde coletiva, com perfil profissional que o qualifique como *um ator estratégico* e com identidade específica não garantida por outras graduações disponíveis. Portanto, longe de se sobrepor aos demais integrantes da equipe de saúde, esse novo ator vem se associar de modo orgânico aos trabalhadores em saúde coletiva.

Por sanitário, entende-se um profissional que tem como perfil geral o conhecimento das doenças, agravos, riscos e determinantes voltados para os aspectos que, de forma coletiva, facilitam ou obstaculizam sua ocorrência ou seu progresso, reservando o atendimento personalizado aos doentes para os tradicionalmente graduados para atendê-los. Neste sentido, a sua formação prescinde dos conhecimentos clínicos e terapêuticos específicos – que são

¹ No contexto internacional, há uma diversidade de experiências de cursos relacionados à saúde coletiva e áreas afins abrangendo países distintos, notadamente países desenvolvidos (LEE, 2008; UFRJ, 2003). Bass, Guttmacher e Nezami (2008) analisam três experiências americanas de cursos na área e ponderam que o aumento de programas nesta área vem ao encontro às necessidades nacionais e internacionais de fortalecimento de profissionais na saúde pública.

requeridos dos profissionais voltados para o atendimento de cada indivíduo isoladamente (PAIM, 2006).

Castellanos et al. (2013a) destacam três motivações que justificam a implantação da graduação em saúde coletiva no país: i) o aumento da demanda por profissionais com formação específica em saúde coletiva para atuar no SUS, sistema que encontra-se em expansão; ii) o acúmulo de experiências de ensino em pós-graduação e em outros cursos de graduação no país; e iii) a propulsão de uma nova força mobilizadora do processo de reforma sanitária brasileira, a partir de um novo ator social no campo da saúde coletiva, comprometido com os princípios e valores éticos e políticos que inspiram tal reforma.

Dentre os contextos político-institucionais que estão relacionados à abertura destes cursos, aparecem referências como as “Funções Essenciais de Saúde Pública” da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que exigem a construção de competências dos profissionais de saúde para dar resposta às necessidades dos serviços, o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni)² do Ministério de Educação que pressiona para a abertura de novas graduações nas universidades públicas e as DCN³ que preconizam uma formação mais abrangente do profissional de saúde (KOIFMAN; GOMES, 2008).

Bosi e Paim (2010, p. 2037) acreditam que “a saúde coletiva encontra-se, na atualidade, em condições de maturidade teórica, metodológica, tecnológica e operativa suficientes para definir competências e articular valores que permitam a configuração de novas modalidades de profissionalização em saúde”, tal qual a graduação em saúde coletiva. Do ponto de vista da sociologia das profissões, a saúde coletiva possui os dois atributos

² O Reuni foi instituído em 2007 e tinha como diretrizes principais a proposição do aumento de vagas de ingressos (principalmente noturnos) e a determinação da diversificação das modalidades de graduação (BRASIL, 2007).

³ As DCN constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser adotadas pelas instituições de ensino superior. Foram criadas no início dos anos 2000, a partir de discussões que já vinham se travando na década de 90. Tinham como objeto “permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no SUS, considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira” (BRASIL, 2001, p. 4). Já seu objetivo era o de “levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades” (p. 4).

necessários para a definição de uma profissão: a configuração de um campo de conhecimentos e a orientação para um ideal de serviços⁴ (PAIM, 2006).

A formação destes profissionais estaria orientada por uma concepção interdisciplinar, que, sem negligenciar elementos provindos do modelo biomédico, o articularia com conhecimentos oriundos do domínio das ciências sociais e humanas, deslocando-se de um foco eminentemente individual para uma esfera coletiva (TEIXEIRA, 2003). Portanto, a formação requerida implica outro posicionamento não apenas no plano epistemológico, mas também no plano ético-político (BOSI; PAIM, 2010).

Entendendo que a formação em saúde coletiva deve ir além do sanitarismo⁵, Paim e Pinto (2013) defendem que a constituição do sujeito da saúde coletiva supõe a articulação da prática teórica e da prática política, com o desenvolvimento da atitude crítica e de uma aptidão crítica que busque superar a consciência mágica ou ingênua para alcançar a consciência crítica que ajude a empreender um pensamento e um agir estratégico no âmbito da saúde. Neste sentido, Mota e Santos (2013) apontam como um dos maiores desafios da constituição da saúde coletiva a formação de sujeitos entre a ciência e a política, entre a análise crítica e a proposição, entre a militância e a profissionalização do campo.

Elias (2003, p. 168) critica que a implantação de cursos de graduação em saúde coletiva não deve se restringir a uma iniciativa do aparelho formador, devendo-se instaurar diálogos com os gestores de saúde para “verificar a possibilidade de alterar as lógicas e práticas de saúde vigentes para o delineamento de um perfil de profissional condizente com a efetivação da assistência em saúde contemporânea aos desafios políticos e sociais deste tempo”. Neste sentido, Silva, Ventura e Ferreira (2003) apostam que, para além da própria figura da instituição de ensino responsável por essa formação, na figura dos docentes, devem ser envolvidos “outros autores e instâncias, incluindo-se, sobretudo, os próprios discentes e profissionais de saúde” (p. 100).

⁴ Dentre as possibilidades de atuação do sanitarista, destaca-se a análise e atuação “em políticas e sistemas de saúde, em avaliação e monitoramento da situação de saúde, em vigilância da saúde, no controle de danos e riscos à saúde das populações, na planificação e gestão de sistemas e serviços de saúde, com destaque ao acesso equitativo da população aos serviços de saúde de que necessite, na educação e promoção da saúde, e no desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, com responsabilidade social, compromisso com a dignidade humana e fortalecimento da capacidade institucional do Sistema Único de Saúde, levando em consideração a determinação social dos processos saúde-doença-cuidado-qualidade-de-vida” (ABRASCO, 2015, p. 2).

⁵ Por sanitarismo, entende-se um movimento surgido ao final do século XIX e início do século XX nos EUA e Inglaterra que defendia a intervenção do Estado por meio da aplicação de medidas de saúde pública para o controle de doenças, mediante instrumentalização do conhecimento produzido pela epidemiologia e, posteriormente, pela “revolução” microbiana (PAIM, 2006). No Brasil, se destaca a influência na realização de campanhas com caráter intervencionista (PONTE; LIMA; KROPF, 2010).

Apesar de hoje os cursos de graduação em saúde coletiva comporem um conjunto de cursos implantados e em andamento nas cinco regiões do país, o processo de criação destes sofreu resistências de diversos atores, tanto internas ao próprio contexto universitário quanto também relacionadas ao contexto político-institucional nacional. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)⁶, por exemplo, teve um movimento que foi de resistência inicial até a abertura progressiva, culminando no acolhimento da proposta. Neste processo, houve dentro da entidade – que até então era voltada aos cursos de pós-graduação – a criação do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva (FGSC) e, inclusive, mudanças em seu estatuto, buscando abrigar essas novas iniciativas e os seus novos personagens (BELISÁRIO et al., 2013).

Dentre os argumentos contrários à criação desta graduação, Almeida (2003) ressalta o fato de este curso apontar para a formação de um profissional com competência que deveria ser dos profissionais de todas as carreiras de saúde (o que repercute num aumento da lacuna da participação da saúde coletiva nos cursos de graduação, por conta, inclusive, do redirecionamento dos professores da área), o enfraquecimento do movimento de mudanças na formação dos profissionais de saúde e, por fim, o empobrecimento da interdisciplinaridade e da multidisciplinaridade – características fundantes da saúde coletiva como área do saber –: “o SUS não precisa de mais uma categoria profissional, mas de médicos, enfermeiros e demais profissionais com novo perfil, novas competências e novos compromissos técnicos e políticos” (p. 22).

Os campos de práticas são componentes imprescindíveis da formação dos profissionais de saúde no geral e também dos sanitaristas. Estes estão previstos na própria proposta de DCN para os cursos de graduação em saúde coletiva (ABRASCO, 2015) e nos diversos projetos político-pedagógicos (ou congêneres) destes cursos.

Silva, Ventura e Ferreira (2003) questionam sobre como tem se dado o encontro entre os cenários práticos e a graduação em saúde coletiva e como as competências previstas para os sanitaristas podem ser desenvolvidas nestes cenários de aprendizagem. Estas autoras defendem que os campos de práticas na formação dos sanitaristas não devem ser observados

⁶ Inicialmente denominada por Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a ABRASCO foi criada em 1979 a partir do desafio de se formar profissionais atentos à corrente de novas ideias sobre os problemas de saúde, alguns antigos, e de outros produtos de mudanças recentes no campo biomédico, político e social. Organizou-se em torno dos conhecimentos, práticas e direitos referentes à qualidade de vida, buscando uma nova compreensão na qual a perspectiva interdisciplinar e o debate político em torno de temas como universalidade, equidade, democracia, cidadania e, mais recentemente, subjetividade emergem como questões principais (FONSECA, 2006).

como meros espaços para o desenvolvimento de habilidades técnicas – ênfase comum na formação de profissionais da saúde do modo geral –, mas sim como espaços para a apreensão da dimensão praxica do objeto de seu trabalho. Neste sentido, levando em conta a dimensão política da atuação do profissional expressa em sua capacidade reflexiva, problematizadora, interdisciplinar e crítica, fica patente a dificuldade em restringir esse campo prático ao terreno das habilidades, da técnica e da aplicação de uma teoria:

A atividade do sanitarista apoia-se em um fazer que não se restringe à teoria ou aos seus desdobramentos tecnológicos, mas sobretudo em um sistema de valores éticos e políticos. Sendo o seu trabalho situado como prática social, a capacidade reflexiva e de tomada de decisões no curso do seu processo de trabalho são fundamentais (p. 97).

Sobre a questão dos valores presentes na atuação do profissional da saúde coletiva, Paim (2006, p.106, grifo do autor) assume que:

O trabalho em saúde coletiva, além das dimensões técnica, econômica, política e ideológica, envolve um *componente ético essencial vinculado à emancipação dos seres humanos*. Não se trata de um trabalho qualquer, mas de um conjunto de atividades eticamente comprometido com o seu objeto – as necessidades sociais de saúde. Este trabalho, portanto, é integralmente perpassado por *valores de solidariedade, equidade, justiça e democracia*.

Silva, Ventura e Ferreira (2003) também levantam outra questão quando sinalizam que o campo por si só não configura como um espaço de formação somente pelas suas atividades e serviços. Nesse sentido, para que um campo de prática seja adequado, faz-se necessário a intervenção de um preceptor⁷ sensível para captar e aproveitar as diferentes situações cotidianas capazes de aguçar e desencadear o pensamento reflexivo e crítico destes indivíduos em formação, pois “não se trata de simplesmente [de] encontrar um lugar ou um preceptor, mas de como esse lugar é explorado e potencializado como espaço para o exercício da reflexão, da crítica e de gestação de proposições” (p. 100).

Em um outro plano, levando em conta a afinidade – ou mesmo imbricação – entre a saúde coletiva e o SUS, a escolha dos campos práticos pode apresentar-se de modo dilemático: sua função seria de “mostrar o SUS que temos ou o SUS que queremos” (SILVA; VENTURA; FERREIRA, 2003, p. 98)?

A literatura nacional sobre a questão dos campos de práticas do graduando em saúde coletiva ainda é escassa. Identifica-se discussões no plano teórico-conceitual sobre como deveria se organizar o currículo e/ou a composição dos campos de práticas (BOSI; PAIM, 2010; FERLA; ROCHA, 2013; PAIM; PINTO, 2013; SILVA; VENTURA; FERREIRA,

⁷ Preceptores são profissionais do serviço que acompanham a trajetória do estagiário no referido cenário de prática, corresponsabilizando-se pelo processo de ensino-aprendizagem e integração ensino-serviço. Já o termo tutor será utilizado neste trabalho para designar o docente da universidade que é responsável por acompanhar os estudantes nos cenários de práticas.

2013; TEIXEIRA, 2003), relato de experiências que analisam campos de práticas específicos (FERLA; ROCHA, 2014a; FERLA et al., 2015; PARREIRA; ESCALDA; RODOVALHO, 2014; SÁ; ODEH, 2013), análises críticas de como tem se figurado a configuração desta graduação (SAMPAIO; SANTOS, 2013), assim como estudos empíricos sobre tal graduação que, apesar de não terem seus escopos relacionados aos campos de práticas, tangenciam esta temática no interior de suas análises (BELISÁRIO et al., 2013; CASTELLANOS et al., 2013a; CASTELLANOS et al., 2013b).

A formação profissional no campo de conhecimento da saúde coletiva deve desenvolver capacidades necessárias para o trabalho, incluindo a produção/invenção do próprio campo de trabalho do sanitarista e a capacidade de operar novas mediações interdisciplinares e intersetoriais para o trabalho em saúde. Estas capacidades profissionais devem ser desenvolvidas por meio do exercício do trabalho em situações concretas, buscando ser capaz de gerar novos conhecimentos sobre os objetos de atuação, sempre tomando o próprio trabalho como objeto de análise (FERLA; ROCHA, 2014b).

Santana et al. (2013) acreditam que as aprendizagens nos campos práticos levam o graduando de saúde coletiva ao conhecimento do processo saúde-doença na teoria e na realidade. Como locais em que estes devem se inserir para o desenvolvimento de habilidades e destreza, preconizam:

Hospitais públicos e privados, centros/unidades de saúde, policlínicas, unidades de urgência e emergência, organizações não governamentais, a saúde suplementar, no nível central das instituições governamentais de saúde como Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, Ministério da Saúde, participação em conselhos de saúde, nas diversas esferas, nos espaços educativos do SUS, entre outros (p. 50).

Para uma contribuição efetiva na transformação da realidade, Bezerra et al. (2013) defendem que estes estudantes devem, no momento da entrada nos serviços, já terem se apropriado dos preceitos que regem a saúde coletiva, assim como dos princípios do SUS – a universalidade, a equidade e a integralidade. No tocante aos campos de práticas, assumem que, “quanto mais diversificados os cenários de aprendizagem, maior a instauração de possibilidades à integralidade das práticas dos discentes estagiários” (p. 125).

Para além de informar os serviços e ações de saúde conforme previsto na nossa Constituição Federal, o princípio da integralidade deve também orientar a formação dos futuros profissionais de saúde, dada “a necessidade de transformar os conceitos e as práticas de saúde que orientam o processo de formação para produzir profissionais capazes de compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas em saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, p. 1408).

Integralidade é aqui entendida “no sentido ampliado de sua definição legal, ou seja, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde” (PINHEIRO; LUZ, 2007, p. 19). Esta noção supõe que

os profissionais [de saúde] se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento aos usuários das ações e serviços de saúde, mais sensíveis àquelas dimensões do processo saúde-doença não inscritas no âmbito tradicional da epidemiologia ou da terapêutica e mais implicados com os projetos de vida (seu pertencimento às redes de invenção de vida) (CECCIM, 2010, p. 139).

A perspectiva da integralidade na formação é um tema presente na literatura acadêmica, como demonstra Pinho et al. (2007) que, em revisão de literatura que buscou apreender os diferentes olhares construídos acerca do conceito de integralidade no contexto brasileiro, identificaram quatro eixos de discussão: i) integralidade e suas concepções teórico-filosóficas, ii) análise/avaliação da integralidade na saúde coletiva, iii) a integralidade como princípio norteador de saberes e práticas no cuidado em saúde e, por fim, iv) a formação profissional na perspectiva do atendimento integral. Sob o eixo da formação, estes autores identificaram uma discussão sobre o papel da educação na gênese técnica e institucional dos sujeitos para a integralidade das ações, assim como a necessidade de reformas administrativas que promovam a redefinição das relações entre Estado e sociedade civil e das estratégias de formação acadêmica-profissional com enfoque na interdisciplinaridade e multidimensionalidade.

A literatura acadêmica nacional denuncia o descompasso existente entre a formação dos profissionais da saúde e as necessidades da população, figurando como um desafio para a consolidação do SUS a formação destes para atuar de acordo com seus princípios ético-políticos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b; LUZ, 2010; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; SAIPPA-OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010):

No âmbito das políticas educacionais, a graduação na área da saúde não tem tido uma orientação integradora entre ensino e trabalho, que esteja voltada para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade, onde se inclui o enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde (CARVALHO; CECCIM, 2013, p. 137).

González e Almeida (2010) apresentam como fatores explicativos para tal problemática tanto aspectos vinculados à academia quanto aos serviços de saúde. No âmbito dos serviços de saúde, identifica-se a resistência dos profissionais às mudanças em processo, a visualização da formação como mais um acréscimo à agenda de trabalho, a estrutura física inadequada para acolher os estudantes, a resistência da população à presença do estudante no serviço e a possibilidade de identificação de fragilidades no serviço prestado. Já no âmbito da

academia, elencam a gestão não comprometida, a atenção básica como aprendizagem marginal, o despreparo docente frente ao novo enfoque de aprendizagem, a dificuldade de relação entre os diferentes cursos e a resistência dos estudantes em relação ao contato com a comunidade.

Além disso, a abordagem tradicional ainda impera na formação dos profissionais de saúde, sendo esta hegemonicamente biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. Seu modelo pedagógico é tecnicista, centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos entre as diferentes especialidades e incentivando a precoce especialização (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a). Neste sentido, tem-se a objetividade como ideologia dominante de abordagem do ser humano, sendo esta identificada como a garantia da eficácia de tratamento. Isto repercute na busca científica de acúmulo de evidências na patologia em específico e no estabelecimento da diagnose da doença. No entanto, Luz (2010, p. 401) critica que “informações objetivas armazenadas durante o curso não tem capacidade de se unificar em um saber integral sobre a saúde desses seres complexos, a um só tempo únicos e pluridimensionais”.

Esta situação gera um impasse, pois, como defende Ceccim e Feuerwerker (2004b, p. 47), “a formação tecnoprofissional, a produção de conhecimento e a prestação de serviços pelas instituições formadoras somente fazem sentido quando têm relevância social”.

Deste modo, reclama-se pela mudança nas graduações em saúde sob o eixo da integralidade, que deve ser um conceito-chave para que a formação venha cumprir o seu “papel ético de formar profissionais de e para a saúde” (CECCIM, 2010, p. 141). Isto implica uma formação que busque “compreender a dimensão ampliada da saúde, a articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares e a alteridade com os usuários para a inovação das práticas em todos os cenários de atenção à saúde e da formação profissional” (SILVA; SENA, 2008, p. 52), assim como a “escuta aos fluxos de vida na experiência concreta dos adoecimentos ou demandas por atenção à saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, p. 1409) e o “atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 43).

Em relação as necessidades dos usuários das ações e serviços de saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004a, p. 1401) especificam que estas

[...] passam à condição de direito, seja porque como pessoas, todos temos o direito de sermos atendidos conforme nossas necessidades, seja porque este é o objeto da saúde: assegurar plena atenção às necessidades das pessoas. Toda a regulação relativa à saúde deveria ser usuário-centrada, em última instância, único motivo para ordenar serviços de atenção e instituições de formação de profissionais.

As mudanças que se fazem necessárias passam por diversas esferas, significando uma ruptura não só com um modelo tradicional de formação como também implica na reorganização dos serviços e na análise crítica dos processos de trabalho (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Ceccim e Feuerwerker (2004b) argumentam que o projeto que embasa a formação dos profissionais de saúde deveria extrapolar a educação do domínio técnico-científico da profissão para se estender aos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse social que contribuam à elevação da qualidade de vida dos indivíduos e coletividades, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde. Neste sentido, faz-se necessário que a formação englobe aspectos da produção de subjetividades, produção de habilidades técnicas e de pensamento, bem como o adequado conhecimento sobre o SUS, num movimento que propicie “reverter as teorias biologicistas da educação na saúde para uma teoria da integralidade na educação dos profissionais de saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, p. 1409).

Sob uma perspectiva pedagógica, a construção de conhecimento deve, conforme sugerido por Saippa-Oliveira, Koifman e Pinheiro (2011), receber tratamento multidimensional, de modo a permitir a compreensão complexa da realidade e a circulação de diferentes valores presentes nas questões humanas, científicas e sociais. Deste modo, faz-se necessário um trabalho que amplie a capacidade de estabelecer relações entre as informações que os estudantes recebem com as informações que estes trazem consigo/constroem entre si, assim como relações de aprendizagem que estimulem trocas, confrontos e exposições.

Conhecimento é entendido aqui sob a perspectiva de Fleck⁸ (2010), como um produto histórico e sociológico da atuação de um coletivo de pensamento. Por coletivo de pensamento entende-se como uma unidade social da comunidade de cientistas de um campo determinado, sendo que cada coletivo de pensamento elabora um estilo de pensamento único, que é composto pelo conjunto de normas, saberes e práticas compartilhadas por tal coletivo em um dado momento histórico (uma vez que, para este autor, as verdades científicas têm datas e momentos específicos, que são substituídas por outras verdades em outros momentos históricos). Nesta perspectiva, portanto, verifica-se que a produção do conhecimento ocorre

⁸ Ludwik Fleck (1896-1961) foi um médico e epistemólogo de origem judaico-polonesa que desenvolveu nas décadas de 20 e 30 uma abordagem bastante original para o estudo das ciências. Sua principal obra é “Gênese e desenvolvimento de um fato científico”, em que ele se dedica à reconstrução histórica do conceito da sífilis enquanto fato científico, assim como discute importantes conceitos e reflexões sobre o caráter social da ciência (LÖWY, 1994).

numa dinâmica de interação entre sujeito e objeto mediada por uma dimensão que é socioculturalmente determinada.

Para além das dimensões do aprender a aprender, do aprender a fazer, do aprender a ser e do aprender a conviver, Carvalho e Ceccim (2013) acreditam que para que a formação tenha qualidade esta deve estar implicada com o papel social e político do trabalho em saúde, assim como centrar os fatores de aprendizagem na produção de experiência de si e de apropriação do seu entorno, pois “a formação é, sobretudo, a condição de refazer permanentemente as relações profissionais com os usuários de modo responsável e comprometido” (p. 144).

Estes pressupostos estão muito próximos daquilo que vem se denominando por Educação Permanente em Saúde, processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho e da formação na saúde em análise, sendo permeável às relações concretas que operam realidades e que possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentidos dos atos produzidos no cotidiano. Esta corresponde aos processos de educação em serviço, de educação continuada e da própria educação formal dos profissionais comprometidas com a aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos. Com objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, o elemento central da Educação Permanente em Saúde

é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção) (CECCIM, 2005, p. 162).

As estratégias de Educação Permanente em Saúde devem ser propostas visando à qualificação do cuidado, de modo que redirecione o olhar do trabalho autônomo e isolado, para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, assim como a visão individualizada do usuário como paciente para uma abordagem de sujeito, cidadão no seu contexto familiar e social (DITZ et al., 2010).

Figueiredo (2012) aponta que esta estratégia, além de tomar os problemas reais dos serviços de saúde, tem no cerne dos seus processos de formação as intervenções concretas e necessariamente ligadas às relações de poder, à dimensão da gestão e da política: “trata-se de imbricar teoria e prática, estudo e intervenção, clínica e gestão, e realçar a formação como dispositivo de coprodução de mudanças nos sujeitos, nas práticas e na organização dos serviços” (p. 100).

Na literatura acadêmica, é possível identificar estudos que pesquisaram alguns aspectos relacionados a integralidade na formação de profissionais de saúde.

Em investigação que buscou compreender a formação do enfermeiro para a integralidade do cuidado com base na análise do discurso de entrevistas realizadas com enfermeiros de serviços, docentes e estudantes vinculados a um curso de enfermagem de uma universidade pública brasileira, identificou-se que os fazeres e saberes que compõe a práxis formadora deve incorporar a subjetividade e a singularidade como pressupostos da construção da integralidade do cuidado (SILVA; SENA, 2008).

Gonze e Silva (2011) entrevistaram docentes de todos os cursos da área da saúde de uma universidade federal brasileira com objetivo de analisar a percepção destes sobre a formação orientada pela integralidade. Na análise temática, identificou que “fica evidente a necessidade de privilegiar, na graduação, uma visão singular sobre o usuário, entendendo que ele é um ser que possui uma história de vida e pertence a um contexto social” (p. 142), assim como que a integralidade se trata de um dos valores do bom profissional de saúde e deve despontar na formação deste.

Na revisão conceitual que Machado et al. (2007) realizam para refletir acerca do princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde, o efetivo trabalho em equipe é apontado como um fator que precisa ser exercitado para que a prática atenda à integralidade. Para tanto, “é preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais” (p. 337), uma vez que “a ideia de cuidado integrado em saúde compreende um saber fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários/pacientes corresponsáveis pela produção da saúde, feito por gente que cuida de gente” (p. 338).

Ceccim e Feuerwerker (2004b), identificando a necessidade de uma configuração de implicações recíprocas entre ensino, gestão, práticas de atenção e controle social para a política de formação, sugerem o conceito de “quadrilátero da formação” para a área da saúde. Com esta imagem, se propõe

[...] construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia *in acto*) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados (p. 59).

Este conceito auxilia no entendimento de que a qualidade da formação é resultante da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, o

ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários. Como “cada face [do quadrilátero] libera e controla fluxos específicos e configura espaços-tempo com diferentes motivações [...] [e] [...] cada face comporta uma convocação pedagógica, uma imagem de futuro, uma luta política e uma trama de conexões” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 47), a disputa de uma apreciação crítica de formação com vigor político para um processo de mudança de realidade exige a necessidade de ativar certos processos e controlar outros.

Pinheiro e Luz (2007, p. 19) defendem que “o agir cotidiano nas instituições de saúde configura-se como um *situs* privilegiado de estudos e de construção da integralidade em saúde”, e, portanto, “o cotidiano nas instituições de saúde surge como um espaço não de verificação de ideias, mas de construção de práticas de novas formas de agir social, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde”. Deste modo, tem-se o entendimento de que é no campo das práticas que as transformações se fazem necessárias: para além da mudança do currículo ou da organização dos serviços, são as práticas que necessitam de mudanças. “Transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 50).

A busca da integralidade na atenção à saúde deve ser contemplada no movimento de articulação ensino-serviço, teoria-prática e ação-reflexão-ação. Para a construção desta rede ensino-serviço, faz-se necessário que as instituições formadoras e os serviços de saúde dialoguem, negociem e estabelecem parcerias permanentemente, proporcionando o compartilhamento de saberes numa construção coletiva (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b; SAIPPA-OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010; SILVA; SENA, 2008). Nesta interação, o mote para os processos ensino-aprendizagem deveriam ser as situações do agir em saúde, ou seja, a exposição dos estudantes aos problemas reais da prática, pois

Construir a integralidade do cuidado em saúde implica assumir o agir em saúde como princípio educativo em uma nova forma de aprender/ensinar em saúde, que rompe com o saber formatado e descontextualizado. Significa, também, estabelecer uma prática de saúde entendendo o processo saúde-doença e o ser humano inserido nesse processo influenciado por valores, crenças, determinações políticas, econômicas e sociais (SILVA; SENA, 2008, p. 55).

A integralidade pressupõe práticas inovadoras em diferentes cenários, incluindo todos os possíveis espaços em que a produção da saúde e do cuidado ocorre. Requer uma formação que desenvolva a capacidade de análise crítica de contextos, que problematize conhecimentos e as práticas vigentes e que ative processos de educação permanente em saúde no desenvolvimento de competências específicas de cada trabalho (BRASIL, 2004).

Ceccim e Feuerwerker (2004a) defendem que quanto maiores são as experiências interdisciplinares, as pactuações interinstitucionais, a diversidade de cenários de aprendizagem e os fatores de exposição dos educandos (não mais somente o professor, o livro, a pessoa internada ou o ambulatório-escola), maior a instauração de possibilidades à integralidade das práticas em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

A diversificação dos cenários de práticas⁹ trata-se de um dos eixos estratégicos identificados pelo Ministério da Saúde (MS) como imprescindíveis para que a formação dos profissionais da saúde esteja sintonizada com as necessidades sociais e com abordagem integral do processo saúde-doença, conforme observado nas orientações do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde):

Os cenários de ensino, portanto, devem ser diversificados, agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, os equipamentos educacionais e comunitários. A interação ativa do aluno com a população e profissionais de saúde deverá ocorrer desde o início do processo de formação, proporcionando ao estudante trabalhar os problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia (BRASIL, 2005, p. 27).

Saippa-Oliveira, Fernandez e Koifman (2010) apontam que o processo pedagógico operado em cenários múltiplos, seja em situações reais ou até mesmo simuladas, deve estar centrado no compartilhar experiências e vivências, por meio de uma supervisão dialogada que busque mudanças institucionais, apropriação ativa de saberes, fortalecimento das ações em equipe e produção de maneiras inovadoras de se organizar o trabalho em saúde. Ademais, sugerem uma outra perspectiva sobre a relação entre o conhecimento e a prática, distinta a da hegemônica visão de que a prática seria a comprovação da teoria (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2011):

[...] é preciso insistir em assegurar questões socioculturais e os problemas cotidianos das práticas profissionais se constituam como elementos centrais das atividades curriculares nos diversos cenários de aprendizagem. Para isso, é necessário que conhecimento receba um tratamento a partir das diversas dimensões, possibilitando uma maior compreensão e apreensão da complexidade do real, favorecendo, também, a circulação diversificada de valores, ideologias, interesses, leituras, percepções, próprias das questões humanas, científicas e sociais. Com uma relação mais íntima entre os conhecimentos abordados na formação e os conhecimentos trazidos pelos estudantes, pode-se pensar numa melhor utilização destes diferente contextos e situações de prática profissional cotidiana (SAIPPA-OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010, p. 199).

Portanto, entende-se que os cenários de aprendizagem possuem importância enquanto *locus* da formação em saúde, espaço privilegiado para a incorporação da integralidade em saúde no processo de ensino-aprendizagem (MACÊDO et al., 2011).

⁹ Cenários de ensino, cenários de aprendizagem, cenários, campos de práticas e estágios são termos que serão sintetizados neste estudo como cenários de aprendizagem.

A formação de sanitarista em cursos de graduação trata-se de uma inovação ainda em processo de construção. Como integralidade é um eixo fundamental no interior da saúde coletiva, e, esta pode ser compreendida como algo que se constitui no cotidiano de trabalho em saúde por meio das interações que se estabelecem, justifica-se a análise da forma como este cotidiano é incorporado na formação graduandos em saúde coletiva e como a formação destes profissionais reflete e transforma o dia-a-dia do trabalho em saúde. Para tanto, parte-se do pressuposto aqui que são as instituições em seu agir cotidiano os espaços onde a formação ganha materialidade, expressando formas de criação e de apropriação da produção e/ou reprodução vida coletiva. Esta noção que traz uma outra perspectiva analítica sobre a formação em saúde, privilegia a participação dos atores sociais e suas práticas no cotidiano¹⁰ dos serviços de saúde (PINHEIRO; LUZ, 2007). Este estudo, portanto, se debruçou sobre os saberes e práticas envolvidos na formação de graduandos em saúde coletiva, sob a perspectiva da integralidade, tendo como enfoque os cenários de aprendizagem diversificados onde estes estudantes estavam inseridos durante os seus distintos momentos de formação.

¹⁰ Por cotidiano, entende-se o “*locus* social onde se expressam não somente experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas também contextos de relações sociais distintas que envolvem tanto pessoas, como grupos específicos, coletividades e instituições” (PINHEIRO; LUZ, 2007, p. 21).

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Compreender valores, sentidos e significados que emergem das práticas de ensino na graduação em saúde coletiva sob a perspectiva da integralidade.

1.2 Objetivos específicos

- Contextualizar o curso de graduação em saúde coletiva do IESC/UFRJ nas dinâmicas socioculturais e métodos pedagógicos;
- Identificar os atores, cenários e relações que se dão nas práticas de ensino da graduação em saúde coletiva; e
- Analisar os critérios políticos e pedagógicos que orientam a seleção de conteúdos para formação.

2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Esta pesquisa inseriu-se nos estudos do campo da saúde coletiva, aportando-se principalmente nas áreas de política, planejamento e administração em saúde e de ciências sociais e humanas em saúde. A corrente de pensamento pelo qual este presente estudo afiliou-se foi a da fenomenologia, tendo as contribuições de Alfred Schutz¹¹ como norteadoras.

A partir de influências da filosofia de Husserl e da sociologia de Weber, Schutz estabeleceu os fundamentos de uma sociologia fenomenológica que possibilita um olhar sob a dimensão social tendo por referência as relações intersubjetivas inscritas nas experiências cotidianas dos sujeitos (WAGNER, 1979).

A fenomenologia considera o mundo da vida cotidiana como um dos seus principais campos de preocupação. Schutz (1979, p. 74) entende que:

“O mundo da vida cotidiana” significará o mundo intersubjetivo que existia muito antes do nosso nascimento, vivenciado e interpretado por outros, nossos predecessores, como um mundo organizado. Ele agora se dá à nossa experiência e interpretação. Toda interpretação desse mundo se baseia num estoque de experiências anterior dele, as nossas próprias experiências e aquelas que nos são transmitidas por nossos pais e professores, as quais na forma de “conhecimento à mão”, funcionam como um código de referência.

Esta vertente apresenta uma crítica radical ao objetivismo da ciência, propondo a subjetividade como fundante do sentido. A subjetividade é entendida aqui como constitutiva do ser social e inerente ao âmbito da autocompreensão objetiva (MINAYO, 2004).

Deste modo, a principal tarefa da sociologia deveria ser a descrição fenomenológica: “as ciências sociais não devem ignorar o mundo social tal como ele é vivido na atitude natural. Para atingi-lo elas devem adotar o ponto de vista subjetivo, que lhes permite apreender as ‘coisas’ sociais enquanto significativas” (CAPALBO, 1998, p. 77). Neste sentido, “o papel do método científico consistirá justamente em tornar possível a tematização científica do mundo da vida” (p. 76).

Buscando-se aproximar desta perspectiva fenomenológica, esta investigação teve natureza qualitativa, dado que este tipo de pesquisa permite “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais,

¹¹ Alfred Schutz (1899-1959) foi um filósofo e sociológico judeu, nascido em Viena, Áustria. Viveu grande parte de sua vida como funcionário de um banco em Nova York, dedicando-se exclusivamente a atividade acadêmica somente no final de sua vida. É considerado o criador do campo da sociologia fenomenológica (CASTRO, 2012).

sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas” (MINAYO, 2004, p. 10).

Para além de um conjunto de técnicas utilizadas na coleta e geração de informações, o termo qualitativo remete a uma mudança paradigmática na acepção de Khun (1994), uma vez que traz novas suposições interligadas e relativas ao mundo social que proporcionam um novo referencial filosófico para a investigação. Este deslocamento paradigmático tem consequências em diversos campos de saberes e de práticas, repercutindo em questões ontológicas (relativas à constituição e estrutura da natureza da realidade social), epistemológicas (relativas às condições e limites estruturais que sustentam o processo de conhecimento, a relação entre sujeito e objeto e a origem, limites e natureza do conhecimento humano) e metodológicas (relativas às condutas ou regras a serem seguidas para analisar ou compreender o objeto) (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Creswell (2007) compara a construção da pesquisa qualitativa à produção de um tecido composto por diminutas fibras das mais variadas cores e texturas, com a mistura dos mais distintos materiais. O produto resultante dessa tessitura complexa não é passível de ser compreendido por abordagens simplistas. Assim como o tear que cose o tecido, visões de mundo e perspectivas interconectam a malha que dá forma à pesquisa qualitativa. Esta, portanto, forma um campo em que diferenças manuseiam teares e a criatividade artística processa a disposição e composição das fibras que darão origem ao tecido final: um emaranhado sensível da realidade.

Chizzotti (2008, p. 28) aponta que a pesquisa qualitativa recobre na atualidade

[...] um campo transdisciplinar, envolvendo as ciências humanas e sociais, assumindo tradições ou multiparadigmas de análise, derivadas do positivismo, da fenomenologia, da hermenêutica, do marxismo, da teoria crítica e do construtivismo, e adotando multimétodos de investigação para o estudo de um fenômeno situado no local em que ocorre, e, enfim, procurando tanto encontrar o sentido desse fenômeno quanto interpretar os significados que as pessoas dão a ele.

Na investigação dos fenômenos sociais, o objeto de conhecimento, e, consequentemente, o sujeito e o conhecimento que ele é capaz de produzir, possuem um caráter histórico (DESLANDES, 2006). Esta historicidade concreta impõe ao investigador uma aproximação não neutra de seu objeto, pois “numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador é, ele mesmo, uma parte da observação” (LÉVI-STRAUSS, 1975, p. 215). Portanto, assume-se nesta perspectiva o “inevitável imbricamento entre conhecimento e o interesse, entre condições históricas e avanço das ciências, entre identidade do pesquisador e seu objeto, e a necessidade indiscutível da crítica interna e externa na objetivação do saber” (MINAYO, 2004, p. 13). Com isso é possível inferir que

estivemos na esteira fenomenológica de Schutz, destacando sua reciprocidade epistêmica com o construcionismo, que não se reduz a descrição do mesmo, mas na aposta no cotidiano como *locus* de debates atuais e contemporâneos necessários a crítica e reflexão sobre a formação na saúde coletiva.

Devido ao fato do escopo desta pesquisa se tratar de uma temática para o qual ainda há uma escassez de conhecimento acumulado e sistematizado, optou-se pela realização de uma pesquisa exploratória (TOBAR; YALOUR, 2001), buscando investigar a compreensão dos valores, sentidos e significados que emergem das práticas de ensino na graduação em saúde coletiva sob a perspectiva da integralidade.

2.1 Técnicas de pesquisa e análise dos dados

As técnicas utilizadas para coletar dados nas pesquisas qualitativas referem-se à utilização de instrumentos de pesquisa que permitam fazer e ver a emergência dos dados, para então serem registrados, e, num tempo posterior, serem estudados e organizados à luz de um quadro de referenciais teóricos eleitos. Em síntese, técnica pode ser identificada no caso da pesquisa científica como uma ferramenta para “segurar” os achados e lapidá-los (TURATO, 2003).

O conhecimento possui um caráter aproximado, dado que trata-se de uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida. Para exemplificar este caráter, Minayo (2004) utiliza a metáfora da socióloga brasileira Miriam Limoeiro Cardoso sobre o processo de produção de conhecimento a partir da imagem do feixe de luz: entendendo que o conhecimento é produzido a partir da incidência de diversos feixes de luz que multiplicam diferentes pontos de vista, a incidência de um único feixe não seria suficiente para iluminar um objeto, trazendo um resultado incompleto e imperfeito. Já a incidência de múltiplos feixes distintos, a partir de pontos de vistas e intensidades luminosas diversas, forma um objeto inteiramente diverso, recebendo formas mais definidas, com dimensões inteiramente novas.

Partindo desta compreensão, propôs-se o conceito de triangulação de métodos, que pode ser entendido como a “combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vistas através do trabalho conjunto de vários pesquisadores, de múltiplos informantes e múltiplas técnicas de coleta de dados” (MINAYO, 2004, p. 241-242). A sua utilização na prática permitiria

maior clareza teórica e o aprofundamento de uma discussão interdisciplinar de forma interativa e intersubjetiva (MINAYO et al., 2005).

Originalmente proposta como uma estratégia visando a maximização da validade da pesquisa, o sentido da triangulação foi se modificando, pois o entendimento da abordagem construcionista de que cada método configura o objeto de uma forma específica fez com que fosse abandonada a referência à validação a favor do enriquecimento da interpretação:

A triangulação assim reconceituada busca a combinação de métodos heterogêneos, capazes de trazer à baila resultados contrastantes ou complementares que possibilitam uma visão caleidoscópica do fenômeno em estudo, constituindo-se em um dos caminhos de busca de credibilidade perante a comunidade científica (SPINK; MENEGON, 2013, p. 65).

Diante da afinidade com esta perspectiva de produção de conhecimento, utilizou-se nesta pesquisa um amplo leque de instrumentos, visando entrelaçá-los e produzir triangulações para enriquecer a compreensão do fenômeno selecionado neste estudo. Isto se deu pela inclusão de diversos grupos que vivenciaram o processo formativo, a fim de ampliar a polifonia do estudo, assim como diferentes técnicas de pesquisa, que visavam estabelecer conexões entre os discursos, significados e práticas dos sujeitos orientadas por uma formação sob o eixo da integralidade.

Este estudo foi estruturado a partir da combinação das seguintes técnicas de investigação: análise documental, observação participante e entrevista¹². As experiências foram estudadas pelo exercício de observação e análise sistemática, cotejando múltiplas vertentes teóricas que permeiam os saberes e práticas envolvidas na formação de graduandos em saúde coletiva sob a perspectiva da integralidade, partir da proposição observacional proposta por Pinheiro et al. (2011a, p. 37, grifo do autor) no interior da linha de atuação EnsinaSUS do grupo LAPPIS do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)¹³:

A proposição observacional separa a *teorização por hipóteses de configuração por observações*, não se realiza por experimentos nem supõe intervenção. Pauta-se pela profunda coerência e correspondência com as realidades observadas, estabelecendo

¹² Na qualificação deste projeto de mestrado, também havia sido prevista a utilização da técnica de grupo focal com o objetivo discutir sobre os dados e os processos analíticos já desencadeados, aproximando de uma validade dialógica que aumentasse a tessitura das análises na elaboração do relatório final da pesquisa, assim como na produção de suas análises e resultados. Seriam convidados egressos, docentes e preceptores para participarem deste grupo. Este não ocorreu por conta do prazo máximo para a defesa da dissertação de mestrado.

¹³ “EnsinaSUS é uma linha de atuação do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS, que, numa perspectiva transdisciplinar, conta com a participação de pesquisadores-docentes e pesquisadores discentes de diferentes instituições, desenvolvendo projetos que são estruturantes e transversais a outras linhas de atuação do grupo. As atividades de pesquisa e ensino desenvolvidas por esses pesquisadores contam com o apoio do CNPq, FAPERJ [Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro] e UERJ, as quais interagem sinergicamente nesta e demais linha de atuação do referido grupo” (PINHEIRO et al., 2011b, p. 66).

interrogações, escutas e olhares sobre as realidades, de modo que se ofereçam subsídio conceitual à experiência e evidências de possibilidades àqueles com inquietações correspondentes.

Para proceder a análise sistemática consoante às proposições teóricas e as proposições observacionais aqui adotadas, foi utilizada parte da matriz analítica idealizada por Pinheiro et al. (2011a), analisando as experiências sob a linha dos cenários diversificados de aprendizagem nos processos de transformação de ensino para a integralidade, tanto internos quanto externos. Na dimensão macro, que engloba o contexto político-institucional local e nacional, objetivou-se a “busca por articulações ético-político-pedagógicas na definição e inserção dos cenários de aprendizagem” (p. 50). Já na dimensão micro, sobre questões da formação para o cuidado e dos dispositivos institucionais, objetivou-se entender a:

redefinição das práticas pedagógicas e do cuidado, a partir de uma perspectiva de trabalho em equipe e de atividades coletivas de aprendizagem, o vínculo da formação ao processo de trabalho e aos problemas do cotidiano dos serviços, atividades orientadas para os problemas dos usuários, pautadas na continuidade e em espaços múltiplos de atuação – tais como localidade, família, organizações sociais e populares, rede de serviços de saúde, organizações não-governamentais (PINHEIRO et al., 2011a, p. 50).

E, por fim, na dimensão molecular, de como os atores refletem, vivenciam, reproduzem e criam suas práticas, forma investigados:

contato e interseção entre processos de trabalho e de formação, por meio de novos olhares em cenários de aprendizagem diversificados, construção de momentos pedagógicos que envolvam a vivência e a reflexão crítica, socialmente comprometida, dos atores sobre os problemas de saúde individuais e das coletividades nos seus aspectos epidemiológicos, culturais e socioeconômicos e a valorização de espaços “agradáveis” de ensino-aprendizagem e para o cuidado (PINHEIRO et al., 2011a, p. 50).

Nas seções seguintes, foram descritas cada uma das técnicas utilizadas, assim como o tratamento analítico específico para cada uma desta.

2.1.1 Análise documental

Os documentos podem ser instrutivos por auxiliarem na compreensão das realidades sociais em contextos institucionais (FLICK, 2009). Estes podem ser de fontes escritas ou não, primárias ou secundárias, contemporâneas ou retrospectivas (LAKATOS; MARCONI, 2003).

Gil (2008, p. 147) define que “para fins de pesquisa científica são considerados documentos não apenas os escritos utilizados para esclarecer determinada coisa, mas qualquer objeto que possa contribuir para a investigação de determinado fato ou fenômeno”.

A análise destes documentos deve levar em conta quem os produziu, com quais objetivos e quem os utiliza em seu contexto natural, ou seja, para além de se focar somente no conteúdo dos documentos, é importante que seja levado em conta também o contexto, a utilização e a função destes (FLICK, 2009).

No âmbito desta pesquisa, foram selecionados os documentos que obtiverem alguma pertinência para o escopo do estudo, tais como: o Projeto Político-Pedagógico (PPP) do curso, ementa de disciplinas, relatórios avaliativos de atividades das disciplinas, atas de reuniões universidade-serviço ou de comissões da universidade, assim como outros documentos que o pesquisador julgou pertinente no processo da pesquisa. Estes documentos foram acessados em meio eletrônico ou impresso, a partir da solicitação e autorização dos responsáveis pelo acesso.

Estes dados foram utilizados para auxiliar na contextualização do curso nas dinâmicas socioculturais e métodos pedagógicos e dos atores e cenários existentes. Foram utilizados de maneira complementar aos dados produzidos nas entrevistas e diário de campo. Sua análise ocorreu por meio da reunião destes documentos, descrição e transcrição eventual de seu conteúdo e, por fim, ordenação das informações para a seleção daquelas que pareciam pertinentes aos objetivos desta pesquisa (LAVILLE; DIONNE, 1999).

2.1.2 Observação participante

A observação participante possibilita acessar mais claramente as práticas cotidianas, o que permite compreender como algo efetivamente funciona ou ocorre (FLICK, 2009). Trata-se de um método extremamente útil, pois diversos fenômenos sociais relevantes são impossíveis de serem registrados em entrevistas ou documentos quantitativos (como os *surveys*), fazendo necessário a observação destes em suas realidades (MALINOWSKI, 1975).

Esta técnica tem como pressuposto fundamental o fato de que “a interação direta com as pessoas na sua vida cotidiana pode auxiliar a compreender melhor suas concepções, práticas, motivações, comportamentos e procedimentos, e os significados que atribuem a essas práticas” (CHIZZOTTI, 2008, p. 65).

Como característica importante da observação participante, está a possibilidade de se entender certos fenômenos partir da perspectiva de quem está dentro de situações ou

ambientes específicos, situando essas questões no tempo presente. O pesquisador pode assumir diversos papéis que permite o estabelecimento e manutenção das relações com aqueles que são pertencentes ao campo, operando com uma lógica e um processo de investigação flexíveis e ilimitados, conforme a influência do que emerge no decorrer do processo investigativo (FLICK, 2009).

Operacionalmente, o observador mantém-se presente na situação social, colocando-se face a face com o território investigado e seus atores, colhendo os dados ao participar da vida deles em seus cenários culturais (CHIZZOTTI, 2008; MINAYO, 2004). Corresponde, portanto, a um mergulho no campo social, em que o pesquisador se torna parte do contexto sob observação, observando-o como membro, mas também o influenciando (FLICK, 2009).

Entendendo, a partir de uma perspectiva fenomenológica, que toda relação pesquisador-pesquisado é um encontro de intersubjetividades e que a estrutura de significados de ambos devem ser observadas e traduzidas para os constructos consistentes de um quadro de referencial teórico-metodológico, Schutz (1953 apud MINAYO, 2004) propõe algumas recomendações para o trabalho de campo do observador: deve colocar-se no mundo de seus observados, buscando entender os princípios gerais que os homens seguem na sua vida cotidiana, para organizar sua experiência, particularmente as de seu mundo social; deve manter uma perspectiva dinâmica que ao mesmo tempo leve em conta as relevâncias dos atores sociais e tenha em mente o conjunto de relevâncias de sua abordagem teórica, o que lhe permite interagir ativamente com o campo; deve abandonar, na convivência, uma postura externa “de cientista”, entrando na cena social dos entrevistados como uma pessoa comum que partilha do cotidiano, isto é, sua estrutura de relevâncias teóricas fica implícita.

Malinowski (1975) aponta que, no processo investigativo da observação participante, o pesquisador pode lançar mão de determinados métodos particulares para selecionar, coletar, manipular e estabelecer os dados. Dentre estes métodos, destaca-se o diário de campo, instrumento básico de registro de dados do pesquisador que existe desde os trabalhos dos primeiros antropólogos (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

O diário de campo foi e continua sendo amplamente utilizado por pesquisadores de diferentes concepções teóricas, havendo destaque para René Lourau e Remi Hess, estudiosos que, a partir dos anos 70, procuraram compreender, sistematizar e (re)conceituar o diário de campo como um método de investigação (AZEVEDO; CARVALHO, 2009). Dentro desta multiplicidade de concepções sobre o diário de campo, escolheu-se utilizar neste presente trabalho as proposições de Hess (1988) sobre o que este autor denomina de “diário institucional”, entendendo que esta proposição poderia ser útil ao escopo deste estudo.

O diário institucional trata-se de uma técnica que consiste na descrição diária dos fatos organizados em torno de uma vivência em uma instituição. Devem-se anotar periodicamente fatos marcantes (encontros, reflexões, leituras, conflitos, entre outros), tendo uma relação com o objetivo que se está dando para este diário. Trata-se de um diário individual de um ator num estabelecimento que pode ou não ser lido com quem ele trabalha (HESS, 1988).

O principal objetivo deste instrumento é clarear sua relação com o seu trabalho e com a instituição tomada como alvo da pesquisa, sendo que a sua utilização pode desvelar as implicações que se fazem presentes no cotidiano do trabalho e na instituição, expondo contradições existentes entre os projetos anunciados e as práticas institucionais. Sua produção permite a análise da articulação de aspectos de natureza individuais, intersubjetivas, grupais, organizacionais e institucionais da vida em sociedade (HESS, 2006).

No âmbito desta referida pesquisa, o diário institucional figurou como uma possibilidade de relato do cotidiano das práticas de ensino dos graduandos em saúde coletiva em cenários diversificados de práticas. Acredita-se na potência deste dispositivo, dado que a escrita pode ser vista como “uma forma de dar visibilidade, de fazer falar, de fazer contar, de trazer algo que é pessoal, mas que pode extrapolar-se e trazer outras coisas à cena” (AZEVEDO; CARVALHO, 2009, p. 217). Além do mais, como justifica Hess (1988), o escrito pode ser lido e relido, sendo objeto de uma autorreflexão, de uma autoanálise.

Para esta prática diarística, foram considerados os dois momentos de escrita propostos por Azevedo e Carvalho (2009) – o registro inicial e reescrita após releituras –, conforme será descrito em detalhes a seguir.

Primeiramente, foi realizado o registro inicial dos acontecimentos no diário, quando o diarista estava em campo. Tratou-se de um momento de captura de falas, gestos, movimentos, observações, sensações, devaneios, síntese de reuniões, sentimentos, conversas, percepções, reações e qualquer outra composição de paisagens e enunciados que afeta o diarista no seu processo de trabalho na instituição. Neste momento, buscou-se fixar ao presente sem perder-se em tentativas de interpretações e análises, já que este é um processo a ser realizado em fase posterior.

Em um segundo momento, foi enfatizada a releitura e reescrita dos registros mais relevantes para a análise, buscando tornar as anotações realizadas compreensíveis para outros leitores. Tratou-se, portanto, do resgate da memória e constituição de uma narrativa. Este momento posterior é essencial ao processo investigativo, dado que com na releitura com a tomada de distância do vivido que é possível compor novas abordagens reflexivas sobre o vivido, além de se aliar a teoria à prática (HESS, 1988).

Esta passagem do diário íntimo para um material publicável, que possa ser utilizado como ferramenta coletiva, não é simples. Faz-se necessário a reescrita do diário, resumindo-o ou censurando-o para adequar-se ao entrelaçamento das forças presentes na dimensão onde tal escrito será veiculado (HESS, 1988). O trabalho de reescrita, portanto, não é um momento isento de “interpretações”, pois é inevitável a busca por explicações e tentativas de compreensões neste processo (MAIRESSE, 2003).

Por fim, foi compartilhado o material com um grupo de sujeitos que também estão implicados na instituição, levando em conta que, como afirma Hess (1988) é na leitura e releitura do material por aqueles que não o escreveram que ocorre o processo de intervenção, análise e clareamento das relações instituídas. Foram selecionados dois sujeitos (uma professora que atuava na instituição e um pós-graduando em saúde coletiva de outra instituição), buscando um esforço conjunto para a emergência de uma concepção coletiva sobre a instituição, ou seja, um processo ativo de compreensão que seja ancorado numa tentativa de estabelecer explicações das contradições invés das suas recusas.

Acreditou-se que o diário de campo, portanto, cumpriria com o objetivo de se constituir uma ferramenta para expressar e dar visibilidade a movimentos de aproximação e de distanciamento, podendo revelar as implicações do investigador neste processo de trabalho/pesquisa tanto no momento de retorno às anotações com o ordenamento do escrito, quanto no momento que torna público seus escritos (BRANDÃO, 2007; LOURAU, 2004a). Estes movimentos de aproximação e de distanciamento fazem com que o autor do diário exercite uma atenção concentrada no presente, na experiência que vivencia naquele momento de escrita, pois apenas essa vigilância permitirá a concretização da dupla função de construir certa distância *pari passu* à obtenção de certa familiaridade (AZEVEDO; CARVALHO, 2009).

Dado todo o potencial já descrito anteriormente, concebeu-se a prática diarística como uma oportunidade de reflexão, de pensar algumas experiências vividas e de se pensar a formação em saúde coletiva e a sua direção no desejo de se formar sob o eixo da integralidade. Assim, como salienta Hess (1988), a escrita pode ajudar a objetivar, a compreender o mundo social no qual se está inserido. Está contida nesta perspectiva a tentativa conduzida pelo pesquisador deste projeto de, ao acompanhar práticas formativas em cenários diversificados, confrontar-se com o vivido de maneira reflexiva. Deste modo, neste trabalho, foi utilizado o diário institucional do pesquisador a partir da observação de processos formativos de graduandos em saúde coletiva em cenários diversificados de aprendizagem, englobando, inclusive, discentes em diferentes períodos do curso. A análise

dos dados contidos neste diário institucional foi realizada juntamente com os dados oriundos das entrevistas, conforme será explicitado na próxima subseção.

2.1.3 Entrevista

O termo “entrevista” advém dos radicais latinos *inter* e *videre*, sendo entendido etimologicamente como “entre olhos”, “no meio dos olhares”, “dar uma olhada”, “ver-se mutuamente”, “ver juntos”, situações observáveis numa relação de entrevista pessoal (TURATO, 2003).

No contexto da pesquisa científica, Kahn e Cannell (1961, p. 51) entendem a entrevista como uma “conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vista a este objetivo”.

Gil (2008, p. 109) lembra que a entrevista é “uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação”. Neste sentido, a entrevista é um meio em que o pesquisador procurará obter informes contidos na fala dos atores sociais, não podendo ser considerada como uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos dados dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (CRUZ NETO, 2006).

Ao privilegiar a fala dos atores sociais, a entrevista permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, favorecendo o acesso direto ou indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante. Assim, a entrevista dá voz ao interlocutor para que ele fale do que está acessível a sua mente no momento da interação com o entrevistado e em um processo de influência mútua produz um discurso compartilhado pelos dois atores: pesquisador e participante (FRASER; GONDIM, 2004).

Nesta etapa da pesquisa, foram realizadas entrevistas com discentes de diversos períodos da graduação em saúde coletiva a partir de convite individual realizado pelo pesquisador. A amostra foi intencional englobando estudantes cursando disciplinas em

cenários de práticas não contemplados na observação participante, com base na indicação dos professores destas disciplinas ou dos próprios graduandos que estavam sendo entrevistados.

A fim de explorar os valores, sentidos e significados que emergem das práticas de ensino dos graduandos em saúde coletiva, o roteiro (APÊNDICE A) foi composto de uma única questão disparadora: “conte-me como é que foi a sua passagem aqui no cenário de práticas?”. Apesar dos entrevistados terem a liberdade de construir suas respostas a partir da ênfase em diferentes aspectos, o pesquisador buscou garantir que fossem explorados os seguintes elementos na descrição reflexiva desta atuação no campo de práticas – fazendo, caso seja necessário, perguntas complementares sobre estes itens –: relação com a equipe do serviço, relação com os usuários deste serviço, inserção nos processos de trabalho da equipe, principais atividades desenvolvidas, orientação aos princípios do SUS, desenvolvimento de análise crítica sobre as ações desenvolvidas, protagonismo no desenvolvimento das atividades e integração ensino-serviço.

As entrevistas foram realizadas nas dependências da universidade ou no próprio campo de prática, em espaço que propiciasse a não interferência de atores externos no momento de sua realização. Os registros das respostas foram gravados eletronicamente para posterior transcrição deste material.

Os dados coletados por meio das entrevistas foram lidos de forma exaustiva e analisados a partir dos campos de atuação propostos no interior do EnsinaSUS dentro das áreas temáticas “Integração da rede de gestão e de serviços de saúde e com controle social” e “Integração interdisciplinar e interprofissional de saberes e práticas usuário-centradas” (Quadro 1)¹⁴. A escolha destas categorias para a análise proposta nesta dissertação se dá porque elas contemplam elementos que compõem a rede de serviços e os saberes e práticas que são produzidos e reproduzidos no cotidiano das instituições de saúde, com potencial para constituir espaços de construção da integralidade em saúde (PINHEIRO et al., 2011b).

A análise dos dados privilegiou a compreensão e a interpretação das vivências dos sujeitos nos cenários de práticas, assim como das vivências registradas no diário de campo. A apresentação dos resultados foi realizada de forma descritiva, sendo que a discussão e interpretação dos dados foram desenvolvidas a partir dos referenciais teóricos da saúde coletiva, das ciências sociais e humanas e da pedagogia.

¹⁴ Como não houve nos dados empíricos nenhuma fala ou experiência observada aos campos de atuação “vínculo” e “sabedoria prática – saberes científicos e os populares”, estes não foram incluídos como categorias na análise dos dados desta referida pesquisa.

Quadro 1 – Categorias para a análise das entrevistas e dos registros do diário de campo.

ÁREA	TEMA
Integração da rede de gestão e de serviços de saúde e com controle social	Acolhimento e responsabilização
	Interinstitucionalidade
	Autonomia do usuário
	Resolutividade
	Permeabilidade ao controle social
Integração interdisciplinar e interprofissional de saberes e práticas usuário-centradas	Ampliação da clínica
	Trabalho multiprofissional e transdisciplinar
	Ação intersetorial
	Práticas locais de ensino na saúde
	Alteridade com os usuários

Fonte: Adaptado de Pinheiro et al. (2011b).

2.2 Campo e unidade de análise

O projeto foi realizado com os atores e instituições envolvidos no curso de graduação em saúde coletiva do IESC/UFRJ. Este curso foi implantando em 2009, tendo formado quatro turmas até o momento. A sua carga horária de 3.285 horas, sendo 657 horas de atividades em campos de práticas.

O curso funciona em período integral (manhã e tarde) na modalidade presencial, com duração recomendada de oito segmentos e prazo máximo para a integralização de 12 segmentos. Apesar da entrada anual ser de 40 estudantes, só há até o atual momento 55 concluintes¹⁵. Isto é resultado do alto índice de evasão estudantil, sendo que muitos estudantes ingressam no curso visando a transferência interna para outros cursos na universidade. Além disso, o horário integral dificulta que candidatos que possuem vínculo empregatício a compatibilizar estudo e trabalho, levando à desistência e ao trancamento do curso. Esta questão fez com que o Núcleo Docente Estruturante do curso iniciasse recentemente o processo de discussão da reforma curricular do curso (UFRJ, 2016).

¹⁵ Dados obtidos com a secretaria de graduação do curso em fevereiro de 2017.

Em relação ao perfil sociodemográfico dos estudantes do curso¹⁶, dos 119 estudantes matriculados atualmente no curso, 55 são cotistas, o que representa 46,2% do corpo discente do curso. Poucos são os estudantes que concluem o curso no tempo previsto para a integralização do curso de quatro anos, levando normalmente de cinco a seis anos para se formarem. Isto se dá, muitas vezes, pela “incompatibilidade entre o horário integral do curso e a necessidade de emprego/trabalho do corpo discente, em grande parte proveniente de classes sociais menos favorecidas” (UFRJ, 2016, p. 28)

Conforme previsto no seu PPP, o curso visa formar profissionais com perfil interdisciplinar aptos a atuar no planejamento, na gestão e na execução de ações em saúde coletiva e, simultaneamente, responder às novas necessidades decorrentes das mudanças nas formas de organização e gestão das instituições e empresas, tanto no setor público quanto no privado. Para tanto, busca-se

proporcionar uma visão integrada das relações entre os elementos dos meios ecológico, sociocultural, econômico e político sabendo utilizar os conhecimentos adequados no trato das questões de saúde da coletividade, das necessidades da sociedade, respeitando sua diversidade cultural, de forma a facilitar o diálogo entre os diferentes interesses e setores (UFRJ, 2010, p. 12-13).

Em termos de organização curricular, o curso busca articular conhecimentos das áreas de epidemiologia; ciências sociais e humanas em saúde; política, planejamento e gestão em saúde; saúde, ambiente e trabalho; bioética e de outras áreas complementares consideradas relevantes e favoráveis à ampliação da formação (UFRJ, 2010).

No âmbito das vivências práticas, o PPP prevê atividades transversais ministradas do primeiro ao último período de formação, de cunho teórico-prático, denominadas Atividades Integradas em Saúde Coletiva (AISC). Estas objetivam desenvolver e avaliar as competências necessárias ao exercício da profissão de sanitarista, tendo como suporte teórico os conteúdos das ciências biológicas, das ciências exatas, das ciências humanas e sociais, além dos conteúdos específicos do campo da saúde coletiva.

Os cenários práticos são diversificados, abrangendo desde os diferentes níveis de complexidade dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde, incluindo-se as instâncias de gestão e planejamento, até as organizações não-governamentais (ONG) e movimentos sociais. Para cada um dos semestres, dá-se um enfoque diferente. A atual configuração de enfoques para cada uma das oito AISC pode ser visualizada no Quadro 2.

¹⁶ Dados obtidos com a secretaria de graduação do curso em fevereiro de 2017. Não há outras informações sistematizadas que possam auxiliar a caracterização dos estudantes (sexo, idade, renda, local de residência, formação em escola pública ou particular, entre outros).

Quadro 2 – Enfoques das AISC do curso de graduação em saúde coletiva do IESC/UFRJ.

AISC	Enfoque
I	Panorama geral sobre o sistema de saúde
II	Movimentos e organizações sociais; terceiro setor
III	Atenção primária à saúde
IV	Acesso à saúde e itinerários terapêuticos
V	Atenção terciária; hospitais; vigilância epidemiológica
VI	Planejamento em saúde; diagnóstico de saúde
VII	Vivência e atuação em cenários práticos específicos ¹⁷
VIII	

Legenda: AISC – Atividades Integradas em Saúde Coletiva.

Fonte: UFRJ, 2010.

2.3 Compartilhamento do processo e dos resultados com os interessados

Para além da redação desta dissertação e da participação em congressos científicos da área visando a divulgação do conhecimento produzido, foi realizada, como etapa final desta investigação, uma restituição aos sujeitos da pesquisa no intuito de “coletivização e a permanência da análise [...] como uma práxis, uma nova maneira de viver e de trabalhar” (LOURAU, 2004d, p. 136).

Entende-se que o compromisso de uma devolutiva das informações obtidas compõe como um dos aspectos da dimensão ética da pesquisa qualitativa em saúde (SILVA; MENDES; NAKAMURA, 2012). Neste sentido, desencadeou-se processos de devolutiva que

¹⁷ Trata-se de cenários práticos que contemplem a possibilidade de experiências em que o graduando possa “desenvolver atividades atinentes ao sanitarista com o acompanhamento direto de preceptores locais e dos professores responsáveis; desenvolver trabalho interdisciplinar de modo integrado à equipe multiprofissional de saúde; acompanhar e participar da rotina de trabalho do serviço, propiciando a atuação em processos de trabalho específicos do sanitarista; realizar diagnóstico das necessidades do serviço a partir da experiência vivenciada e da aplicação de instrumentos da saúde coletiva; propor o desenvolvimento de projeto de intervenção no âmbito da saúde coletiva visando contribuir com as atividades do serviço e/ou população assistida a partir do diagnóstico previamente realizado; participar da avaliação do projeto de intervenção em conjunto com a equipe de saúde” (UFRJ, 2015, p. 4-5). No ano de 2016, compuseram como cenários desta disciplina: Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde do Ministério Público do estado do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/RJ (SMS-Rio), Divisões de Vigilância em Saúde das Coordenações de Atenção Primária da SMS-Rio, Programa Saúde na Escola da SMS-Rio e Unidades Básicas de Saúde da SMS-Rio para atividades de planejamento em saúde.

contribuíssem para que os docentes, gestores, trabalhadores e estudantes participantes desta investigação desenvolvessem sua capacidade reflexiva objetivando avaliar situações vivenciadas no cotidiano e aumentar a capacidade de intervenção dos mesmos.

Para tanto, foram utilizados tanto espaços institucionais como a Comissão de Graduação (COMGRAD) do curso aqui pesquisado, quanto a criação de espaços abertos para o diálogo e troca dos processos e produtos advindos desta pesquisa com os diferentes atores implicados diretamente com a pesquisa ou com referência indireta a temática da pesquisa.

2.4 Considerações de ordem ética

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMS/UERJ, sob o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 51085215.0.0000.5260. Também houve a sua submissão à COMGRAD do curso de graduação em saúde coletiva do IESC/UFRJ para a anuência da instituição

O convite à participação da pesquisa aos participantes que realizaram a entrevista foi realizado pelo pesquisador, que explicou os procedimentos da pesquisa, esclarecendo as dúvidas e recolhendo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Os sujeitos de pesquisa foram abordados pelo endereço eletrônico, telefone ou, majoritariamente, em conversa presencial preliminar introdutória do projeto. Este primeiro contato visou informar os potenciais participantes desta pesquisa sobre os objetivos do projeto, bem como sua relevância na contribuição sobre questões como formação profissional, integralidade na formação de profissionais de saúde, graduação em saúde coletiva, integração ensino-serviço, educação permanente em saúde, cenários diversificados de aprendizagem, entre outros.

Após esta explanação, os sujeitos contatados foram convidados a participar voluntariamente do projeto e, quando aceitavam, estabeleceu-se uma data para a realização das entrevistas.

Antes da entrevista, o pesquisador colheu a assinatura do TCLE impresso em duas vias, sendo uma destinada ao sujeito de pesquisa e a outra ao pesquisador. Foi exposto ao participante que este tinha a liberdade de interromper sua participação neste estudo a qualquer

momento, sem prejuízo de qualquer espécie. Também foi garantida a possibilidade de solicitar esclarecimentos aos pesquisadores sobre esta investigação a qualquer momento.

Como a pesquisa foi feita com estudantes do ensino superior, um público autônomo e bem-informado, não havia, portanto, a participação de grupos vulneráveis e, por conseguinte, inexisteram as consequências questionáveis oriundas de pesquisas que utilizam tais sujeitos. Não havia, portanto, riscos previsíveis decorrentes da participação neste estudo, para além dos riscos já inerentes a uma situação de entrevista.

Os critérios de inclusão no estudo foram: i) ser discente do curso de graduação em saúde coletiva do IESC/UFRJ, ii) inclusão voluntária e iii) concordar e assinar o TCLE. Já os critérios de exclusão do estudo foram: i) não assinar o TCLE e/ou ii) não concordar em participar da pesquisa.

Seguindo-se as recomendações do MS para desenvolvimento de pesquisas em seres humanos (BRASIL, 2013), todos os procedimentos de coleta e análise de dados, assim como a divulgação de resultados foram realizados tendo em vista a preservação do anonimato e confidencialidade dos participantes desta pesquisa. Todas as informações prestadas pelos participantes foram utilizadas com interesse estritamente acadêmico para fins didáticos e/ou científicos no âmbito desta investigação em específico.

Não houve nenhuma forma de reembolso de dinheiro, da mesma forma que os participantes não tiveram gastos financeiros relacionados com a participação nesta pesquisa.

Para a realização da observação participante e da pesquisa documental não foram utilizados TCLE, sendo que a realização destas etapas da pesquisa esteve condicionada a anuência da instituição, que foi recolhida antes da entrada do pesquisador no campo.

2.5 Da implicação do pesquisador no campo

O percurso teórico-metodológico desta dissertação se constituiu das experiências de vida, dentre as quais se inclui as do próprio pesquisador. A discussão sobre os valores que sustentam as práticas sob o eixo da integralidade se deu por meio da análise dos relatos de inserção deste no campo de pesquisa. Deste modo, os interesses e as inquietações do pesquisador suscitados durante a docência no curso de graduação em saúde coletiva do IESC/UFRJ indicaram a pertinência da utilização de uma ferramenta na condução desta investigação: a análise institucional.

A análise institucional é proposta por René Lourau e tem como procedimento privilegiado o conceito de implicação. Esta ferramenta está colocada para auxiliar o pesquisador a problematizar os efeitos que percebe em si, a partir do contexto que estuda, no confronto com o campo, seus participantes e suas relações. Tal postura de reconhecer estar implicado com o objeto e o mundo que pretende descrever significa “admitir que sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias, etc” (LOURAU, 2004b, p. 147-148). A implicação coloca, portanto, em questão os pressupostos objetivistas e cientificistas da “neutralidade” analítica, que exige que o pesquisador se esforce para a objetivação do material produzindo em campo, isentando-se das suas opiniões (LOURAU, 2004c).

Portanto, partiu-se aqui de uma perspectiva sobre o conhecimento que não deixa de reconhecer o sujeito enquanto participante da realidade que pretende estudar. Faz parte do processo de conhecimento “colocar em análise” a implicação, operação essencial para a ética da pesquisa, tanto para pesquisas de campo quanto para investigações teóricas, ou seja, o essencial para a ética da pesquisa é a análise da implicação e não a implicação (LOURAU, 2004a).

Partindo deste entendimento, tornou-se um imperativo ético-epistêmico nesta investigação a realização da análise das implicações do autor/pesquisador neste processo de produção de conhecimento. Como um exercício de coerência e honestidade na pesquisa, buscou-se atingir as suposições nas quais o método está baseado para esclarecer seu papel na construção do conhecimento.

Na observação participante, o pesquisador constrói certa distância do objeto enquanto observa, mas ao mesmo tempo necessita obter o máximo de familiaridade com o campo de estudo. Isto significa que o pesquisador deve receber passivamente o que este ambiente de pesquisa tem a lhe passar e também deve construir ativamente uma rede de relações contíguas com as coisas e as pessoas (LOURAU, 2004e). Apesar da maior participação do observador poder repercutir no seu maior envolvimento com a situação, esta maior participação também aumenta a possibilidade de o aproximar da dinâmica real dos acontecimentos. Portanto, é estratégico que o investigador, entendendo como dados da própria pesquisa, torne explícitas as fontes de informação sobre o problema ser pesquisado, o campo no qual a pesquisa se deu, as especificidades dos informantes e a situação na qual a pesquisa foi desenvolvida do ponto de vista institucional (MINAYO, 2004).

Neste sentido, de modo semelhante ao desenvolvido por Honorato (2007), o diário de campo foi utilizado aqui como uma estratégia de triangulação da própria atividade de

pesquisa. Este foi utilizado para dar visibilidade a implicação do pesquisador por meio da atitude de autoconfrontação que é necessária para provocar momentos de desconforto, organização e reorganização de um saber-fazer nas diversas etapas do desenvolvimento da pesquisa. Para tanto, manteve-se na escrita da dissertação a narrativa na primeira pessoa do singular para as observações mais relativas a um “fora-texto”¹⁸, ou seja, à implicação pessoal.

¹⁸ Analisando os diários de Malinowski publicados postumamente com as censuras, Lourau os considera como um “fora-texto” em relação à obra oficial, como o recalcado que lhe dará sentido. Este conceito de “fora-texto” estaria para este autor remetendo aos sentimentos vivenciados no decorrer da pesquisa, as surpresas, os impasses, que, apesar de geralmente ficarem de fora dos resultados das pesquisas tradicionais, assumem grande relevância nas análises institucionais (LOURAU, 2004c).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos sujeitos e cenários de aprendizagem da pesquisa

A fase de campo da pesquisa ocorreu de abril a agosto de 2016, período que correspondeu ao primeiro semestre letivo de 2016. Como o curso de graduação em saúde coletiva do IESC/UFRJ tem entrada anual, as disciplinas são normalmente ofertadas somente uma vez por ano, sendo que as AISC I, III, V e VII ocorrem no primeiro semestre e as AISC II, IV, VI e VIII no segundo semestre. Deste modo, para contemplar todas as AISC do curso nesta pesquisa e se adequando ao curto prazo previsto para o campo desta investigação, foram entrevistados estudantes que realizaram as AISC do segundo semestre no período letivo anterior (segundo semestre letivo de 2015), ao passo que foram feitas entrevistas ou observação participante das AISC que ocorriam neste respectivo semestre.

Inicialmente, o pesquisador convidou para a realização das entrevistas estudantes das AISC que ocorreram no segundo semestre de 2015: AISC II, AISC IV e AISC VI¹⁹. Ao longo de todo o período da fase de campo, o pesquisador realizou a observação de quatro cenários de aprendizagem: Unidade Básica de Saúde (UBS) - AISC III, Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) - AISC V, Programa Saúde na Escola (PSE) - AISC VII e Ministério Público (MP) - AISC VII²⁰. Ao final do semestre, foram realizadas entrevistas com estudantes dos cenários de aprendizagem que não foram incluídas nas observações participante: AISC I, Divisão de Vigilância em Saúde das Coordenadorias de Atenção Primária (DVS/CAP) - AISC V, DVS/CAP - AISC VII, UBS - AISC VII e unidades de vigilância sanitária (VISA)²¹ - AISC VII (Quadro 3).

¹⁹ Não foram selecionados estudantes para serem entrevistados sobre a AISC VIII, dado que, conforme apresentado no Quadro 3, esta AISC ocorre de forma associada a AISC VII, em que normalmente o estudante permanece por dois semestres consecutivos em um mesmo cenário de aprendizagem. Como os cenários de aprendizagem da AISC VII já estavam incluídos na observação este semestre, não se fazia necessário na pesquisa entrevistar estudantes da AISC VIII.

²⁰ A escolha destes quatro cenários para a realização da observação se deu porque o pesquisador atuava na tutoria de dois destes (UBS e PSE) e os outros dois escolhidos (MP e NVEH) tinham maior compatibilidade de horário para a participação do pesquisador no horário previsto de atuação dos estudantes nestes serviços.

²¹ Não há sigla para este tipo de unidade, mas esta será tratada doravante pela sigla VISA (Vigilância Sanitária).

Nas entrevistas, o estudo contou com a participação de 15 graduandos. Houve a recusa de dois estudantes para participarem da pesquisa, ambos por referirem não ter disponibilidade de horário para a realização da entrevista. Com exceção de um dos cenários (em que houve uma das recusas de participação)²², todos os outros tiveram dois estudantes sendo entrevistados. Para cada um dos cenários, era convidado um estudante com base na indicação do docente da disciplina, dos colegas do curso ou da própria indicação do pesquisador, e, a partir daí, solicitava-se sugestão dos próprios entrevistados sobre outro estudante que tivesse tido uma inserção ou percepção diferente da sua na disciplina para participar do referido estudo.

Quadro 3 – Técnica de pesquisa utilizada em cada um dos cenários de aprendizagem investigados.

AISC	Cenário de aprendizagem	Técnica de pesquisa
I	Serviços de saúde (CAPS, CAP, CER, maternidade, UBS e UPA)	Entrevista
II	Conselhos de saúde e movimentos sociais	Entrevista
III	UBS	Observação participante
IV	Itinerários terapêuticos	Entrevista
V	DVS/CAP	Entrevista
	NVEH	Observação participante
VI	Território-área* de UBS	Entrevista
VII VIII	DVS/CAP	Entrevista
	MP	Observação participante
	PSE	Observação participante
	UBS	Entrevista
	VISA	Entrevista

Legenda: AISC – Atividades Integradas em Saúde Coletiva; CAP – Coordenadoria de Atenção Primária; CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; CER – Coordenação de Emergência Regional; DVS/CAP – Divisão de Vigilância em Saúde da Coordenadoria de Atenção Primária; MP – Ministério Público; NVEH – Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar; PSE – Programa Saúde na Escola; UBS – Unidade Básica de Saúde; UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

Nota: *O território-área refere-se à área de uma unidade de saúde, delimitando-se em função do fluxo e contrafluxo de trabalhadores de saúde e da população num determinado território (MENDES, 1993).

Fonte: O autor, 2016.

²² Como neste cenário de aprendizagem só havia dois estudantes inseridos, realizou-se a entrevista somente com o estudante que se dispôs a participar do estudo.

Os entrevistados tinham em média 24,2 ($\pm 5,6$) anos, com idade variando de 17 a 36 anos. As entrevistas tiveram uma duração média de 51 (± 27) minutos, variando de 21 minutos a uma hora e 58 minutos. Três (20%) dos 15 estudantes participantes das entrevistas desta pesquisa tinham inserção profissional prévia ou atual em serviços de saúde e/ou relacionados à saúde coletiva. Cinco (33,3%) dos 15 estudantes já tinham formação técnica ou superior em outro curso (Quadro 4).

Quadro 4 – Caracterização dos estudantes entrevistados.

N*	Sexo	Idade	Formação universitária/ técnica prévia	Inserção profissional prévia na saúde	Período do curso	AISC
11	Feminino	17	Não	Não	1°	I
12	Masculino	30	Téc. em Nutrição e Dietética; Administração	Não	1°	I
21	Feminino	21	Não	Não	3°	II
22	Feminino	20	Não	Não	3°	II
41	Feminino	21	Téc. em Gerência em Saúde	Não	5°	IV
42	Feminino	36	Letras	Adm. em UBS e hospital	5°	IV
51	Feminino	35	Não	Adm. em hospital	5°	V
52	Feminino	28	Téc. em Enfermagem; Enfermagem	Vigilância em saúde; assistência hospitalar	5°	V
61	Feminino	22	Não	Não	7°	VI
62	Feminino	21	Não	Não	7°	VI
71	Feminino	21	Não	Não	7°	VII
72	Feminino	24	Não	Não	7°	VII
73	Masculino	21	Téc. em Gestão Empresarial	Não	7°	VII
74	Feminino	21	Não	Não	7°	VII
75	Masculino	25	Não	Não	7°	VII

Legenda: Adm. - Administrativo; AISC - Atividades Integradas em Saúde Coletiva; N - número; Téc.- Técnico; UBS - Unidade Básica de Saúde.

Nota: * Os participantes foram identificados por meio da letra E seguida de numeração específica composta de dois dígitos: o primeiro relacionado à disciplina cursada e o segundo a ordem em que foi entrevistado.

Fonte: O autor, 2016.

A observação participante ocorreu de dezenove de abril a nove de agosto de 2016, com o pesquisador inserido em quatro cenários de aprendizagem, realizando um total de vinte e cinco observações de momentos diferentes. Como tratam-se de cenários que possuem funcionamentos distintos, a observação durou de quatro a doze horas para cada um dos momentos²³. No Quadro 5, estão apresentados os cenários, número de observações e atores envolvidos na dinâmica, com destaque para professores e áreas de vinculação no IESC/UFRJ, número de graduandos envolvidos e período, equipe de preceptoras envolvidas e se houve envolvimento com usuários.

A partir da análise documental realizada por meio, principalmente, dos programas das disciplinas ministradas nos semestres letivos 2015.2 e 2016.1, estruturou-se no Quadro 6 uma caracterização das AISC, enfocando quais são os cenários de aprendizagem que compõem cada uma destas, assim como seu enfoque programático, metodologia e avaliação. A seguir, serão apresentados alguns dados e tecidas discussões a partir da análise documental, que buscam auxiliar na caracterização dos cenários de aprendizagem objetos desta investigação, assim como uma caracterização das próprias AISC.

Houve diversas modificações em relação aos cenários de aprendizagem desde o início do curso em 2009 até os dias atuais, havendo mudanças relacionadas, inclusive, à proposta programática de algumas destas AISC quando comparadas ao preconizado pelo PPP do curso (ANEXO A, Quadro 7). É possível observar, por exemplo, que a AISC IV, que tinha sido concebida no PPP por meio da “inserção e análise da situação de saúde nos serviços de atenção secundária” (UFRJ, 2010, p. 79) tendo como locais de práticas os hospitais especializados, transformou-se em uma disciplina para se discutir questões da rede de atenção à saúde, linhas de cuidado e itinerário terapêutico, por meio do exercício de mapeamento de um itinerário terapêutico de algum sujeito escolhido pelos estudantes.

Estas modificações que ainda estão em processo nas disciplinas são resultantes do próprio dinamismo das relações de articulação entre a universidade e os serviços de saúde e também da própria experimentação e constantes rearranjos no desenvolvimento destas disciplinas nos cenários de aprendizagem, com a adaptação das propostas às possibilidades de acompanhamento docente e até da própria aceitabilidade do serviço.

²³ A variabilidade de momentos se deu por conta da distinção de carga horária de inserção dos estudantes em cada um dos campos, assim como o aspecto de alguns campos necessitarem maior tempo de observação.

Quadro 5 – Caracterização dos atores dos cenários de aprendizagem observados e número de observações realizadas.

AISC	Cenário de aprendizagem	N	Docente(s)	Graduandos	Preceptores/ profissionais do serviço	Usuários
III	UBS (diversos setores) e casas dos moradores adscritos nessa unidade que recebiam ações dos ACS ou AVS	4	3 CSHS, EPI e PPS	17 do terceiro período (divisão em duplas ou trios para a realização das observações de rotina e seminário final; supervisão diária em conjunto)	Gerente da UBS, equipe de saúde da família e técnico-administrativos	Envolvimento nas observações dentro da unidade e no território
V	NVEH de um hospital universitário e suas seções: epidemiologia, vigilância da mortalidade e registro de câncer	8	3 SMV	Quatro do quinto período (duas seções com um graduando cada e uma seção com dois graduandos)	Chefe do serviço, enfermeiros, técnico-administrativos, sanitaristas e residentes de cada setor	Envolvimento somente na seção de epidemiologia durante investigação de casos
VII	MP – Promotoria de Justiça da Tutela Coletiva da Saúde	7	1 CSHS	Dois do sétimo período (atuação geralmente em horários diferentes)	Promotora e seus cinco assessores	Sem envolvimento
VII	PSE: coordenação do programa no nível central da Secretaria Municipal de Saúde, escola municipal e UBS de referência	6	1 CSHS	Três do sétimo período (atuação em conjunto)	Coordenadora do programa, direção e professores da escola e gerência da UBS	Envolvimento com escolares e seus familiares

Legenda: ACS – Agente Comunitário de Saúde; AISC – Atividades Integradas em Saúde Coletiva; AVS – Agente de Vigilância em Saúde; CSHS – Ciências Sociais e Humanas em Saúde; EPI – Epidemiologia e Bioestatística; MP – Ministério Público; N – número de observações; NVEH – Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar; PPS – Políticas e Planejamento em Saúde; PSE – Programa Saúde na Escola; SMV – Saúde Mental e Violências; UBS – Unidade Básica de Saúde.

Fonte: O autor, 2016.

Quadro 6 – Caracterização das AISC a partir da análise documental* (continua).

AISC	CH (T/P)	Programa	Metodologia com a descrição das atividades e cenários de aprendizagem correspondentes	Avaliação
I	60 (30/30)	<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos conceituais e estruturais do SUS - Problematizar questões do cuidado - Familiarização com a prática profissional 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposições dialogadas - Visitas guiadas a serviços de saúde (CAP, CAPS, CER, maternidade, UBS e UPA) - Visitas não-guiadas a serviços de saúde (UBS de referência de residência e algum dos serviços das visitas anteriores) 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação atividade “SUS no meu bairro” - Relatórios das visitas - Seminário sobre caso traçador**
II	60 (30/30)	<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos conceituais e históricos dos movimentos sociais - Relações entre saúde e organizações da sociedade civil e movimentos sociais 	<ul style="list-style-type: none"> - Momentos de concentração: exposições dialogadas, mesa-redonda, discussão das vivências nas visitas e seminários - Momentos de dispersão: visitas guiadas e não-guiadas a movimentos sociais (relacionados à saúde da mulher, população negra, população vivendo com HIV/AIDS, entre outros) e conselhos de saúde (municipais, estadual ou nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Portfólio na plataforma eletrônica da CdP*** com avaliação entre pares por lateralização - Seminário sobre movimento social da visita não-guiada
III	60 (30/30)	<ul style="list-style-type: none"> - Vivenciar situações do cotidiano da APS, identificando as atividades, fluxos, sujeitos e interações envolvidos neste nível de atenção 	<ul style="list-style-type: none"> - Aulas expositivas - Vivências práticas em UBS por meio da observação com roteiro de rotinas desse serviço (academia carioca, acolhimento, administração, atuação do AVS, consultório odontológico, farmácia, grupo de educação em saúde, itinerário do usuário pela unidade, regulação, sala de vacina e VD) e discussão temática ao final 	<ul style="list-style-type: none"> - Relatórios das vivências - Seminário de uma das atividades observadas - Avaliação escrita

Quadro 6 – Caracterização das AISC a partir da análise documental (continuação).

AISC	CH (T/P)	Programa	Metodologia com a descrição das atividades e cenários de aprendizagem correspondentes	Avaliação
IV	60 (30/30)	<ul style="list-style-type: none"> - RAS - Abordagens sobre linhas do cuidado - Itinerários terapêuticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Aulas expositivas a partir de bibliografia indicada - Mapeamento de itinerário terapêutico de algum sujeito de escolha de cada grupo de estudantes, cotejando com proposições das linhas de cuidado específicas e das RAS - Aulas de acompanhamento da construção do itinerário terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação escrita - Apresentação de itinerário terapêutico
V	120 (30/90)	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento técnico e reflexão crítica sobre a epidemiologia no planejamento das ações estratégicas de vigilância epidemiológica 	<ul style="list-style-type: none"> - Inserção dos estudantes em DVS de seis CAP e em NVEH de um hospital público, sob condução dos preceptores - Realização de atividades de vigilância epidemiológica, como trabalho com base de dados (coleta, arquivo, processamento e análise; gerência), busca ativa, execução de medidas de prevenção e controle, planejamento, participação em comissões, entre outros - Encontros mensais no IESC para acompanhamento das atividades pelos tutores 	<ul style="list-style-type: none"> - Relatórios de acompanhamento diários - Apresentação de atuação desenvolvida - Avaliação padronizada dos campos de estágios (iniciativa dos próprios serviços de saúde)
VI	120 (30/90)	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de saúde e avaliação das necessidades e demandas de saúde de comunidade de um território 	<ul style="list-style-type: none"> - Aula expositivas e de desenvolvimento dos instrumentos para ERP - Realização de ERP em determinada área geográfica de uma UBS, por meio da observação de aspectos do território, entrevistas com informantes-chave, consolidação de dados e indicadores de saúde, análise dos dados e elaboração de um plano de ação a partir da priorização dos problemas, sob supervisão dos tutores 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em grupo com a ERP do território - Trabalho individual ou dupla de ERP em outro território de escolha dos estudantes

Quadro 6 – Caracterização das AISC a partir da análise documental (conclusão).

AISC	CH (T/P)	Programa	Metodologia com a descrição das atividades e cenários de aprendizagem correspondentes	Avaliação
VII VIII	180 (30/ 150)	<ul style="list-style-type: none"> - Inserção de graduandos em instituições que atuem na perspectiva da Saúde Coletiva, propiciando a vivência prática em cenários cotidianos destes campos e colaborando com as atividades ali desenvolvidas - Compreensão crítico-reflexiva da atuação do sanitarista no campo da Saúde Coletiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Inserção dos estudantes em DVS/CAP, MP, PSE, UBS e unidades de vigilância sanitária, sob condução dos preceptores e/ou tutores. Cada serviço possui atividades específicas para serem desenvolvidas, tais como (elencadas só atividades principais): DVS/CAP - atividades de vigilância epidemiológica (como apontado na AISC V); MP - levantamento de dados e elaboração de relatórios sobre as ações e políticas de saúde que auxiliem na atuação das promotorias; PSE - promoção da saúde numa escola a partir de diagnóstico e planejamento participativos e a gestão, monitoramento e avaliação no nível central; UBS - capacitação de gestores e profissionais de saúde para a ERP e de realização da ERP (como apontado na AISC VI); VISA - atividades de inspeção e fiscalização sanitária - Encontros periódicos no IESC e/ou próprio campo de práticas para acompanhamento das atividades pelos tutores 	<ul style="list-style-type: none"> - Relatórios de acompanhamento diários - Apresentação de atuação desenvolvida - Relatórios finais das atividades desenvolvidas - Avaliação padronizada dos próprios campos de estágios

Legenda: AISC – Atividades Integradas em Saúde Coletiva; APS – Atenção Primária à Saúde; AVS – Agente de Vigilância em Saúde; CAP – Coordenadoria de Atenção Primária; CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; CdP – Comunidade de Práticas; CH (T/P) – Carga horária (teórica/prática); CER – Coordenação de Emergência Regional; DVS – Divisão de Vigilância Epidemiológica; ERP – Estimativa Rápida Participativa; IESC – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva; HIV/AIDS – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; MP – Ministério Público; NVEH – Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar; PSE – Programa Saúde na Escola; RAS – Redes de Atenção à Saúde; SUS – Sistema Único de Saúde; UBS – Unidade Básica de Saúde; UPA – Unidade de Pronto Atendimento; VD – Visita Domiciliar; VISA – Unidades de Vigilância Sanitária.

Notas: * Este quadro foi desenvolvido a partir da ementa das disciplinas ministradas nos semestres letivos 2015.2 e 2016.1, podendo haver modificações entre um semestre e outro. ** “Caso traçador” trata-se de um método que permite avaliar o processo de trabalho de uma equipe de saúde, a partir da reconstituição de um caso, possibilitando uma melhor observação do ato de cuidar prestado ao usuário (KESSNER; KALK; SINGER, 1973). *** Para saber mais sobre a CdP, acesse: <https://novo.atencaoobasica.org.br/>.

Fonte: Programas das disciplinas do curso de graduação em saúde coletiva do IESC/UFRJ, 2015, 2016.

No registro do diário de campo do pesquisador, por exemplo, observa-se referência às alterações sofridas na AISC VII e VIII entre 2015 e 2016²⁴:

O campo do MP e das unidades de vigilância sanitária foram os dois únicos que se preservaram do ano passado para este. As três ONG que eram cenários de aprendizagem nesta disciplina não se preservaram como espaços para a AISC VII e VIII, sendo que foram criados três novos campos para os quais ainda não havia inserção nesta respectiva AISC: DVS/CAP, PSE e planejamento em saúde em UBS. Como era uma prioridade naquele momento para a direção do instituto que os cenários de aprendizagem fossem em serviços públicos, priorizou-se esses cinco campos no setor público e deixou-se a parceria que havia se estabelecido com as ONG nessa disciplina (Diário de Campo, 01/07/2016, AISC VII-MP).

A despeito das constantes mudanças trazerem prejuízos no que tange a manutenção da proposta impedindo a criação de uma certa tradição que poderia contribuir com o fortalecimento de um vínculo entre serviço de saúde e universidade, estas alterações podem ser um demonstrativo do dinamismo e a busca por transformações nos cenários de aprendizagem para melhor adequação da proposta ao curso. Silva Jr, Pontes e Henriques (2011) apontam que, no campo da política institucional, a alternância de correntes políticas na gestão dos serviços e descontinuidades no desenvolvimento de pactuações interinstitucionais gera dificuldades de se estabelecer projetos comuns entre universidades e serviços de saúde, podendo trazer repercussões negativas para o desenvolvimento de um ensino baseado na integralidade.

Quanto à seleção dos cenários de práticas, o PPP (UFRJ, 2010, p. 18) preconiza que:

As Atividades Integradas serão planejadas, coordenadas e avaliadas por equipes de professores responsáveis pelos conteúdos teóricos e pelas experiências práticas. Neste processo serão considerados diferentes aspectos: a viabilidade da experiência; a importância para a formação do sanitarista; a possibilidade de produzir conhecimento em conjunto com os alunos, o pessoal dos serviços e a comunidade e o desempenho dos alunos nas atividades específicas propostas no planejamento.

Este projeto ainda propunha que as práticas fossem realizadas nos âmbitos da universidade, dos serviços de saúde e da comunidade em geral, envolvendo os três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), em órgãos e serviços públicos e privados de saúde. Para tanto, sugere o fortalecimento de convênio do curso em cenários de aprendizagem como: UBS; Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e seus respectivos programas de saúde – Programa Saúde da Família, Vigilância Epidemiológica, Tuberculose, DST/AIDS (Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), Materno-Infantil, Doenças Crônico-Degenerativas, entre outros –, assim como setores de planejamento do nível

²⁴ “Os dois últimos períodos são eminentemente práticos, envolvendo atividades relacionadas a temas relevantes e atuais no campo da Saúde Coletiva. [...] Esta fase visa proporcionar ao aluno uma experiência de intervenção na realidade sócio-sanitária a partir de um marco teórico metodológico interdisciplinar, possibilitando-lhe analisar uma problemática particular – o tema – na interface dos contextos macro e micro social. Os temas serão selecionados pela coordenação do curso em parceria com preceptores das instituições envolvidas” (UFRJ, 2010, p. 23).

central; Núcleo Regional do MS; Hospitais; Vigilância Sanitária; Divisão de Saúde do Trabalhador (DVST)/UFRJ; Conselhos de Saúde; Associação de Moradores; Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente (FEEMA); Companhia Estadual de Água e Esgotos (CEDAE); Centro de Informação em Saúde para Viajantes (CIVES)/UFRJ; Centro de Vacinação de Adultos (CVA)/UFRJ; Centro de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); direção/chefia de setores e serviços de saúde; e serviços de saúde em geral (UFRJ, 2010).

Apesar desta diversidade de cenários de aprendizagem preconizados, o Quadro 6 aponta que os estudantes estão inseridos em uma quantidade bem menor de campos de práticas nas AISC: UBS; programas da Secretaria Municipal de Saúde, como o PSE; Hospitais (NVEH e maternidade); Vigilância Sanitária; MP; Conselhos de Saúde; Movimentos Sociais diversos, como saúde da mulher, da população negra, da população vivendo com HIV/AIDS, entre outros; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); DVS/CAP; Coordenação de Emergência Regional (CER); e Unidade de Pronto-Atendimento (UPA). Deste modo, a atual inserção não contempla nem mesmo três dos serviços existentes na UFRJ (CIVES, CVA e DVST) ou algum nível de inserção com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) ou com o MS. No entanto, vale ressaltar que alguns campos que não estão no PPP foram incluídos nas AISC, como o caso dos movimentos sociais diversos e o MP.

A atual configuração de espaços em que há a inserção do curso demonstram as parcerias que a universidade tem com os serviços de saúde e instituições relacionadas à saúde coletiva, bem como respondem às necessidades dos objetivos educacionais das AISC. A inserção baixa em relação ao preconizado demonstra o potencial de parcerias que o curso pode ainda desenvolver com novos locais de práticas, aumentando os cenários diversificados de aprendizagem que podem possibilitar novos itinerários formativos aos graduandos, o que também deve estar integrado a própria mudança de propostas das AISC.

Para Ceccim e Carvalho (2011, p. 89), os cenários de aprendizagem coerentes e correspondentes ao projeto da integralidade no ensino da saúde:

[...] devem envolver a gestão e a atenção de saúde, assim como a vivência nas instâncias de controle social em saúde, a compreensão do trabalho no setor privado e a regulação da saúde suplementar. Devem envolver a rede de serviços de saúde como um todo, pois todos os ambientes de trabalho em saúde devem ser conhecidos ao longo da formação e maior familiaridade de destreza devem ser proporcionadas pelos campos de atuação com maior expansão e perspectiva de empregabilidade, para que os profissionais recém-formados possam ingressar com maior autonomia profissional.

Conforme pode ser visualizado na apresentação dos cenários em que os estudantes do curso pesquisado estão inseridos, visualiza-se a possibilidade de aproximação destas AISC a um projeto de integralidade conforme está acima exposto, ainda que, na atual configuração

das AISC, a inserção da compreensão do trabalho no setor privado e regulação da saúde suplementar é baixa, quase que inexistente. Há, na AISC II, visitas a algumas instituições do Terceiro Setor e, na AISC IV, a assistência no setor privado pode ser vislumbrada quando o itinerário do usuário escolhido inclui serviços privados. O envolvimento em cenários de aprendizagem diversificados, incluindo desde gerenciais e assistenciais e de diferentes níveis de atenção até às “redes sociais” dos itinerários terapêuticos reais que ampliam a apropriação sobre os sentidos do viver, demonstram essa aproximação ao projeto de integralidade.

Observa-se que a inserção em hospitais é pequena, podendo este fazer parte do itinerário traçado na AISC IV e/ou ser escolhida por um grupo de estudantes para a imersão na AISC V. Esta característica diferencia os cenários de aprendizagem deste curso dos demais cursos da saúde, em que ainda há predomínio sobre a inserção em hospitais em detrimento dos demais serviços das redes de atenção à saúde (RAS) e das redes sociais por onde circulam os usuários dos serviços de saúde (SILVA JR.; PONTES; HENRIQUES, 2011). Apesar disso, vale a problematização sobre o fato de que podem haver estudantes que em nenhum momento tenham contato com o hospital nas AISC, deixando de experienciar uma vivência neste importante serviço da rede de atenção à saúde.

Outra diretriz apontada em relação aos cenários de aprendizagem no PPP (UFRJ, 2010), é a atuação regionalizada, buscando desenvolver as ações nos serviços de saúde localizados na Área de Planejamento (AP) 3.1²⁵ do município do Rio de Janeiro, dado que a universidade está ali localizada. Apesar de alguns dos campos estarem ali situados, a maioria estão em outras AP (1.0, 2.1, 2.2, 3.3, 4.0 e 5.1), dada as parcerias institucionais que foram desenvolvidas com a Secretaria Municipal de Saúde. Isto revela a necessidade de maior planejamento na definição e seleção dos campos de aprendizagem para atingir este objetivo. No entanto, para além da região em que está situada a UFRJ, a maioria das atividades que os estudantes devem realizar sem o acompanhamento dos professores é em serviços de saúde da região em que reside, buscando promover um olhar sobre a realidade de cada um dos estudantes e facilitar a realização da atividade devido a proximidade com o local.

Por meio do Quadro 6, é possível identificar que as atividades desenvolvidas das AISC I a III solicitam dos estudantes um papel de observador, com visitas com ou sem os tutores²⁶ a serviços de saúde e movimentos sociais relacionados à saúde. Estas disciplinas

²⁵ Região que abrange os Complexos do Alemão, da Maré e da Penha, a Ilha do Governador e as adjacências.

²⁶ Não há previsão no PPP se os tutores devem fazer acompanhamento direto ou indireto dos estudantes nos cenários diversificados, ou seja, se irão acompanhar a atividade in loco ou se apenas realizarão encontros na sede

trabalham com roteiros de observação, sendo que faz parte da avaliação a confecção de relatórios sobre o que os discentes observaram. Os dados empíricos abaixo ilustram estas atividades desenvolvidas:

Tivemos diversas visitas em diversos setores da saúde pública aqui no Rio [município do Rio de Janeiro]. Nós visitamos UPA, um centro de emergência regional, clínica da família, CAPS, CAP, teve maternidade – mas eu não cheguei a ir, outros grupos foram. Foi uma atividade realmente interessante: eu nunca tive contato com a saúde diretamente assim (E11, AISC I).

A gente visitou ONG de movimentos sociais. Não necessariamente deveria ser uma ONG, eram movimentos sociais que estavam relacionados com ONG. Teve um ponto muito muito legal. Tinha sempre uma diversificação assim no assunto: então uma vez eram os negros, outra vez eram as mulheres, outra vez eram os indígenas, outra vez foram... Enfim, essa diversificação foi muito boa (E22, AISC II).

Ao chegar na UBS, cada um dos estudantes vai até o setor em que está alocado para observar aquele dia, se apresenta ao profissional do setor lembrando-o sobre a proposta da AISC e encontra um lugar no espaço que não atrapalhe o andamento da atividade dos profissionais do serviço (Diário de Campo, 19/04/16, AISC III).

Da AISC IV a VIII, vai sendo solicitado aos estudantes um papel interventivo nos cenários de aprendizagem: na AISC IV, lhes é dado a incumbência de traçar um itinerário terapêutico de um sujeito que está ou esteve em processo de adoecimento para um determinado agravo de sua escolha; na AISC V, os estudantes se integram à rotina de serviços de vigilância epidemiológica; na AISC VI, propõe-se a elaboração de um diagnóstico e planejamento em saúde de uma determinada localidade com atividades de campo; e, por fim, nas AISC VII e VIII, os estudantes escolhem um cenário de aprendizagem para poderem realizar atividades práticas junto ao serviço durante um ano todo. Ou seja, cada vez mais, aumenta-se a responsabilidade e complexidade das tarefas que estes estudantes desenvolvem nas AISC, dando-lhe mais autonomia nestas e convocando maior protagonismo para o seu desenvolvimento. Os relatos e depoimentos abaixo exemplificam estas atividades:

A gente teve um conteúdo instrumental sobre essa coisa do que era linha de cuidado e itinerário terapêutico. A gente teve uma leitura prévia, um conhecimento instrumental sobre o assunto. E aí, a partir do qual (poucas aulas), começou-se o processo de cada um escolher um tema sobre o qual deveria investigar o itinerário terapêutico, né? Através de procurar um parente, um amigo ou alguém próximo por essas questões éticas, inclusive porque não poderia investigar com ninguém de fora. Então teria que ser um amigo, uma pessoa que tivesse disposta a conceder entrevista. Aí cada um selecionou o seu tema e tinha que ter uma pesquisa prévia sobre o tema, daquela coisa, do seu contexto de familiarização, o tipo de agravo, dados epidemiológicos e etc. Aí até começar a formular o questionário para aplicação naquela pessoa que a gente escolhesse (E42, AISC IV).

Eu fiquei dentro do setor de vigilância epidemiológica. Dentro desse setor a gente fazia o recolhimento de todas as fichas de notificação dos serviços que correspondiam àquela área programática ali. Lá nós recebíamos essas fichas, fazíamos a qualificação e o preenchimento correto quando era necessário. Para

do próprio IESC (UFRJ, 2010). O Quadro 6 apresenta como algumas AISC irão funcionar em relação ao processo de tutoria. Nas AISC II, III e VII (PSE) que acompanhei como docente responsável, realizei tutoria direta dos estudantes nos cenários, acompanhando-os na maioria das atividades que estes realizavam em campo.

determinados casos, nós fazíamos profilaxia, ou uma investigação diária com familiar ou escola (E52, AISC V-DVS).

[O objetivo da AISC era] planejar uma ação de saúde para resolver um problema do território. Era conhecer a situação de saúde e planejar em cima. [...] [Para isso], tínhamos que pegar todas as informações que a gente coletou lá no território da observação e entrevistas e os dados que a gente pegou na UBS (E61, AISC VI).

Aí ela [a preceptora] me disse: “ah, eu preciso analisar esses processos [de inspeção sanitária]. Você tem como... Eu vou colocar você para fazer o SISVISA [Sistema de Informação da Vigilância Sanitária]”. [...] Aí eu fui e até consegui fazer direitinho. O que eu tinha dúvida eu perguntava. Até a questão de documentação eu abria para ela analisar e para ela ver se eu tinha colocado certinho (E71, AISC VII-VISA).

As atividades que estou desempenhando aqui são na perspectiva da Estimativa Rápida, que eu estou conhecendo o território – eu não estou conhecendo todo o território que a clínica abrange: eu estou plotado em uma das microáreas – e eu tô fazendo um diagnóstico rápido. O método diz, que a primeira parte é observação, a segunda é entrevista com informante-chave, a terceira eu vou pegando informações com as bases de dados do SUS e do IBGE [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística], de tal modo que eu faça uma estimativa panorâmica assim de forma rápida do território. E a outra parte seria mais do planejamento mesmo, vindo nessa estimativa, o que eu consegui captar de nó crítico, o que eu consegui captar de problema (seja passível de intervenção ou que esteja sob a nossa governabilidade) para poder intervir (E73, AISC VII-UBS).

Tinha uma demanda já faz de muito tempo que eles não tinham continuado: os programas de caos urbano. Eram sete caos urbanos que eles não tinha continuado: poluição do ar, poluição do solo, incêndio, acidente com produtos tóxicos e inflamáveis, dengue/zika, deslizamento e a alagamento. O dengue/zika ele não me passou, ele só me passou as outras seis para eu dar continuidade no programa. E era para eu fazer vários passos de como a vigilância ambiental tinha que proceder nessas situações de caos urbano. E eu vi que só tinham dois ou três passos e tinha muita coisa que faltava. Por exemplo, no deslizamento, não tinha a parte que tinha que deslocar os abrigados num local que eles pudessem pernoitar, dar comida, essa parte. Não tinha essa parte no plano de alagamento do Rio de Janeiro. [...] Aí ele me passou alguns sites e me passou também o plano de caos urbano da prefeitura do Rio de Janeiro e também se inspirou na prefeitura de São Paulo, passou o guia de Vigilância em Saúde, e eu consultei tudo isso, pesquisei, e do final de abril até final de junho, eu trabalhei nisso. Então, de dois a três passos que tinha em cada um desses caos urbanos, eu consegui fazer de dez a quinze em cada um (E75, AISC VII-DVS).

Cada uma das estagiárias estava envolvida em uma atividade. Uma estava lendo um inquérito civil que tinha como objeto o acompanhamento do plano de contingência para assistência à saúde no território do município do Rio de Janeiro para apurar eventuais irregularidades na transferência de unidades de saúde estaduais para a esfera municipal. Outra estava lendo o Relatório Anual do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro de 2014 para conseguir captar quais são as demandas relativas a processos envolvendo as Organizações Sociais de Saúde. Deste modo, ela pretende comparar os processos do Tribunal de Contas do Município com a prestação de contas da Controladoria Geral do Município. Esta foi uma demanda dada pela promotora, para subsidiar o painel de especialistas que ocorrerá na próxima semana (Diário de Campo, 19/04/2016, AISC VII-MP).

Os estagiários começaram a esboçar a parte escrita do diagnóstico das necessidades de saúde da escola em que estiveram inseridos este semestre para então poder realizar um planejamento e promover ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na escola no próximo semestre (Diário de Campo, 04/07/2016, AISC VII-PSE).

Até mesmo a carga horária destas disciplinas vai se ampliando durante o curso: com 60 horas de carga horária global subdivididas entre 30 horas práticas e 30 teóricas para as disciplinas AISC I a IV, 120 horas de carga horária global subdivididas entre 90 horas práticas e 30 teóricas para as disciplinas AISC V e VI e 180 horas de carga horária global

subdivididas entre 120 horas práticas e 30 teóricas para as disciplinas AISC VII e VIII. O aumento de carga horária principalmente nas atividades em que os graduandos terão maior intervenção junto ao serviço é necessário para possibilitar maior imersão no serviço, dando maior oportunidade de contato deste com o cotidiano do cenário em que está inserido²⁷.

A existência de uma carga horária teórica fixa de 30 horas em todas as AISC demonstra o compromisso com a existência de espaços de reflexão e sistematização sobre as vivências nos cenários de aprendizagem, assim como o aprofundamento de conteúdos teórico-conceituais que se façam necessários para o enfoque da atividade prática. Nos programas, é possível observar que parte desta carga horária em algumas das disciplinas também é destinada para a preparação da entrada destes nos cenários de aprendizagem: “como realizar a observação em campo. E situar a importância e responsabilidade do graduando durante a prática profissional” (AISC I).

Nós íamos no território, nós nos dividimos em grupos pelas microáreas e cada grupinho fazia [aplicava] o seu roteiro [de observação] de visita, o que que tinha que ver, o que faltava... Porque como cada grupo tinha que ver uma pequena área, cada um tinha que orientar sua visão para todos os aspectos daquela área, então não tinha uma divisão de tarefas para: esse grupo olha tal aspecto, esse grupo olha saneamento... Não, são áreas diferentes. [...] aí no final do campo toda a turma se reunia com os professores e a gente debatia os resultados, o que era muito interessante porque eu ouvi o que uma outra pessoa de outra área descobriu e era muito parecido com o que eu descobri, então os resultados se complementavam, então eu achava esse momento muito rico, muito importante (E62, AISC VI).

As AISC contemplam processos de concentração e dispersão em que se prevê a realização de atividades como “aulas teóricas, inserção do aluno em práticas relacionadas ao campo da saúde e setores afins, complementados por seminários visando a sistematização e a fundamentação teórica dessas práticas” (UFRJ, 2010, p. 18). Os métodos de ensino devem desenvolver, de alguma forma, os aspectos que constituem as competências (habilidades, saberes e atitudes) exercidas, ocorrendo de modo multidisciplinar e multirreferenciado para a construção do conhecimento na área.

Nos programas das disciplinas, observa-se a busca por articulação de suas vivências prévias, como no caso da AISC I que resgata o conhecimento que os estudantes têm sobre o SUS, assim como o diálogo com as impressões dos estudantes, dando abertura para elementos das subjetividades dos sujeitos que estão no processo de aprendizagem. O debate e a reflexão estão presentes nos objetivos educacionais, como pode ser observado nos seguintes trechos: “foco na percepção do aluno sobre o sistema (suas impressões, sentimentos) para reavaliar

²⁷ Sobre a distribuição da carga horária nas AISC, o PPP prevê a “inserção gradual dos alunos, ofertando uma carga horária maior nos últimos dois períodos, como recomendado pelo MEC [Ministério da Educação]” (UFRJ, 2010, p. 20).

seus pré conceitos” (AISC I); “principal objetivo é o debate coletivo com todos os integrantes da turma [...] e realizando reflexão crítica com base no conhecimento construído no decorrer da disciplina” (AISC II); “[...] cotejando-a criticamente com as proposições éticas, políticas e operacionais do SUS” (AISC III); “propiciar ao aluno o conhecimento técnico e uma reflexão crítica acerca da epidemiologia no planejamento das ações estratégicas de vigilância epidemiológica” (AISC V); e “momentos de concentração têm por finalidade promover o compartilhamento e debate acerca do processo e dos produtos dos diferentes campos” (AISC VII/VIII).

Quanto às metodologias descritas, observa-se o uso de metodologias problematizadoras, como no caso da AISC II que utiliza jogos do teatro do oprimido (BOAL, 2009) para discutir a participação social, e a utilização de outros recursos, como materiais audiovisuais para facilitar a sensibilização à temática (AISC IV). Apesar disso, estas coexistem com metodologias tradicionais de ensino, dado que é possível observar em algumas a presença de aulas expositivas e conteudistas, como exposto no programa da AISC III.

Algumas AISC buscam ofertar ao estudante diversas opções para que este faça sua escolha conforme seus interesses pessoais, profissionais e acadêmicos, como o caso da AISC II que permite a escolha do movimento social a ser visitado dentro de um cardápio definido (que também aceita sugestão dos estudantes que passará pelo crivo dos professores), a AISC V que oferta a opção de realizar a imersão em vigilância em saúde no NVEH ou em alguma DVS/CAP e a AISC VII/VIII que oferta diversos cenários de aprendizagem para a realização da imersão.

Nas AISC VII/VIII, há um destaque para a visibilização das experiências, sendo preconizado “apresentação das atividades [desenvolvidas] em eventos correlatos (...); disseminação dos resultados junto à comunidade” nos produtos preconizados pelo programa para serem desenvolvidos na disciplina.

Em relação as AISC que exigem um papel mais interventivo, observa-se que esta atuação em alguns momentos está articulada com as atividades do serviço ou então propõe atividades inteiramente inovadoras, que não constituem como ações normalmente realizadas pelo serviço.

Neste primeiro tipo de atuação, há as AISC V e VII/VIII, em que os graduandos normalmente estão totalmente inseridos na rotina dos serviços, realizando atividades que geralmente já são do cotidiano da respectiva instituição:

Preceptora e graduanda vestem jaleco para fazer a ronda pelo hospital para a busca ativa de agravos de notificação compulsória referentes ao Sistema de Agravos de Notificação (SINAN). Inicialmente, passam no laboratório do hospital e abrem a

geladeira para ver se há amostras de sangue para serem enviadas para o Laboratório Central (LACEN). Depois se conduzem até a emergência, a preceptora pega todos os boletins de emergência dos últimos dois dias e divide em dois montinhos: pega um montinho para analisar e entrega o outro para a graduanda fazê-lo. Elas leem o boletim e verificam se há algum agravo de notificação que necessita preencher ficha SINAN. Ao final de cada boletim, sinalizam em campo específico se é ou não um agravo que necessitará de notificação para equipe da vigilância epidemiológica (Diário de Campo, 19/07/2016, AISC V-NVEH).

Já no que tange as ações inovadoras, há tanto a AISC VI que propõe a realização de uma ERP de um dado território (atividade que não é nem realizada pela Equipe de Saúde da Família – EqSF – ou outro ator comunitário), quanto a AISC IV que solicita a construção de itinerário terapêutico de algum usuário acometido por algum agravo de escolha. Apesar de trazerem contribuições inovadoras para se pensar o trabalho em saúde coletiva, verifica-se a inexistência de relação institucional com os serviços de saúde assistenciais ou gerenciais (AISC IV) ou então esta relação é muito incipiente (AISC VI). Nestas duas experiências, portanto, verifica-se que os estudantes realizam “exercícios”, para os quais inexistem ou há baixas contribuições no plano da vida real e da gestão e funcionamento das redes de serviços. Dada o percurso por este processo, grande parcela da carga horária destinada é do acompanhamento docente direto junto com os discentes, instrumentalizando-os para o desenvolvimento das atividades e monitorando ponto a ponto da atividade desenvolvida. Neste sentido, a AISC IV, por exemplo, tem uma incipiente relação com serviços de saúde (uma visita guiada na disciplina inteira), com predominância das atividades em sala de aula. Ao mesmo tempo, há também o questionamento sobre como realizar somente atividades práticas naquela temática, quando as outras disciplinas não trabalham especificamente com aquele assunto em questão que é mote da respectiva AISC, pondo, portanto, a necessidade de destinação de carga horária para questões teórico-conceituais. Em outro plano de análise, pode-se pensar a dificuldade de realizar estas atividades junto aos serviços de saúde, dado que estes normalmente não realizam este tipo de ações, a despeito de sua relevância.

No plano das proposições ético-políticas, o PPP apresenta uma proposta de ensino na saúde coletiva que tem uma orientação ético-política coerente e correspondente ao projeto da integralidade dada a convocação de arranjos inovadores (CECCIM; CARVALHO, 2011):

Propõe-se uma estrutura pedagógica que rompa a tradicional, disciplinar, formulando outra que emane do contrato entre a instituição formadora, os serviços e a população, observados os objetivos comuns a esses parceiros, cabendo à primeira garantir os conhecimentos necessários à solidificação deste contrato, de modo que essa parceria construa os conhecimentos necessários às transformações das práticas em saúde, formando pessoas que, nessa construção, desenvolvam suas competências como profissionais comprometidos com a transformação do perfil sanitário e a consolidação de práticas mais adequadas às necessidades da população (UFRJ, 2010, p. 5).

A integralidade é explicitamente apontada nas competências que se esperam ser adquiridas durante o curso e sejam constitutivas do perfil do egresso. No campo conceitual da saúde coletiva, espera-se que este possa “atuar de forma a garantir a integralidade da assistência em todos os níveis de complexidade do sistema, reconhecendo a saúde como direito de todos” (UFRJ, 2010, p. 13). Já no trabalho em saúde coletiva, têm-se como expectativa que este possa “realizar ações integradas com demais profissionais da área da saúde em diferentes contextos e ambientes de trabalho” (p. 15). Deste modo, espera-se que a formação lhe proporcione

uma visão integrada das relações entre os elementos dos meios ecológico, sociocultural, econômico e político sabendo utilizar os conhecimentos adequados no trato das questões de saúde da coletividade, das necessidades da sociedade, respeitando sua diversidade cultural, de forma a facilitar o diálogo entre os diferentes interesses e setores (p. 12-13).

Em relação à concepção pedagógica da estrutura curricular, parte-se das contribuições de Vygotsky²⁸ no que tange à incorporação de fatores sociais na formação de conceitos e à capacitação do estudante a se tornar mediador e conhecedor da complexidade da realidade, assim como das contribuições de Morin²⁹ sobre a percepção e reconhecimento da importância do contexto, da multidimensionalidade, do complexo e do global no conhecimento. As AISC seriam, nesta proposição, utilizadas como “ponto de mediação entre a realidade e o conhecimento empírico para a compreensão da complexidade das realidades de saúde da população” (UFRJ, 2010, p. 16). O objetivo destas atividades seria o de “desenvolver e avaliar as competências necessárias ao exercício da profissão de *sanitarista*, tendo como suporte teórico os conteúdos das ciências biológicas, das ciências exatas, das ciências humanas e sociais, além dos conteúdos específicos do campo da Saúde Coletiva” (p. 18). No programa da AISC VII/VIII, há, por exemplo, referência a questões voltadas a uma aprendizagem significativa, pois tem como diretrizes “a interação dialógica, o impacto na formação do estudante e o impacto na transformação social”.

²⁸ Lev Semionovich Vygotsky (1896-1934) foi um importante psicólogo bielorusso que propôs uma teoria sócio-histórico-cultural do desenvolvimento das funções mentais superiores, tendo como elementos-chave a sociabilidade do homem, a interação social, os signos e instrumentos, a cultura, a história e as funções mentais superiores (IVIC, 2010).

²⁹ Edgar Morin (1921-) é um antropólogo, sociólogo e filósofo francês judeu de origem sefardita. Trata-se de um dos principais pensadores contemporâneos, sendo um dos principais teóricos da complexidade. Uma das principais contribuições no campo da educação é a obra “Os sete saberes necessários à educação do futuro” (MORIN, 2013).

De modo a garantir a transversalidade necessária e propiciar o diálogo interdisciplinar, os conteúdos previstos se organizam em eixos, sendo as AISC um destes³⁰. Os conteúdos correspondentes a este eixo seriam: a interdisciplinaridade, a transculturalidade em saúde, a crise do modelo biomédico, o projeto da promoção da saúde, o desafio da intersetorialidade, campos de práticas e percurso da saúde coletiva, história da saúde coletiva e atividades práticas e interdisciplinares. No entanto, apesar de ter alguns conteúdos correspondentes, as AISC teriam um caráter integrador de todos os outros conteúdos dados no curso: “em cada um dos oito períodos, esses conteúdos integram-se em uma disciplina/atividade que, por sua vez, articula-se aos contextos de prática, denominada *Atividades Integradas em Saúde Coletiva*” (UFRJ, 2010, p. 22). Como exemplo, a AISC VI apresenta como ementa a busca de integração dos saberes interdisciplinares (“utilização prática de conhecimentos da área de planejamento, gestão, epidemiologia e ciências sociais”), já que o seu objetivo é o de “propiciar ao aluno vivenciar situações práticas enfrentadas pelo sanitarista na condição de gestor ou profissional de saúde e aplicar, de forma integrada, conhecimentos obtidos nas disciplinas teóricas e nas AISC já cursadas”.

Vale ressaltar que, apesar desta ser um dos objetivos pedagógicos das AISC, a própria organização curricular não propicia isto, uma vez que muitas vezes as AISC não possuem a proposta de integrar todos os conteúdos dados no semestre, instituindo-se somente como mais uma disciplina na grade, que como única diferença das demais disciplinas, tem uma previsão de carga horária prática. Nos dois trechos abaixo, verifica-se o descontentamento do campo com a organização das disciplinas ao longo do curso:

Dois preceptores comentam entre si sobre a dificuldade que os graduandos têm de acompanhar as atividades do setor. Isto se dá porque eles, apesar de saberem sobre epidemiologia, não sabe nada sobre vigilância epidemiológica. Deste modo, não conseguem conectar a epidemiologia com a vigilância epidemiológica, algo que deveria ser trivial num serviço como o que eles estão inseridos. Este ainda comenta que também possuem dificuldades de utilizar *softwares* e trabalhar com banco de dados (Diário de Campo, 22/06/2016, AISC V-NVEH).

Na devolutiva do semestre, a chefe do serviço aproveita a presença da coordenadora de estágios para mais uma vez criticar a organização curricular do curso, destacando que a disciplina teórica de vigilância epidemiológica é posterior às vivências dos graduandos durante a AISC V (Diário de Campo, 27/07/2016, AISC V-NVEH).

De todo modo, a previsão de atividades práticas desde o início do curso, com propostas de atividades em todos os semestres já é uma ruptura com a forma como tradicionalmente a formação universitária em saúde vem se organizando, com grande

³⁰ Os outros seis eixos do curso são: Ciências Biológicas e Saúde Coletiva; Ciências Sociais e Humanas em Saúde; Epidemiologia; Planejamento e Gestão em Saúde; Saúde, Ambiente e Trabalho; e Bioética (UFRJ, 2010).

influência do modelo flexneriano³¹, que apresenta geralmente ao longo do curso “uma separação entre teoria e prática, sendo esta reservada para os últimos anos” (PONTES; SILVA JR; PINHEIRO, 2011, p. 252).

Apesar da interdisciplinaridade estar oficialmente pautada e ter grande potencial de emergir dada a grande diversidade de atores e de conhecimentos mobilizados em cada campo de práticas na definição das AISC, não se observa nesta estrutura curricular proposta nenhuma experiência em que são articulados o trabalho dos estudantes do curso de saúde coletiva com outros cursos da saúde.

Como a aprendizagem inovadora em saúde demanda a relação de diversificados saberes disciplinares em diferentes espaços de produção social, “o processo de formação precisa considerar o encontro das diversas profissões da saúde, especialmente no mundo do trabalho, para a produção de um cuidado integral e integrado que considere a complexidade da vida, dos processos de saúde-doença e da atenção ao usuário” (FELIPPE et al., 2008, p. 289).

No que tange a avaliação exposta no Quadro 6, observa-se o predomínio de relatórios periódicos das vivências (AISC I, II, III, V e VII/VIII) e o desenvolvimento de apresentações temáticas a partir do mote daquela AISC (caso traçador na AISC I, movimento social na AISC II, rotina da UBS na AISC III, itinerário terapêutico na AISC VI, atuação desenvolvida nas AISC V e VII/VIII e ERP na AISC VI). Em duas AISC (III e IV) ainda se utiliza a avaliação escrita, que, apesar de ser um método bastante questionado para uma avaliação de disciplina prática, é realizada de modo a também buscar um desenvolvimento crítico-reflexivo do estudante sobre o assunto abordado. Nas AISC realizadas nos serviços da SMS e do NVEH, há uma avaliação padronizada qualitativa do serviço aplicada pelos centros de estudos destas instituições, visando uma análise de como foi a passagem do usuário pelo cenário de aprendizagem e que aspectos o serviço poderia melhorar. Em algumas das disciplinas, o estudante deveria entregar trabalhos extras ao supracitados, conforme descrito no quadro. Elementos relativos ao desenvolvimento de habilidades e atitudes profissionais só estão previstos na avaliação das AISC VII e VIII: “a avaliação incluirá entrega de relatório das atividades desenvolvidas na instituição e apresentação de projeto final, assim como

³¹ Abraham Flexner (1866-1959) foi um educador americano que fez uma avaliação do ensino médico nos EUA e Canadá. Em 1910, publicou o estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* que ficou conhecido como Relatório Flexner (*Flexner Report*). Este relatório é considerado com o grande responsável por uma importante reforma das escolas médicas nos EUA, com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

pontualidade, assiduidade, interação com a equipe, responsabilidade e desempenho”. São nessas AISC que pela primeira vez também o serviço é incluído oficialmente na avaliação: “os critérios de avaliação para cada um dos campos serão definidos a priori entre os tutores, preceptores e alunos”; “PRODUTOS [...] Outros a serem definidos com o serviço”.

Ceccim e Carvalho (2011, p. 91) ao discorrerem sobre a avaliação para um projeto de integralidade no ensino à saúde, apontam para a necessidade do envolvimento de recursos de autoavaliação, avaliação grupal, avaliação docente dos conteúdos e das habilidades e avaliação dos tutores dos campos. Percebe-se que ainda há um predomínio no enfoque da avaliação dos conteúdos e das habilidades, com pouco espaço ainda para a avaliação individual e coletiva mais reflexiva sobre os processos desencadeados. Somente em três programas analisados (AISC I, II e IV), observou-se um espaço ao final da disciplina para a discussão desta junto aos discentes. Quando a questão é avaliação por parte dos profissionais que estão nos cenários, isto se agrava: nenhuma das experiências está sendo avaliada ou parcialmente avaliada por preceptores.

3.2 Categorias de análise

3.2.1 Acolhimento e responsabilização

O acolhimento e a responsabilização estão relacionados com experiências que buscam a articulação

entre formação, gestão e atenção na aprendizagem sobre a organização do atendimento na rede de serviços tendo em vista a integralidade e o desenvolvimento de atividades de ensino e de investigação para ampliar a escuta dos diferentes níveis de necessidade e prestação do cuidado e a ampliação da sensibilidade e da crítica para a produção de respostas positivas (PINHEIRO et al., 2011b, p. 319).

Para que estes aspectos possam ser incorporados na formação dos profissionais, há a necessidade assumir que o trabalho em saúde é essencialmente relacional e que a saúde trata-se de um direito e um processo de afirmação de vida que requer “um compromisso ético efetivo com os usuários e um modelo de atenção centrado no usuário e suas necessidades” (SILVA JR.; PONTES; HENRIQUES, 2011, p. 94). Este resgate da centralidade do usuário na conformação das práticas de saúde proporcionaria um novo modo de fazer saúde e

também em mudanças na relação entre os saberes acadêmicos e os ditos não-acadêmicos (PONTES; SILVA JR; PINHEIRO, 2011).

Apesar das AISC iniciais possuírem um caráter observacional, identifica-se que as lentes para os quais os estudantes estão convidados a enxergarem esses processos são focadas no cuidado como valor:

[A atividade de visitar uma unidade de saúde no meu bairro] é, na verdade assim, para mim, não foi algo novo, porque eu sou usuário de lá, do posto de saúde. [...] Quando eu fui para o posto, eu achei meio assim impactante: me trouxe muito a visão do antes e do depois, porque eu não reparava! [...] quando eu voltei depois desse tempo justamente para fazer esse trabalho, [...] você passa a olhar de uma forma para analisar, não na questão dos defeitos, mas o que poderia ser melhorado. As filas enormes e muita gente amontoadas na recepção. [...] observei que há falhas, que não há um cuidado muito grande com a estrutura, com os postos de saúde. A estrutura interna ou externa entregue. [...] Mas o atendimento dos profissionais, o acolhimento é de qualidade. As pessoas acabam voltando, acabam sendo atendidas novamente. E tem lugares que realmente a gente observa que tem uma estrutura maravilhosa, até tem um fundo, um dinheiro que mantém aquela estrutura, mas o atendimento não é dos melhores, o acolhimento não é dos melhores, a questão da humanização talvez não esteja presente. Assim, eu só pude ver essa diferença justamente na prática, nas outras visitas, eu pude ver que alguns lugares tem uma estrutura maravilhosa, mas o atendimento... Você chega na recepção e não é dado um bom dia, é tratado muito mal. Quando você passa, fala com profissional de saúde: “ah, posso dar uma palavrinha?” “Não, não, tô aqui!” Outro: “Não, não, tô aqui”. Nenhum para pra falar com você, pra saber o que você realmente quer, não te dá uma posição. E é isso que realmente a questão da AISC – não sei se essa é a sua real proposta –: de saber se se está bem, se está bem fixado a questão do cuidado, da humanização dentro das unidades de saúde (E21, AISC I).

O estudante consegue fazer uma comparação do olhar que este tinha para a sua própria unidade de saúde de referência antes de ingressar na graduação e o olhar que este passou a ter após a vivência na AISC, abarcando agora uma visão mais atenta sobre como se dão as interações e como o cuidado se concretiza. Pensar as práticas de cuidado a partir do usuário tensiona a tradicional perspectiva funcionalista (MARTINS; PINHEIRO, 2011) ainda predominante na saúde coletiva que observa este como uma mera categoria de planejamento, elemento passivo dentro do sistema de saúde que é entendido como uma “combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que culmina com a prestação de serviços de saúde para a população”³² [tradução nossa] (ROEMER, 1991, p. 31).

Neste outro relato, o mesmo estudante revela o seu descontentamento para a situação observada em outra unidade de saúde, trazendo críticas à forma como o cuidado se concretizava:

E foi interessante porque a UPA ela trata de uma forma rápida, só que a prática ali no sentido de realmente acolhimento e humanização, de todo aquele cuidado, tem que estar mais presente! Eu não sei se é uma questão de você atender uma pessoa no

³² O texto em língua estrangeira é: “combination of resources, organization, financing, and management that culminate in the delivery of health services to the population”.

seu estado, foi tiro, quebrou a perna, ralou e bateu cabeça, deu um corte profundo, realmente, isso para um profissional até médico tem uma dificuldade de lidar um pouquinho com essa situação... Mas não pode deixar de ter esse acolhimento, de proporcionar o acolhimento. Mas o ponto da UPA foi justamente só esse, porque não tenho o que falar da questão da estrutura. Realmente, sobre o número de profissionais que estavam aquele dia não tinha o que falar, porque realmente tinha para atender, tinha até bastante enfermeiras, médicos também – acho que tinham dois médicos se não me engano atendendo. Mas a qualidade do atendimento precisa melhorar, principalmente nessa questão do acolhimento (E21, AISC I).

No depoimento, o acolhimento é visto como um elemento importante do cuidado e este fez críticas à forma como se dava o contato entre profissional de saúde e usuário. Dessa forma, o estudante conclui que a disciplina lhe ofertou “um olhar sobre o cuidado”, o que é corroborado pela outra estudante que também participou dessa AISC:

A AISC me trouxe justamente isso, um olhar interior e também um olhar para o mundo, para as pessoas. E também me fez pensar um pouco mais na minha população ao redor. Porque às vezes eu não observava muito, eu não cheguei a parar e pensar: “nossa, eles estão passando por isso e isso e isso”. Eu acredito que a AISC me trouxe uma construção, passo-a-passo, me fazendo refletir, me fazendo pensar e também tentando analisar ainda o porquê na verdade que certas coisas que deveriam acontecer não acontecem. Então, a coisa positiva da AISC é que ela traz para a gente um olhar muito minucioso do cuidado, da questão da humanização, para se ter empatia com a outra pessoa. E também, na verdade, construir um profissional melhor e qualificado. [...] Então, eu sempre tenho que dizer a questão fundamental da área da saúde é que os profissionais deveriam ter muito esse olhar mais humano, e para ter isso, para construir isso, esse olhar é necessário. Então, eu digo que a AISC me deu esse olhar maravilhoso, porque sempre sempre sempre eu me direciono para isso e continuo me direcionando mesmo que tenha acabado, mas isso realmente me deixou marcado na verdade e, assim, sempre vai estar aquela lembrança, daqueles momentos que a gente passou por todas as visitas e sempre vou tentar buscar na memória as questões na verdade que a gente abordou, as perguntas que foram feitas, a visão que aquele lugar trouxe para mim e o que que realmente eu vi. Então para mim a AISC está sendo e foi um momento muito maravilhoso [...] Eu tive uma visão no sentido de que a AISC I foi uma introdução do que realmente a gente tem sobre esse olhar sobre o cuidado. Eu pude perceber justamente isso: como é o meu olhar para o cuidado? E também perceber como que eu olho as outras pessoas, como que eu olho o sistema. Como não são só as falhas, mas que benefício que traz para o indivíduo e para toda a população ao seu redor (E21, AISC I). Então, eu acredito que isso [as atividades desenvolvidas na AISC] trouxe para a gente um olhar totalmente mais amplo do que a gente sabe sobre tudo e principalmente um olhar mais acurado para as outras pessoas, a gente observa mais as outras pessoas, no sentido de buscar, saber as necessidades, o porquê que ela está passando por um problema dentro daquele sistema. Eu vejo isso no lado positivo, porque a gente olha tanto para a gente, quanto a gente olha para as outras pessoas (E11, AISC I).

O cuidado emerge como uma categoria central nos depoimentos acima. Este, na visão de Ayres (2004), pode ser entendido como uma categoria reconstrutiva, um constructo filosófico que busca refletir, crítica e propositivamente, “acerca das possibilidades de reorganização das práticas de saúde, orientada pelos valores éticos de uma emancipação solidária dos sujeitos em sua diversidade, singularidade e interdependência” (p. 16).

Trata-se de uma “prática social com produção de efeitos e repercussão entre usuários, profissionais e instituições que se traduzem em atitudes de sensibilidade, confiança,

tratamento digno, horizontalidade da atenção e continuidade do acompanhamento em saúde” (PINHEIRO; CECCIM, 2011, p. 25). No campo da saúde, o cuidado é a sua própria razão de ser: “é o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos próprios profissionais que atuam nesse campo” (SILVA JR.; PONTES; HENRIQUES, 2011, p. 93).

Pensar em práticas cuidadoras, que prezem pelo acolhimento e responsabilização, necessita o repensar das práticas em saúde do modo como hegemonicamente são desenvolvidas. As AISC também promovem uma outra forma de se pensar a abordagem e as respostas dos estudantes, profissionais e serviços para com os usuários e coletividades:

[...] se eu chego numa UTI não seria muito bacana chegar: “ah, tudo bem? Quando você vai sair daí?” Seria mais interessante chegar de uma forma mais sutil, fazer perguntas básicas assim e se a pessoa quiser ela vai falando... Nessa visita mesmo, na última que eu fiz no CER (porque eu fiz duas visitas lá), a gente teria que fazer um trabalho sobre o usuário-guia³³ e nós chegamos na UTI [...] e tinha esse senhor. Ele tava lá na UTI e tava para sair. A gente fez uma entrevista bem bacana com ele. Bem nesse sentido que elas [as tutoras] falaram: pergunta alguma coisa para ele, se a pessoa estiver afim, ela vai falar, se não tiver ela obviamente não vai falar. E aí a gente viu que tinha partes que ele falava muito e falava muito bem, e tinha outros que ele já falava menos, ficava mais receoso. Essa foi uma das coisas que a gente aprendeu também (E11, AISC I).

Neste depoimento, identifica-se o estímulo ao estabelecimento de relações mais horizontais, dialógicas e acolhedoras junto aos usuários. No tocante da abordagem, observa-se também a reflexão que os estudantes fazem sobre as ofertas dos serviços de saúde, como quando há a problematização de como acessar determinada parcela da população nas atividades propostas nos serviços de saúde:

A estagiária pergunta para o professor de educação física do NASF sobre a idade do público que frequentava aquele setor e ele comenta que é mais uma população idosa e também população adulta. Ela questiona sobre o porquê da ausência de crianças no espaço e o profissional argumenta que esta atividade é desinteressante para o público infantil, que não provoca estímulo para participarem. A estagiária então fala sobre a importância de que a academia poderia oferecer outras atividades e pensar em um outro aparato para estimular a participação das crianças, uma vez que se trata também de um público cuja participação é importante. O professor de educação física concorda com ela (Diário de Campo, 10/05/2016, AISC III).

Foram três enfermeiras de uma UBS conversar com a gente, porque elas iam realizar uma atividade voltada para esse público [idosos]. Aí elas vieram ter uma orientação, saber também de como seria legal fazer a abordagem. Aí foi um espaço interessante que eu tive para problematizar algumas questões. Não que elas não tivessem pensado, mas trazer à tona estas questões numa discussão com profissionais é bastante interessante. Como, por exemplo, “você tá trazendo os idosos para cá, mas e os que não podem vir ou que tem algum problema de deslocamento? Vocês têm controle desses indivíduos que não têm essa mobilidade? Ou que de repente são idosos que ainda são responsáveis por questões financeiras da família?” Então na hora eu acho que a gente conversou, problematizou bastante e foi muito interessante (E52, AISC V-DVS).

³³ Trata-se de uma ferramenta metodológica em que se produz um relato da produção do cuidado com um usuário que é acompanhado em um determinado serviço de saúde (EPS EM MOVIMENTO, 2014), sendo que este tem as características de um caso traçador do cuidado (Cf nota, p. 69).

Neste outro depoimento, também observa-se a preocupação com o acesso da população ao serviço de saúde, atentando-se para os possíveis entraves que a estrutura física poderia trazer na acessibilidade da população com alguma deficiência física:

Eu fui nesse posto que é o que eu falei que frequento. [...] E, eu não falei com ninguém. Eu perguntei uma coisa ou outra que agora eu não me recordo, mas foram coisas básicas. Eu fui com a minha mãe porque ela frequenta o posto e ela pega medicamento e tudo. E eu só fui mesmo olhando o que eu via das outras pessoas, de fila e realmente tinha pouquíssimas, até porque eu fui de manhã e isso realmente influencia. Muitas salas e todas elas estavam funcionando. Tinha um bom funcionamento e era tudo ventilado, tava tudo muito limpinho. A única coisa que me incomodou que eu falei desde as primeiras aulas foi a coisa da acessibilidade, porque tinham muitos degraus, eu não vi rampa, eu não vi coisas do tipo: como que um deficiente vai subir ali? Como vai entrar? (E11, AISC I).

No registro do diário de campo a seguir, observa-se que entrar em contato com serviços que apresentam situações que não estão funcionando como deveriam estar, faz também com que os estudantes se responsabilizem pelos problemas visualizados e se impliquem nas suas possíveis soluções:

Ao término, o profissional de educação física convidou as estagiárias para irem num abrigo do território acompanhar uma visita que este iria fazer junto com a psicóloga para conversar com a gestora da instituição. Nesta visita, as graduandas conseguiram perceber que esta instituição que deveria ser de curta permanência, já abrigava alguns usuários há meses. Isso tocou muito as graduandas, que ao final do dia vieram procurar o professor da disciplina e comentaram que precisaríamos pensar em algum projeto de extensão ou disciplina para atuar neste local e com esta população (Diário de Campo, 19/04/2016, AISC III).

Sentir-se responsável pelos cuidados prestados para a população nos cenários de aprendizagem que estão inseridos também promove com que este busque trazer soluções concretas a partir do conhecimento que vem sendo construído ao longo do curso, como pode ser observado na estratégia enunciada pela graduanda quando participava da reunião do conselho de saúde:

Teve uma parte da reunião [do conselho de saúde] que teve diretoras de colégios ali das redondezas. Aí eles tinham empregado o mesmo Programa Saúde na Escola para todas as escolas! Só que são escolas diferentes, com perfis diferentes. Aí eu falei nessa parte, eu intervi: “não dá para você tratar escolas diferentes do mesmo jeito! Não tem como... Você não pode tratar porque são escolas diferentes. [...] Você tem que promover a equidade, tratar os diferentes de forma diferente para você alcançar os objetivos que você quer alcançar. Não adianta você chegar, dar a mesma palestra para turmas diferentes de escolas diferentes”. Porque tinha uma escola que os alunos entendiam a importância do que as enfermeiras estavam explicando, mas tinham outras que não davam nem a mínima. Aí eu falei: “não dá! Você tem que achar outras formas de levar a mesma informação para as escolas, porque são escolas diferentes. Porque você não tenta levar o RAP da Saúde³⁴ para as escolas que não estão prestando muita atenção?” – eu dei uns toques para ela. [...] São pessoas que não tem nenhuma noção de equidade, que seria uma coisa importantíssima para que o programa dar certo. E aí eu percebi quando ela falou assim “ah, mas como não deu

³⁴ A Rede de Adolescentes e Jovens Promotores da Saúde (RAP da Saúde) trata-se de um projeto da SMS-Rio que atua desde 2006 por meio do desenvolvimento de competências de adolescentes e jovens de comunidade carioca.

certo? A gente tem que ver estratégias. A gente tem que separar esses alunos que fazem bagunça”. Aí eu falei: “não, você tem que tentar empregar algum outro tipo de ação nesse colégio que não deu certo. Leva o RAP da Saúde, tenta levar o RAP da Saúde nessas escolas que não deu certo”. Porque eram crianças que moram em comunidades, essas crianças que faziam arruaça eram de comunidade e provavelmente eles não estavam querendo saber de médico nem de enfermeiro explicando sobre saúde bucal, mas eles... Eu acredito que se levasse o RAP da Saúde para aquele colégio, mostrasse para eles, ajudassem até eles formarem um RAP mesmo (E21, AISC II).

Identifica-se, nos depoimentos acima, o exercício da problematização acerca de que outras respostas os serviços poderiam buscar para realmente atingir as necessidades de saúde da população, buscando, principalmente, atingir parcelas da população que *a priori* não estão sendo contempladas pela prática ofertada.

A emersão destas reflexões críticas são possibilitadas pela oferta de uma abordagem didático-pedagógica que se baseia na reflexão sobre a ação, permitindo compreender o processo saúde-doença-cuidado em suas dimensões psicológica, cultural, social, política e econômica. Estas demonstram práticas formativas que, para além do caráter informativo, também possuem um caráter reflexivo e vivencial, elementos que devem ser predominantes numa prática para a integralidade (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PONTES, 2010).

Neste outro relato, é possível observar as críticas da estudante a uma das observações realizadas dentro do conselho estadual de saúde, em que esta se indigna pelo modo como a reunião observada ocorreu:

Tem pessoas dependendo disso! Tem pessoas que estão na base, não só os usuários, mas também os profissionais de saúde. É muito ruim quando você chega no hospital e você está lá disposta a fazer o seu trabalho e você não tem leito, sabe? Gente como é que vou acolher uma pessoa? Eu tenho gaze, eu tenho luva, mas eu não tenho leito... Eu vou deixar essa pessoa no chão? Ah, eu vou ter que impedir as pessoas que entrem no hospital porque eu não tenho mais leito, eu não tenho lugar, eu não tenho insumo, ou eu não tenho como ir no meu emprego, porque o meu salário não dá. São pessoas que estão dependendo dessa aprovação dessa verba, sabe? Do encaminhamento... E eles estão discutindo, sabe? Eles estão debatendo coisas e não estão pensando que tem pessoas lá na base precisando dessa aprovação. E é isso que minha amiga ficou desapontada. Porque os médicos não estavam recebendo, os enfermeiros também não estavam recebendo, os profissionais da limpeza também não estavam recebendo. Não tinha leito, as pessoas estão ficando pelo corredor. Dois hospitais tinham sido fechados. E eles estavam discutindo, debatendo, xingando um ao outro. Isso não é postura de um subsecretário de saúde, não é postura. Então isso desapontou ela, os outros colegas que estavam lá e quando ela relatou isso para mim me desapontou muito (E21, AISC II).

Esta crítica da graduanda traz à tona a responsabilidade dos atores envolvidos na gestão da rede de serviços, explorando como determinadas escolhas refletem em certas problemáticas para o serviço. Deste modo, observa-se como um contato sensível com os cenários de práticas é produtor de sentidos para a maneira como a assistência e a gestão se organiza e desenvolve (MACÊDO et al., 2011).

3.2.2 Interinstitucionalidade

O tema da interinstitucionalidade refere-se, segundo Pinheiro et al. (2011b, p. 319),

às experiências de articulação de ações entre várias instituições formadoras e de serviços assistenciais universitários com destaque para a inserção dos hospitais universitários, bem como oportunidade de contato com a diversidade cultural e subjetiva e com a diversidade de práticas cuidadoras, não só da saúde.

A formação em saúde vem sendo amplamente discutida no sentido de se tornar mais próxima e coerente com as necessidades de saúde da população. A exigência de aproximação do mundo acadêmico com o mundo do trabalho impõe desafios tanto aos processos educativos em saúde quanto na capacidade de organização e negociação com o serviço para a operacionalização de tal proposta (SAIPPA-OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010).

As pactuações interinstitucionais no âmbito da formação referem-se aos acordos e ajustes realizados entre diferentes instituições e setores da nossa sociedade para, de forma articulada, atuar sobre os processos de ensino-aprendizagem (BARRETO et al., 2011). Tratam-se de estratégias que, por meio da composição dos múltiplos saberes e fazeres dos diversos sujeitos, grupos e setores, se busca compartilhar objetivos comuns, planos, metas e recursos, assim como o estabelecimento de vínculos e a partilha de compromissos e corresponsabilidades entre tais atores e instituições visando uma integração ensino-serviço. Oportunizar esta integração de forma harmônica, proporciona possibilidades de compreensão do mundo do trabalho e as dimensões a estes relacionadas, conforme exposto no relato a seguir:

Na narrativa final de um dos estagiários sobre a integração ensino-serviço, o estagiário comenta que “a disciplina AISC VII traz elementos da práxis no campo da saúde coletiva que nenhuma outra disciplina do curso de graduação em saúde coletiva ousou trazer. Vivências em realidades distintas do que cercam as paredes amareladas do IESC e imersões que transcendem a universidade, as quais sempre busquei ao longo de minha formação e que vão muito além da fala oca de muitas das professoras e professores que orquestram a graduação em saúde coletiva do IESC. Efetivamente, entrar na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde e tatear como são dispostos as salas, corredores e mesas de trabalho e reunião, entender o fluxo de pessoas, ideias, ações e os embates de forças e relações de trabalho que, ora se somam e ora se subtraem não só clareia o solo em que disputaremos espaço de trabalho como sanitaristas, mas também traduz o método de como se pensa e faz saúde para a gestão central do município do Rio de Janeiro. Na mesma medida, entender como o território e seus respectivos equipamentos, seja de saúde, seja de educação recebem os mandos de quem escreve as estratégias e os reproduzem a mesma maneira hierárquica e desprovida de escuta e diálogo em significativo tom me fazem perceber que tecer e planejar a rede de atenção à saúde é muito mais complexo que qualquer relato de professora e professor que um dia já atuou no SUS” (Diário de Campo, 16/08/2016, AISC VII-PSE).

A narrativa acima revela como o estudante compreendeu a relação do nível central com os serviços de saúde. Isto foi possibilitado pelo fato do campo do PSE da AISC VII permitir que os estudantes percorressem todas as instâncias que estão relacionadas com o programa : desde a gestão central – que organiza e planeja as ações no nível municipal – até as unidades de saúde – que desenvolvem as ações do programa nos territórios.

Alguns dos depoimentos e registros demonstram haver um baixo nível de integração ensino-serviço entre a universidade e o serviço de saúde em que os estudantes estiveram inseridos nas AISC:

P: Como é que foi a relação do IESC com essa disciplina?

E73: Eu tô jogado.

P: Que momentos você se reunia com o seu tutor?

E73: Ah, a última vez para falar da disciplina acho que faz mais de dois meses.

P: Foram quantas reuniões nesse semestre?

E73: Duas, três no máximo. Eu tô no campo, falaram o que era para eu fazer – isso de fato eu já estou sabendo.... Mas não me deram prazo de nada, entende? Tipo, posso estar esse tempo todo sem fazer nada que eles não vão saber, literalmente (E73, AISC VII-UBS).

Eu acho que a tutora poderia ter acompanhado isso [as atividades no serviço] mais de perto, como já teve essa faísquinha [problema entre preceptora e estagiária], ela já podia ter ficado mais próximo da gente, entendeu? [...] quando eu tinha dúvidas ou alguma coisa, ela deu o *whatsapp* dela, e-mail... Mas, assim, eu senti falta dela lá, eu acho que pelo menos uma vez por mês ela poderia ir lá, porque ela só foi uma vez no começo e depois quando teve problema. [...] aí às vezes dava uma impressão de que a gente estava meio abandonados: “ah, vai vocês e aí e se virem, façam qualquer coisa que está ótimo”. Aí, sei lá, achei meio esquisito. Eu senti falta dela (E51, AISC V-DVS).

Como o pesquisador também é professor desta disciplina (só que de outro campo de prática), a estagiária em determinado momento da tarde vira para o pesquisador e o questiona sobre o que significa este referido projeto de intervenção que é o trabalho final do primeiro semestre. Parece haver ainda um contato pequeno entre estagiários e tutor do IESC ao ponto da graduanda ainda não ter uma compreensão sobre a atividade que deverá pensar para o próximo semestre (Diário de Campo, 15/07/2016, AISC VII-MP).

O primeiro depoimento demonstra a falta de acompanhamento da tutoria no campo de práticas, deixando somente sob a responsabilidade do serviço esta atividade. No segundo, há a menção sob a presença da tutoria somente quando ocorre algum problema concreto no campo de práticas, demonstrando não haver uma sistematicidade e continuidade no processo de tutoria. Já o terceiro registro aponta para a dificuldade da graduanda em compreender uma das propostas que deveriam ser desenvolvidas no campo, o que pode estar relacionado com uma ausência de tutoria também. Vale destacar a utilização de expressões como “jogado” e “abandonado”, que revelam a maneira como os estudantes se observam em campo: com um certo isolamento da universidade.

Outros entraves observados na relação entre os professores tutores da universidade e os profissionais preceptores do serviço podem ser identificados nestes trechos:

Haverá na semana que vem uma reunião de serviço em que cada uma das graduandas que ficaram em cada um dos três setores irão apresentar as atividades desenvolvidas em cada um dos setores. Nenhum dos tutores destes campos poderão comparecer (Diário de Campo, 20/07/2016, AISC V-NVEH).

Na parte da tarde, havia sido programada uma conversa com o gestor da unidade que iria apresentar os sistemas de informação existentes na unidade e mostraria também como se dá o preenchimento das fichas de atenção básica (ficha A, B, C, ...) e o uso do prontuário eletrônico adotado pela unidade. Na semana anterior, ocorreu a troca de gerente da unidade, uma vez que o gerente anterior havia sido convidado para trabalhar na CAP. O novo gerente não estava neste dia na unidade e o professor responsável pela discussão sobre indicadores de saúde daquele dia comenta que nem havia se atentado sobre isso e pergunta sobre o que iriam fazer agora. Outro professor resolve procurar algum profissional na unidade para apoiar esta atividade, encontrando um enfermeiro da unidade que poderia estar neste espaço. No entanto, o enfermeiro pontua que a atividade deveria ocorrer algum outro dia e que ele deveria ser avisado com antecedência (Diário de Campo, 03/05/2016, AISC III).

Entrevista a gente só fez dentro da unidade e mesmo assim nos trancos e barrancos, porque eles [profissionais de saúde da UBS] não tinham tempo, eles tavam trabalhando de manhã, na rotina, no serviço. Aí a gente falava: “ah, tem que entrevistar”... A professora até chegou para a gente e falou: “se vocês não se mexerem, vocês não vão conseguir nada”. Só que não adianta eu chegar no lugar e dizer que “vocês têm que dar entrevista para gente”, sendo que ele tá trabalhando. Aí os professores entraram naquela sala onde as pessoas tomam medicamento, eles entraram para poder pedir para dar entrevista para gente. Aí eu achei um absurdo (E61, AISC VI).

Observa-se, no primeiro relato, a indisponibilidade dos tutores em participar de atividades importantes no serviço, uma vez que em algumas AISC o acompanhamento dos tutores ocorria com a vinda dos graduandos a sede do IESC e não com a presença destes nos campos de práticas. Os outros dois revelam como ainda há fragilidades de encontros entre as demandas eliciadas pelas atividades da AISC e a possibilidade concreta dos serviços responderem a estas demandas em específico. Isto faz com que os próprios entrevistados questionem a formação docente para atuação em cenários de práticas:

Apesar de todos os problemas, a gente conheceu lugares novos e realidades novas, mas não dentro do que a gente espera de uma disciplina prática. [...] As aulas foram bem expostas, não foi uma coisa jogada, a gente aprendia na disciplina. Só que o problema é que ela não foi prática. Ela como uma disciplina teórica ela seria uma boa disciplina, só que de prática não teve nada. Mas a gente conseguiu aprender, a parte teórica pelo menos a gente aprendeu, acho que os problemas são na parte prática da disciplina. É uma disciplina que não tem muita estrutura para ter parte prática, os professores não estão muito preparados para isso. Eles querem te deixar no campo sozinho. Chegam lá e vão para o restaurante e te deixam sozinho no lugar onde você não conhece [...] o problema da disciplina é que era meio que largado: “faz, faz que no final eu vou só te dar a nota”. E o campo de prática fica sempre de lado, né? A gente tem que se virar, né? A gente não aprende, a gente tem que se virar (E61, AISC VI).

O docente é entendido como um mediador dos processos de ensino-aprendizagem. A forma como ele conduz este espaço poder facilitar ou obstaculizar uma aprendizagem significativa. Deste modo, faz-se necessário pensar em processo de “capacitação dos docentes que irão atuar no processo de inovação e transformação do processo de formação” (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; MARINS, 2013, p. 318). No próprio depoimento descrito

anteriormente, observa-se que o estudante possui clareza sobre o despreparo docente para acompanhar atividades de campo.

A ausência de uma maior aproximação da tutoria no cotidiano em serviço acima relatada é alvo de críticas dos estudantes:

Na apresentação final da disciplina, uma das graduandas trouxe uma discussão que no momento recebeu apoio de diversos outros estudantes. Ela critica sobre a atuação pontual dos tutores na atuação dos estagiários nos campos de práticas. Ela questiona: “por que vocês só querem ver o que a gente faz no final da AISC?” Neste sentido, recomenda que “os tutores deveriam dar suporte durante toda a atividade e não só no final”. Critica ainda que os preceptores muitas vezes estão muito ocupados e que falta uma ação mais direta dos tutores para apoio pedagógico no desenvolvimento de algumas das atividades (Diário de Campo, 20/07/2016, AISC V-NVEH).

Eu acho que a faculdade, principalmente o IESC, a saúde coletiva, tinha que estar mais perto do serviço (E21, AISC II).

A minha expectativa é que a AISC seja levada a sério. Ou que a gente deixe de ter Atividades Integradas em Saúde Coletiva e passe a ter estágio obrigatório a nível de nomenclatura mesmo, para ver se muda a forma de como está sendo levado as coisas, ou a gente toma uma postura mais séria frente ao campo. Porque a gente está lidando com um profissional, o sanitarista, que já não é muito bem visto no mercado pela questão de não ter conselho, pela questão de ser um mercado novo, por uma questão de estar mal ou bem lutando por um espaço que os outros profissionais já estão inseridos. Então, para tanto, é muito importante que a gente já tenha esse profissional muito bem formado e ter esse profissional com esse conhecimento prático, empírico, muito consolidado. Porque pelas minhas conversas com muitas pessoas que fizeram AISC VII em outros campos, eles têm esse sentimento de estar muito perdido, de às vezes não sentir apto para tal. Este não se sentir apto, assim, é uma das maiores tristezas se acontecesse comigo. Por exemplo, eu tô aqui, mas eu me sinto apto. Eu tô entendendo o que está acontecendo e o que eu estou fazendo, mas quando eu escuto “ah eu não me sinto apto”, eu fico triste, porque algum ruído teve na formação desse profissional, que ele não está preparado e ele já está no último ano de graduação. Então a minha expectativa é que a AISC mude a nível de, vamos ter preceptores fortes, vamos estar juntos a vocês, vamos estar disponíveis de fato, não só ficar na lábia, não só do aluno ter que ir ao professor, sempre. Do professor se mostrar disposto, disponível (E73, AISC VII-UBS).

Estas críticas revelam o tradicional distanciamento existente da universidade com o serviço de saúde. A presença de conflitos no serviço demonstra a necessidade de mais espaços para o debate sobre a integração ensino-serviço, dado que o diálogo permite apontar os problemas, as dificuldades e também formas de intervenção na intersecção destes dois mundos (HENRIQUES, 2010). Guizardi et al. (2011, p. 160) apontam que devem ser

forjados dispositivos que instauram espaços e instrumentos de análise dos processos em curso. Por esse motivo, compreendemos ser importante proporcionar visibilidade para esses encontros e dispositivos, para os efeitos que engendram, na medida em que permitem transformar as instituições apesar das resistências sempre presentes.

A existência de espaços de diálogo aprimora a relação entre a universidade e o serviço, trazendo resultados concretos como o presente no registro a seguir, que observa-se uma atuação dos preceptores mais qualificada, potencializando o processo de ensino-aprendizagem:

Em reunião dos professores da disciplina para organizar a atividade da próxima data, um destes comenta que, neste ano, os funcionários da unidade de saúde estão bem mais solícitos e atenciosos com as atividades desenvolvidas, descrevendo que talvez

isso se deu pela participação dos professores nas reuniões das equipes de saúde apresentando a proposta da disciplina no serviço antes da entrada dos estagiários na unidade de saúde (Diário de Campo, 19/04/2016, AISC III).

Portanto, corrobora-se aqui com a proposição de Saippa-Oliveira, Fernandez e Koifman (2010, p. 202) sobre o fato de que “para aproveitar todo esse potencial pedagógico, é necessário enfatizar algumas etapas como a negociação permanente entre universidades e serviços”.

A criação destes espaços de diálogo, seja no próprio campo ou na própria estrutura da universidade congregando graduandos inseridos em distintos campos de práticas, propiciou também uma melhor integração ensino-serviço na percepção dos estagiários:

Assim, teve duas vezes que a gente veio apresentar o que a gente estava fazendo aqui [no IESC]. A primeira vez, foi muito importante para mim, porque era um período que eu estava assim um pouco incomodada, porque eu não tinha entendido ainda que a minha preceptora era daquele tipo que segura todo o trabalho para ela. Então foi um momento que a gente sentou e fez uma rodinha mesmo: os meus colegas que estavam em outras DVS de outras áreas puderam expor esta situação: “olha, tem vezes que eu não sei o que fazer e tal”... Eu fiquei na epidemio [setor de vigilância epidemiológica] só esse tempo todo, e eu descobri que minhas colegas tinham feito esse rodízio [por todos os setores da DVS: vigilância epidemiológica, vigilância do óbito, vigilância ambiental, imunização, ...]. Tinha gente que o preceptor tinha proposto o rodízio, mas acabou que não pode fazer. E aí eu achei que foi muito boa essa parte, porque a gente pode falar para eles sobre como é que estava acontecendo, porque mesmo a tutora indo lá, ela nunca ia saber como é que estava sendo. Ela observava lá, perguntava, mas a gente que tava lá na rotina mais intensa, a gente sentia as coisas diferentes que às vezes não dava nem para falar lá dentro, né? E ali foi muito legal, porque ali eu pude ouvir como é que estava sendo nos outros, criar novas expectativas do que eu poderia fazer na DVS que eu tava e poder falar da minha inserção. Aí eles conversaram (os preceptores e a tutora) para ajustar isso. [...] Outra coisa que a gente fazia lá era um relatório diário: todo dia tinha que falar o que foi feito lá. Bem pontual, dizer “hoje eu fiz tal coisa; hoje fui tal tal”, aí o preceptor assinava e aí a gente tinha que trazer para cá também como uma forma de avaliação. Então sempre tinha essa questão do IESC estar acompanhando bastante o que estava tendo lá. [...] [a tutora] sempre ia lá, de tempos em tempos ela ia lá. Mesmo tendo reunião ou não ela tava lá para saber como que estava indo e às vezes apoiava a gente em algumas questões, sobre como que calcula tal coisa. Ela chegou a me ajudar nessas coisas também (E74, AISC VII-DVS).

O tempo inteiro a gente tinha que fazer relatório para a UFRJ e para a CAP, e as professoras [tutoras] tem que fazer reuniões periódicas entre elas e a coordenadora principal [preceptora] sempre para saber como é que tá sendo, que atividades os alunos estão desenvolvendo, se estão tendo demandas para eles. Aí eu achei uma integração [ensino-serviço] muito boa. Inclusive agora de acordo com a nossa apresentação final, eles vão ter uma reunião para apresentar aos coordenadores as nossas sugestões e ver alterações (E75, AISC VII-DVS)

Aí começou a ter problema com relação a falta na quarta, aí a preceptora falou de alguma forma com a professora – porque isso aconteceu por três semanas: eu faltei três quartas e fui três segundas consecutivas. Aí a professora me abordou: “o que está acontecendo? Vem aqui conversar comigo” – me mandou um e-mail. Aí eu fui até a professora e conversei com ela, aí ela perguntou se eu queria trancar a disciplina e eu disse que não. Então eu poderia arrumar um outro horário, aí conversei com outro professor de outra disciplina que eu ia trancar, tranquei e criei esse espaço na sexta-feira para eu poder ir neste estágio (E52, AISC V-DVS).

Observa-se que o acompanhamento pelo tutor auxiliou na identificação de problemas na integração ensino-serviço que puderam ser sanados junto a equipe do serviço, ou então

mesmo junto ao próprio estudante, dado que algumas questões podem e devem ser alvo de discussão diretamente com este ator. O aprimoramento desta articulação propicia a criação de vínculos entre serviço e estudante, conforme apontado no relato abaixo:

Uma das preceptoras, chefe do serviço, comenta ao final do último dia que as graduandas “criaram laços” e que podem voltar ao serviço sempre que precisarem (Diário de Campo, 27/07/2016, AISC V-NVEH).

Identifica-se nos dados desde avaliações positivas até avaliações negativas sobre a integração ensino-serviço. Estas dissonâncias ocorreram porque as AISC – e mesmo dentro de uma mesma AISC (no caso das AISC que apresentam mais de um cenário de prática possível) – são bastante díspares, com modos distintos de se articular ao serviço e/ou com tutores conduzindo as atividades também diferentes. Ademais, observa-se mais críticas principalmente na AISC V, que trata-se a primeira AISC com caráter mais interventivo em que os estudantes ficam em um serviço de saúde grande parte da carga horária. Deste modo, os estudantes podem estar sentindo maior necessidade de acompanhamento pelo tipo de atividade nova para o qual agora estão tendo que desempenhar de forma mais protagônica.

A baixa integração pode ser explicada pelo modo como estes processos de articulação ocorrem: sem a participação dos atores dos serviços de saúde nas avaliações, no planejamento das atividades e na produção de conhecimento sobre a experiência em curso (GUIZARDI et al., 2011, p. 159), muito menos os usuários (MARCH; FERNANDEZ; PINHEIRO, 2011). Ao profissional do serviço, fica reservado a “supervisão do estudante, feita em alguns casos de modo assistemático e solitário, sem uma discussão ou presença mais efetiva do docente” (HENRIQUES, 2010, p. 152).

Nos depoimentos a seguir, os estudantes problematizam a seleção das unidades para campos de práticas, apontando a importância de também selecionar instituições que possam ter maiores fragilidades e dificuldades operacionais no seu dia-a-dia e também para o fato de escolher territórios para o qual a atividade propiciasse maior impacto:

A maioria das unidades que nós visitamos, principalmente nas áreas da zona sul, são áreas muito bem adaptadas no sentido do sistema. Então funciona, tem uma estrutura muito boa, bem localizada, acho que tem um investimento muito melhor. Mas eu acredito que a gente deveria visitar unidades que são o lado oposto, unidades que são mais carentes, que precisam muito mais do nosso olhar do que realmente essa unidade precisa: “Por que ela está assim? Qual é o problema? Por que essa estrutura chega nesse ponto que os governantes/os representantes deixam nesse fim? O que é que está se passando? E as pessoas daquela região?” Então, eu acho que é bom esse choque de realidade, principalmente no início (E12, AISC I).

Tinham realmente muitos problemas e eu acho que a questão de ser naquele território todo ano é um problema para o aluno. Porque não tem muito o que perguntar. Lá não é um grande cenário de problemas assim. Já tem acesso a clínica [UBS], já tem acesso a saúde. Acho que não é um bom cenário para fazer o que eles imaginam de fazer nessa disciplina, da gente conhecer um lugar virgem de acesso a saúde. Acho que aqui a vila residencial [da UFRJ] é muito melhor para fazer isso do que aquele território (E61, AISC VI).

A seleção dos campos de práticas muitas vezes prioriza aqueles em que há um histórico de boa integração, com uma boa organização interna e adequada prestação de serviços/ações à população. Apesar disto, estes serviços não correspondem a totalidade das unidades existentes no sistema de saúde. Uma formação orientada para a integralidade deve priorizar, acima da escolha de um outro tipo de serviço, a reflexão crítica sobre os processos vivenciados:

Apontamos que essas vivências de não-integralidade podem funcionar como objeto de produção de conhecimento e de novas práticas no sentido da integralidade, por meio do questionamento e do posicionamento crítico em relação às situações vividas e observadas. É muito importante que os docentes tenham a competência de discutir politicamente as abordagens e as perspectivas de atuação em saúde (PONTES; SILVA JR; PINHEIRO, 2011, p. 270).

O depoimento da graduanda abaixo demonstra a importância que a AISC teve para a formulação de um pensamento crítico, dada a importância dos processos reflexivos e problematizadores no interior das atividades da disciplina, tal qual posto anteriormente:

[A AISC II me ajudou a] ser mais crítica... Eu acho que até mesmo no dia a dia, porque quando eu cheguei na AISC II, assim, eu falo, mas eu não gosto de falar muito... Eu tenho opiniões, mas é muito opiniões. Mas assim eu não gosto muito de ficar expondo essas opiniões, porque... Até porque tem alguns professores que não estão muito abertos ao diálogo. Eles falam “é isso e isso e pronto. Eu que sei e vocês não sabem nada, então escuta só”. E não, [na AISC II] os professores forçavam a gente a falar! Eles forçavam, eles perguntavam “mas por que você achou isso? Tá bom... Você disse isso, mas por que?” Sabe, forçava a gente a falar... Não de uma coisa pressionando, colocando uma faca na sua cabeça “fala, fala”. Não, é dialogando de uma forma sutil para você falar, mesmo você falando errado, mas você conseguia expressar sua opinião ali e ter uma visão crítica do assunto. Porque quando pelo menos você falava alguma coisa, ele falava “mas por que você acha isso?”. Aí eu refletia “é verdade, mas por que eu estou falando isso? Ah, por causa disso, disso e disso”. Então eu conseguia ter uma visão crítica. Aí depois, quando acabou a disciplina eu falei: “poxa vida, agora eu consigo ter uma visão crítica do assunto”. Porque agora na AISC III (atualmente eu estou na AISC III), a gente tá no serviço, a gente tá fazendo observações na UBS e depois sempre quando a gente acaba a observação a gente fica uma hora discutindo sobre o que a gente observou e sobre o tema que os professores dão e o texto que passam para a gente ler em casa. E aí eu fico refletindo sobre a discussão, e aí eu digo: “mas professor”... Foi até a última discussão que a gente fez: “mas professor, mas não seria o papel do gestor informar sobre isso e isso e isso?”. Aí o professor: “é verdade, é papel do gestor”. Agora eu consigo ter uma visão mais crítica, antes eu ficava: “é verdade”, eu concordava com o professor, mas agora o professor fica falando e eu fico refletindo na hora: “não, se tem um painel de indicadores, então seria papel do gestor explicar aos funcionários, para os funcionários explicarem para os usuários”. Agora eu já consigo ter uma visão mais crítica sobre essas coisas. Então foi muito importante... Muito, muito importante... A discussão em sala de aula, os relatórios que fazem você refletir naquilo que você viu, ajuda na escrita, as discussões ajuda na fala, na visão crítica (E21, AISC II).

O encontro dos estudantes com a prática do cuidado possibilita uma reflexão produtiva da teoria, desde que sejam oferecidos, conjuntamente, espaços de diálogos com os professores e preceptores de campo, que incluam reflexões sobre responsabilidade e julgamento (SILVEIRA; STELET; PINHEIRO, 2014). Neste sentido, apesar da perspectiva crítica que os estudantes possam desenvolver em suas vivências nos cenários dos serviços de saúde,

Guizardi et al. (2011) reforçam que é preciso considerar que o entendimento que eles constroem sobre a relação entre teoria e prática deve a todo momento ser problematizando, pois corre-se o risco de ter como limite a apreensão do conhecimento como uma verdade – fundamento, nessa medida, absoluto da intervenção no campo profissional:

A falta dessa problematização pode fazer a relação com a prática cotidiana se confrontar com limites à criação de novos olhares e estratégias de intervenção já que é frequente que o recurso aos saberes disciplinares se concretize como valor de verdade sobre o conhecimento do mundo e não como possibilidade de engendrar-lo (p. 173).

Deste modo, retomando ao dilema apresentado na introdução desta dissertação sobre “mostrar o SUS que temos ou o SUS que queremos” (SILVA; VENTURA; FERREIRA, 2013, p. 98), pontua-se a necessidade de cumprir com estas duas funções pedagógicas: a de exposição de como as práticas e os serviços de saúde têm se desenvolvido no cotidiano dos serviços e a reflexão crítica sobre estes processos em uma perspectiva problematizadora e comprometida com processos de transformação desta realidade.

3.2.3 Autonomia do usuário

O tema da autonomia do usuário na formação refere-se às experiências que propiciem

o

fortalecimento da participação dos usuários e desenvolvimento da sua capacidade de formular críticas aos serviços, aos profissionais e ao ensino, favorecendo ações que articulem serviços, movimentos sociais e instituições formadoras, incentivando a democratização das relações institucionais e liberdade de escolha terapêutica pelo usuário (PINHEIRO et al., 2011b, p. 319).

Na observação da AISC VII no PSE, um dos estagiários preocupou-se com a inclusão de parcela da comunidade escolar que não estava sendo contemplada nas atividades desenvolvidas na escola:

Ao final do dia, quando se planejava as atividades a serem desenvolvidas no próximo encontro, um dos estagiários denuncia que a atividade daquele dia como havia sido pensada não possibilitou a efetiva participação de toda comunidade escolar. A caixa de perguntas “a pergunta que não quer calar” que foi criada para compreender os anseios dos escolares em relação as temáticas de saúde que estes gostariam que fossem trabalhadas na escola não atingiu um determinado grupo daquela escola: os surdos. Os estagiários sentiram dificuldades de se expressar no momento em que foram abordados pelos surdos e relatam o desejo de saber o básico sobre LIBRAS para comunicar com estes na atividade. Pactuou-se em realizar a atividade novamente na próxima semana junto com intérprete, porque como a estagiária pontuou “há a necessidade de preservar a voz para essa população que anteriormente não participou da atividade por uma barreira comunicativa” (Diário de Campo, 04/07/2016, AISC VII-PSE).

A observação que a estagiária faz demonstra uma atenção para a forma como as ações de saúde do escolar estavam sendo pensadas, não desenvolvendo autonomia, principalmente por uma barreira comunicativa. Atentar-se para isso e buscar melhoria no desenvolvimento da sua própria proposta de atividade efetivou uma participação mais autônoma, favorecendo que os surdos também tivessem suas necessidades de saúde visibilizadas naquele momento. Observa-se que o estudante transforma-se em um “defensor” dos direitos dos usuários que este acompanha em sua ação, o que, segundo Saippa-Oliveira, Koifman e Marins (2013), trata-se de um papel a ser valorizado nos aspectos pedagógicos em uma prática de ensino norteada pela integralidade.

Neste próximo relato, uma das estagiárias, a partir daquilo que observou na rotina da unidade, discute sobre formas de se favorecer a inclusão, com vistas a maior integração da população com deficiência ao restante da população. Pensa nas formas de fortalecer a cidadania, favorecendo, portanto, o exercício da autonomia:

Um grupo de graduandas ficou observando pela manhã o funcionamento da Academia Carioca. Além de presenciarem a população realizando exercício, elas também puderam observar uma reunião entre o profissional de educação física e a psicóloga de uma ONG. A psicóloga apresentava o projeto que visava a integração de pessoa com deficiência com a população em geral por meio do esporte, comentando que na maioria das vezes se reserva um espaço de exercício só para o deficiente, separando-o de pessoas que não portam deficiência. No diário de campo de uma das estudantes, ela pontua que "o que deveria acontecer é estimular a integração dessas pessoas, para que dessa forma todos possam conviver de forma harmônica, não segregando uma parcela da população a sua 'condição' de deficiência e só" (Diário de Campo, 19/04/2016, AISC III).

Observa-se que o questionamento e o confronto sobre a própria organização do serviço gera novas formas de intervenção, pois “a presença do estudante em determinados cenários contribui para a introdução de mudanças substantivas naquela realidade, inclusive no respeito pela autonomia dos usuários” (MACÊDO et al., 2011, p. 245).

No nível micro, a atenção para questões de autonomia, principalmente no que tange o acesso à informação, também foi observada neste fato descrito por uma das entrevistadas:

Teve um de uma mulher que chegou com uma suspeita acho que de caxumba... Era sim, de parotidite! Ela tava hospitalizada e aí nós fomos até a casa dela e ela morava com o pai e com a filha que a visitava duas ou três vezes na semana. Fomos até lá eu, a enfermeira (técnica de lá que me orientava) e mais uma outra profissional. Nós fomos de carro da prefeitura. Aí nós chegamos lá, o senhor era muito velhinho e tinha problemas auditivos. A conversa foi bem lentificada e a gente teve que ser bem detalhista, mas ele foi extremamente solícito, nos agradecendo a todo momento por ter se preocupado com a situação de saúde da sua filha e da dele. Nós fizemos a investigação com perguntas e conversas. Nós deixamos lá uma medicação, com ele bem orientando e com uma etiqueta pra ele se orientar (E52, AISC V-DVS).

Neste relato, também observa-se a preocupação da graduanda em traçar estratégias que realmente efetivassem ao usuário maior entendimento da possível situação de contaminação

para que então este pudesse decidir sobre a terapêutica que estava sendo proposta para aquela situação.

Por outro lado, no nível macro, alguns relatos demonstram a necessidade de se aprimorar a democratização do acesso e da participação popular no SUS para que seja possível o fortalecimento da autonomia e emancipação dos usuários:

Eu demorei muito para conseguir ir no conselho porque nunca tinha uma informação concreta do dia da minha reunião lá do conselho de saúde da minha área programática. Aí eu ligava, ligava, ligava... Eu queria ir como se fosse uma usuária, sem precisar falar: “eu sou estudante de saúde coletiva da UFRJ”. Não queria... Queria participar normalmente e tal. Só que eu nunca conseguia ter informações concretas do dia que seria a reunião e eu tive que entre aspas dar “carteirada”, falar: “olha, porque eu sou aluna do curso de saúde coletiva da UFRJ e gostaria de saber quando seria o dia da reunião do conselho de saúde, porque eu sei que isso é um direito”. Aí ela falou assim (a pessoa do outro lado falou): “Verdade! É um direito! Você sabe disso? Nossa, espera aí, você é aluna de saúde coletiva da UFRJ? Tá bom! Toma o ramal do fulano de tal, toma o número de beltrano, anota o nome de ciclano”. Nossa! As portas se abriram... Agora, se eu fosse usuário normal, querendo saber quando a reunião do conselho eu não poderia ter essa informação. Agora, aqui, entre aspas eu dou uma “carteirada” e eu posso ter uma informação concreta. [...] Gente, eu achei uma falta de respeito com o usuário, sabe? Porque o conselho é aberto a todo mundo... Se a minha mãe, que não é estudante de saúde coletiva da UFRJ, quisesse ir ela tinha que ligar: “qual é o dia da reunião?” “Ah, tal... Horário tal..., tudo bem?” Agora me falar que não existe conselho? Tinha gente que não sabia nem o que era conselho! Falei: “que dia é a reunião no conselho?” “Anh? Conselho? O que é conselho?”. Não sei se a pessoa não sabia o que que era conselho ou se não queria me dar informação, né? Eu achei de uma falta de respeito com o usuário, sabe? Falta de respeito! Porque eu tenho que falar que sou aluno da UFRJ para poder ter acesso a alguma coisa que todo mundo devia acessar, um espaço onde os usuários têm voz ali (E21, AISC II).

A atividade relatada pela estudante trata-se de uma das visitas não-guiadas da AISC II, em que esta deve acompanhar a reunião de algum conselho de saúde do seu território (podendo ser algum conselho local, municipal ou, caso não haja disponibilidade de horário, estadual). Nas orientações, é dada a possibilidade da estudante se apresentar como uma usuária durante a reunião ou então se apresentar como representante da universidade.

A graduanda se indigna ao conflitar o que aprendeu na sala de aula sobre os direitos da população no que tange a participação popular nas instâncias de gestão compartilhada e como que na prática isto não se concretiza. A identificação dos possíveis entraves que dificulta o exercício cidadão das pessoas e o quanto isto pode desqualificar o aspecto democrático no qual o SUS se ancora demonstra um olhar para o usuário do serviço como sujeito de direitos. Guizardi, Pinheiro e Machado (2010, p. 238) apontam sobre esta questão, pontuando o

desafio de tornar pública a política de saúde, como arena de disputa e construção democrática, que não se concretiza sem que nos engajemos em fazer da participação no SUS um mecanismo de determinação dessa política. Participação, assim como a política, entendida como liberdade, alteridade e emancipação.

Neste sentido, defender a participação, conforme faz a estudante, é promover um fortalecimento de autonomia, cidadania e protagonismo dos usuários.

Os participantes da pesquisa coadunam com a perspectiva dos usuários quando estes apontam que a atividade didática proposta pouco repercute num fortalecimento da autonomia:

No início, a gente ficou meio apreensivo porque as outras turmas vão contando [sobre a atividade no território-área]. Aí falaram: [...] “as pessoas de lá já estão cansadas! A gente chega lá e eles perguntam ‘vocês de novo?!? O que que vão fazer aqui? Ninguém melhora nada aqui, só vem perguntar, só vem saber’” [...]. Acho que em nenhuma AISC VI até hoje ninguém voltou lá, até por isso que as pessoas se queixam, ninguém volta para informar nada. Depois na próxima AISC vão estar lá de novo e ninguém informa nada aos moradores (E61, AISC VI).

Nós não tivemos a devolutiva do nosso trabalho para com o território. A gente não apresentou nada para ninguém e isso é bem complicado, porque a gente chega no território falando com as pessoas e seus problemas, sobre sua vida, sobre aspectos particulares da sua vida e aí as pessoas se comprometem... Aí uma coisa que a gente ouviu muito no território: [...] “porque o pessoal vem aqui (porque aquele território é um lugar meio saturado de pesquisa), o pessoal da universidade vem aqui, o pessoal da FIOCRUZ vem aí, aí soltaram uns mosquitos e tudo mais e aí ninguém devolve nada para gente e tal”. Uma moça que estava próxima da associação de moradores de lá ela virou para mim e falou: “olha, quando você finalizar o seu trabalho, traz para a gente, porque a gente gosta de ter e tudo mais”. Mas não houve essa devolutiva (E62, AISC VI).

Identifica-se que os graduandos possuem uma visão crítica em relação a forma como se estabelece as relações com o usuário, com pouco potencial para transformar o seu cotidiano e fomentar uma atuação mais autônoma e protagônica. Neste sentido, aponta-se aqui a possibilidade que a devolutiva pode ter para trazer novas perspectivas sob esta questão, dispositivo que deve ser mais explorado nas AISC.

O estabelecimento de retorno para todos os parceiros é um elemento fundamental nas relações interinstitucionais e demonstra um compromisso efetivo da universidade com os serviços, entidades, movimentos sociais e comunidade (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PONTES, 2010). As instituições de ensino superior ainda possuem uma visão utilitária frente à rede de serviços do SUS, apropriando-se e utilizando-se da sua capacidade instalada e do cuidado numa leitura de mão única (SAIPPA-OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010).

A devolutiva possui um caráter dialógico, representando um canal de expressão e construção compartilhada sobre os processos vivenciados na integração ensino-serviço. Possui também uma capacidade transformadora quando os sujeitos envolvidos estão engajados numa relação dialética, na qual, pelo próprio caráter de troca e movimento, possibilita a produção de mudanças e favorece a construção de novas subjetividades:

É no exercício dessa relação que surgem novos saberes, novas possibilidades de ação e um outro olhar sobre a realidade emergem, como fruto do diálogo. Diálogo aqui não entendido apenas como comportamento verbal, mas em sentido mais abrangente, o de encontro, de comunicação em todos os níveis de relação, na qual o outro é visto em sua totalidade, como um ser essencialmente diferente de mim e de outros seres (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PONTES, 2010, p. 144-145).

O diálogo proporcionado na devolutiva permitiria “amadurecer e gerar novas possibilidades de interferir no processo de trabalho e na organização da assistência naquele local, ou mesmo no processo educativo da formação de um novo trabalhador” (HENRIQUES, 2010, p. 152). Deste modo, conforme atentado pelos próprios estudantes, faz-se necessário promover mais espaços de devolutivas junto aos atores e instituições envolvidas nas AISC.

3.2.4 Resolutividade

A resolutividade pode ser vislumbrada nas experiências de formação

que favoreçam a elaboração e instrumentos-ferramentas de avaliação institucional, que contemplem a inserção de docentes, discentes, usuários e profissionais visando à capacidade de resolução de problemas, bem como o desenvolvimento de atividades de investigação que apontem os modos como se constrói a satisfação dos usuários diante da terapêutica (PINHEIRO et al., 2011b, p. 319).

Na observação, pode-se vislumbrar a preocupação das estagiárias que estiveram inseridas no registro de câncer do NVEH com a resolutividade na atenção integral ao paciente oncológico. Deste modo, ao ter que realizar a construção de um boletim epidemiológico para o hospital em que estavam inseridas, decidiram por tratar da “Lei dos 60 dias”³⁵ para problematizar como ocorria o acesso ao tratamento do câncer e quais eram as principais dificuldades para o cumprimento da referida lei. Aponta como principal fator a falha na rede de saúde com a baixa de serviços de saúde suficientes para a referência. O registro a seguir relata os questionamentos da estagiária perante a iniquidade encontrada entre diferentes tipos de pacientes:

Ao apresentar os dados de seus gráficos que mostram que os casos sem diagnóstico e tratamento possuem intervalos de espera para o atendimento maiores do que os casos que já chegam na instituição com diagnóstico, a graduanda questiona: “esse sistema de regulação está me ajudando ou me atrapalhando?” Critica então como a regulação possui grande responsabilidade no não cumprimento do prazo para este tipo de paciente e que isto não deveria ser assim (Diário de Campo, 20/07/2016, AISC V-NVEH).

Depreende-se do relato como a vigilância epidemiológica (no caso, a vigilância epidemiológica do câncer) pode ter um papel fundamental sobre os processos de integração da rede de gestão e serviços. A capacidade de utilizar dos aportes da epidemiologia para poder

³⁵ Trata-se da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que decreta que o paciente com neoplasia maligna tem o direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS no prazo de 60 dias a partir da data que foi firmado o diagnóstico. Posteriormente, portarias do MS foram publicadas para redefinir a partir de quando o referido prazo se inicia, sendo que a última normativa, a Portaria MS nº 1.220, de 03 de junho de 2014, reconhece como este início a assinatura do laudo patológico.

promover melhorias na resolutividade da rede demonstra a importância de se estabelecer conexões entre estes diversos saberes disciplinares para contemplar uma maior efetividade na assistência.

A possibilidade de construção de itinerários terapêuticos ofertada na AISC IV também propicia um olhar crítico sobre a resolutividade das ações. Bellato, Araújo e Castro (2008, p. 167) apontam que seu percurso teórico-metodológico permite “apreender discursos e práticas que expressam diferentes lógicas através das quais os princípios da integralidade e resolutividade na atenção em saúde podem ser questionados”. Os itinerários terapêuticos permitiram a análise das práticas de saúde a partir do contexto em que elas ocorrem, compreendendo o usuário nas suas especificidades de vida, a partir dos seus eventos cotidianos, respeitando seu contexto social, político e econômico, favorecendo assim o desenvolvimento das práticas de saúde com centralidade no usuário. A partir desta noção, torna-se possível uma reflexão sobre a democratização nas escolhas dos usuários, considerando as diferentes condições sociais e de saúde em que se encontrem (GERHARDT, 2006).

O trecho da entrevista a seguir demonstra a crítica da estudante sobre os problemas visualizados nos itinerários traçados no interior da disciplina em relação a oferta do sistema público de saúde:

Nem sempre a própria política está materializada da forma como se é preconizada, porque, na lei, existe um abismo entre a teoria e a prática. [...] na prática, as pessoas ficam peregrinando daqui para lá, de cá pra lá. Chegam as pessoas e ficam caminhando de um lugar para outro... As pessoas ficam aí perambulando... (E42, AISC IV).

Esta mesma estagiária revela a contribuição que a construção do itinerário terapêutico teve para a sua formação acadêmico-profissional, demonstrando que este figura como um instrumento importante para pensar a resolutividade na atenção:

Eu acho imprescindível! Como é que eu posso ser sanitarista, estar inserido num serviço – seja na área de gestão, de planejamento, de formulação de políticas públicas – sem eu compreender o que que as pessoas vivem? Como que se dá essa migração das pessoas? Esse trânsito das pessoas por determinados serviços? Como que ela vai? Por que vai? Por qual motivação? Eu preciso entender essa dinâmica para que eu possa propor um tipo de ação para otimizar esses fluxos. Então, é uma coisa muito importante para nossa formação (E42, AISC IV).

Apesar dos itinerários terapêuticos serem, no geral, “poucos conhecidos ou relegados a segundo plano, não sendo tema prioritário durante a formação dos profissionais das áreas de saúde e estando pouco presente nas atividades dos técnicos e planejadores dos serviços de saúde” (OLIVEIRA, 2008, p. 348), relatos como o acima demonstram a importância que estes possuem na formação de profissionais de saúde, com grande destaque para os profissionais da saúde coletiva. A potência deste está no fato deste se constituir

um dispositivo revelador da cultura *do* cuidado e do cuidado *na* e *da* cultura, na medida em que retrata a multiplicidade da constituição, qualidade das relações sociais e potenciais cuidados; bem como tensiona as práticas/noções construídas no campo da saúde sobre experiências de adoecimento, redes de apoio, acesso, adesão e escolhas terapêuticas (PINHEIRO et al., 2016, p. 23, grifo do autor).

Ao mesmo tempo, alguma das atividades desenvolvidas pelos estudantes, como a proposta de propor soluções para os problemas de saúde de uma determinada área de adstrição de uma equipe de saúde da família de uma UBS proposta na AISC VI a partir da ERP e do planejamento utilizando o Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP), não figura em possibilidades de mudanças efetivas na rede de serviços de saúde. Neste sentido, houve críticas por parte das entrevistadas:

Na verdade, tudo o que a gente falava o gerente dizia que não era aquilo. O gerente participou da disciplina com a gente, porque a AISC era uma disciplina para a gente e um curso para os gerentes. E aí um dos gerentes que estavam participando do curso era o da UBS em que estávamos inseridos. E a gente mostrou o trabalho, fomos mostrando nossos dados e aí ele tudo falava que não: a gente viu que o número de atendimento de pré-natal era baixo, aí ele “ah não, é porque nesse período eu tava com um profissional de licença... E nesse período eu não sei o que”... E tudo ele tinha uma explicação, sabe? Uma explicação que a gente via que ele queria acobertar os problemas da clínica. Então, assim, o nosso trabalho que era para mostrar e ele poder melhorar, ele ficava meio que tapeando as coisas. Aí a gente viu que ele não estava tão disposto a mudar, até porque toda AISC VI e III são lá nessa mesma clínica, a gente faz o trabalho, dá para ele e não muda (E61, AISC VI).

Aí a gente apresentou esse trabalho que na verdade não serviu de nada, porque ele [o gerente] nem se importou com o trabalho. E eles também apresentaram os deles, os gerentes... Porque eles vão ter uma nova UBS, então eles estavam planejando, vendo as condições do lugar que ia ter essa clínica. Aí eles estavam mais preocupados com os [trabalhos] deles, do que o que a gente estava mostrando para eles (E61, AISC VI).

Questiona-se aqui a forma como o serviço entende a integração ensino-serviço: há real abertura para a possibilidade de mudanças? Ou estes só se vislumbram como um espaço em que os estagiários só vão lá para aprender a prática, sem possibilidade de contribuir para transformá-la?

Relatos como o acima descrito revelam, como apontado por Henriques (2010, p. 152), a limitação do serviço para “um fazer diferenciado, que assuma concepções acerca do cuidado, dos processos de organização do trabalho, da gestão e da escuta do usuário” que emergem das práticas de ensino na integralidade. A lógica de organização do serviço é muito centrada na produtividade de seus procedimentos técnico-operativos, fundamentada no modelo hegemônico de assistência (PONTES; SILVA JR; PINHEIRO, 2011, p. 272), sendo difícil a instauração de inovações e melhorias advindas de processos pedagógicos implicados com a transformação destas práticas. Isto é um fator negativo para a formação, dado que demonstra a dificuldade de diálogo e interação entre o ambiente acadêmico e os serviços de saúde.

3.2.5 Permeabilidade ao controle social

Uma formação que contemple a permeabilidade ao controle social congrega

experiências de construção participativas de projetos didático-pedagógicos, que incluam o contato com instâncias de controle social, articulações de usuários, associações de pacientes portadores ou não de problemas especiais, mobilização dos estudantes em projetos de suporte acadêmico à rede e/ou populações especiais e/ou de conhecimento da organização do sistema de saúde (PINHEIRO et al., 2011b, p. 319).

Conforme apresentada na caracterização, a AISC II versa sobre a temática dos movimentos sociais e saúde, congregando a vivência e reflexão sobre as instâncias de controle social preconizadas no interior do próprio SUS e também as demais formas de organização da sociedade civil que possuem alguma atuação no setor saúde. Nesta segunda temática, diversos movimentos sociais foram visitados (feminista, HIV/AIDS, LGBT, negro, pessoas atingidas pela hanseníase, entre outros) para que os estudantes pudessem conhecer o trabalho desenvolvido no interior destes movimentos e também observar o impacto da sua atuação nas políticas públicas de saúde:

Como cada movimento era uma coisa completamente diferente da outra, como, por exemplo, a das mulheres [instituição representante do movimento feminista] era uma coisa completamente voltada no âmbito da justiça, no âmbito legal da coisa [...], porque era um movimento que via a coisa na base da lei e lutavam nos parlamentos, nesses lugares, nesses ambientes. Agora, o movimento de HIV/AIDS (...) participava muito mais na atenção às pessoas que necessitavam. Então, eles ofereciam serviços psicológicos, judiciários [aconselhamento jurídico], testes [rápidos para HIV], mais esse âmbito. (...) E tiveram algumas [visitas] que eram em movimentos de luta, de resistência, que não tinha nada no âmbito legal da coisa (E22, AISC II).

O trabalho final a gente poderia fazer do movimento que a gente tivesse interesse. [...] Eu consegui um movimento que eu queria, que foi até de última hora, que daí eu dei sorte – porque o meu professor me apresentou e aí eu me interessei muito, porque era o movimento LGBT. Aí eu fui visitá-lo no centro da cidade com mais uma aluna e aí chegando lá a gente entrevistou um diretor executivo, alguma coisa assim do movimento. E ele contou acho que muita coisa para a gente, mas muita coisa a partir do que a gente perguntava. [...] A gente fez perguntas básicas, como um pouco da história, como surgiu, como era o financiamento da parte deles, que projeto que eles faziam, como eles participavam desse tipo de coisa. [...] Eu achei muito interessante que são eles que organizam a Parada Gay, a Parada LGBT de Copacabana. [...] Naquela época (ano passado quando eu fui conversar), eu achei muito interessante porque eu achava que a parada LGBT era um lugar bem de luta e tal, só que hoje em dia eu estou vendo outras visões de outras pessoas, dizendo que esse movimento é um movimento muito de interesses econômicos. E aí, visitá-los foi muito bom, porque eu tive uma visão de dentro de quem organiza, e eu tive uma visão de fora (de um gay de fora), e aí esse gay tava falando que atendia interesses econômicos. E não foi nada disso que ficou parecendo. É óbvio que eles precisam de financiamento para fazer a Parada LGBT, porque também é muito grande, não teria acho que como fazer isso. Eu sei que tem marcas de camisinha que patrocina e tal, e

aí eu não via isso dessa forma. Na visão de dentro, na verdade, não é pelo que me pareceu, algo econômico. Eles não têm o retorno financeiro. O retorno deles é só para fazer o movimento, foi isso que ficou me parecendo. Só que agora eu fiquei com essa dúvida se é isso mesmo ou não (E22, AISC II).

O movimento que mais me marcou foi o movimento negro, porque no mesmo período da AISC II eu estava fazendo a disciplina de determinantes sociais e acabei fazendo [o trabalho final desta outra disciplina] sobre o movimento negro, sobre a saúde da população negra. E aí, quando eu cheguei na ONG visitada e descobri que foram eles que idealizaram este documento, foi muito bom porque eu pude chegar e falar: “poxa, vocês podiam ter posto isso no documento... Vocês poderiam ter divulgado mais”. A gente também falou sobre o racismo institucional. Aí eu falei, eu cheguei para o criador e falei: “poxa, mas vocês tinham que divulgar mais isso!” Como eu já passei por diversos setores como eu disse [serviços de saúde nos estágios do curso de técnico em enfermagem], eu nunca vi um cartaz sobre racismo institucional e isso foi muito interessante, porque ele falou “a gente vai preparar mais divulgação”, e isso foi sensacional (E21, AISC II).

Propiciar este contato dos graduandos fomenta o conhecimento sobre as diversas formas que os movimentos sociais atuam e suas principais bandeiras de lutas. Nos relatos acima, há o exemplo de movimentos que atuam no *advocacy*, na assistência aos usuários, na visibilização de determinadas temáticas e na construção de políticas públicas de saúde. O contato com estas diversas formas de ação e com as demandas destes grupos oprimidos no interior da nossa sociedade repercutiram de forma bastante positiva na percepção dos estudantes, que discutiram sobre como este contato impactou na sua formação acadêmica e pessoal:

O que mais me impressionou foi a luta que eles têm, sabe? Porque foi há muito tempo, desde a década de 90 até agora em 2016. E a luta continua a mesma, permanece a mesma força, a mesma garra: “a gente temos que ter voz, tem que lutar pelos nossos direitos”. E abrindo este espaço para a gente (que é universitário) e a gente ouvir da boca das pessoas do que aconteceu, do que elas passam, isso é muito importante para gente, sabe? É muito enriquecedor! Porque a gente não viveu, eu não vivi aquilo que ela viveu! Mas ouvir o que ela viveu, o que ela passou... E ela – quem falou para a gente, quem falou mais, eu não lembro mais o nome dela – transpareceu que ela não tem AIDS, mas ela contou que o pai dela tinha. Então, ela viu toda a luta do pai e quis lutar por outras pessoas na época para ser reconhecido na sociedade, para ter acessos a medicamentos (E21, AISC II).

Os pontos muito positivos foram, na minha visão, a questão de pegar grupos que são minorias politicamente falando e colocar em pauta, em tema – isso é muito muito bom. Acho que podiam ter mais visitas, com mais temas, com mais minorias. Muito importante também ter a flexibilidade de dia e horário e ter mais opções, você pode escolher qual movimento você prefere é muito bom porque você escolhe o que você prefere, e uma outra pessoa vai escolher algum outro e você vai acabar tendo a visão dos dois [todas as visitas deveriam ser relatadas em plataforma virtual colaborativa]. E mesmo que você não esteja lá e tal, os relatos são bens elucidativos, eles explicam bem e fica bem claro, você quase consegue viver o que o outro aluno passou (E22, AISC II).

Eu nunca tinha me deparado com tanta diversidade! Porque a gente passou por vários movimentos sociais e isso quebrou vários paradigmas na minha cabeça... Porque claro, a gente já chega com uma ideia de alguma coisa e aí quando você se depara com o movimento negro, se depara com o movimento da mulher, aí a gente fica “caraca! Poxa vida!” (E21, AISC II).

Este processo de identificação pode ter sido potencializado devido à própria inserção social da maioria destes graduandos, pois muitos pertencem a classes populares e são moradores de comunidades cariocas ou de municípios mais pobres da região metropolitana.

Os processos educativos possuem estreita relação com os modos de se pensar/operar a relação dos indivíduos e coletividades na nossa sociedade, buscando explicar os processos de produção e reprodução social (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2011). Deste modo, abordar a temática dos movimentos sociais conforme proposta pela AISC proporciona a formação de sanitaristas mais sensíveis às demandas das diversas minorias políticas, estando atento para os contextos de vulnerabilidades que determinados grupos possam se encontrar.

As experiências que fomentam maior aproximação do cotidiano universitário às instâncias de controle social são bem acolhidas pelos usuários, que demonstram a satisfação sobre essa aproximação:

Eles ficaram felizes porque, para mim e para minhas amigas que estávamos lá, deu para entender que não ia muitas pessoas novas: eram sempre as mesmas pessoas que estavam no conselho, eram sempre as mesmas pessoas que estavam lutando por alguma causa que incomodavam eles ali. Então quando eles viram rostinhos novos eles ficaram: “poxa, que legal que vocês estão aqui e tal”. Eles ficaram muitos felizes (E21, AISC II).

Na atividade acima, cada graduando deveria conhecer o conselho local de saúde na sua UBS de referência e participar desta como usuário do serviço. Apreende-se como estes espaços precisam de maior mobilização social e de renovação visando a democratização das relações e do processo decisório na gestão e políticas públicas de saúde.

A forma como a temática da participação social na saúde foi abordada nutriu um componente ético-político cidadão nos graduandos, apontando para a sua responsabilidade e possibilidade de contribuir na formulação e execução das políticas públicas de saúde:

Eu quero voltar, para tentar fazer alguma coisa, sabe? Porque eu não tenho tempo, mas eu queria poder ajudar em alguma coisa. Pegar o meu conhecimento e levar, porque eu vi que tem muita deficiência. Quem tá gerindo não é uma pessoa capacitada, porque eu que tô no segundo período da faculdade sei mais do que ela! Então, eu falei: “meu deus, o que tá acontecendo aqui? Foi uma coisa hilária!” (E21, AISC II).

O relato acima demonstra como a graduanda se posiciona diante de um cenário que considera adverso. Diante a leitura que faz, se sente convocada a atuar naquela realidade. Apesar disso, durante a própria entrevista assume como o comprometimento com as diversas atividades acadêmicas de um curso integral afasta a possibilidade de realização de atividades extramuros como a acima referida.

O engajamento que apresenta sobre possibilidade de apoio ao conselho de saúde por observar aspectos problemáticos sobre a forma como algumas discussões estavam sendo travadas representa a preservação de uma certa postura cidadã no seu modo de estar no

mundo. Sobre a cidadania na formação, Pereira e Stauffer (2011, p. 219, grifo do autor) comentam que:

A educação pode nos mostrar que temos a possibilidade de *poder poder ser*, ou seja, que não estamos condicionados por nossas determinações sociais, biológicas, históricas e mesmo educacionais. Que o que somos não é mera fatalidade, mas que podemos fazer escolhas se tomamos pela mão nosso poder criador.

Portanto, relacionar a formação ao exercício da cidadania na formação dos profissionais de saúde qualifica a integralidade como um dispositivo político, “de crítica de saberes e poderes instituídos e por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2013, p. 23).

Este aspecto inclusive faz a estudante considerar que houve mais ganhos no âmbito pessoal do que acadêmico decorrentes desta AISC, dado que as temáticas auxiliaram em entender a sociedade civil organizada, apesar de não haver nada técnico que ela vislumbra para a sua atuação prática:

A AISC II foi uma experiência boa para mim, mas muito cansativa. Interessante assim do ponto de vista pessoal mais do que profissional, mas eu acredito que o pessoal interfira muito no profissional [...] Eu acho que essa AISC muito engrandecedora assim. Pouco (não que tenha pouco ver)... Eu quando fiz eu não vi muita importância para o curso. Eu vejo de muita importância no âmbito pessoal e no âmbito pessoal eu vou levar isso para a vida profissional. Mas na parte profissional eu não vejo muita importância, mas talvez por nem saber o que é minha graduação ainda (E22, AISC II).

Apesar da importância de haver maior permeabilidade ao controle social na formação, sendo este entendido como um dos lados do quadrilátero da formação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b), *experienciações* neste âmbito foram observadas especificamente na AISC II, cuja centralidade está na temática. Somente em um outro registro observou-se a articulação com estas instâncias, sendo que a graduanda foi estimulada pelo próprio serviço a participar das reuniões:

Num momento em que cada uma das duas estagiárias estava trabalhando isoladamente, uma questiona a outra se a municipalização dos hospitais estaduais já havia acontecido em algum outro momento no contexto local. Apesar dela não saber esta resposta, ela pega o seu caderno de campo e resgata uma anotação que fez da sua participação no Conselho Distrital de Saúde de uma das AP em que foi estimulada pela promotora (preceptora) a assistir. Comenta que, nesta reunião, pontuou-se que o ideal teria sido esta demanda ter passado pela reunião daquele conselho, o que não ocorreu. Ou seja, já foi uma decisão direto no nível central da secretaria municipal de saúde. A estagiária julga tudo isso como muito “doido”. A outra estagiária crítica: “tão cagando para o controle social” (Diário de Campo, 01/07/2016, AISC VII-MP).

No relato, observa-se ainda a crítica das estagiárias ao desrespeito que o controle social possui no cotidiano das redes de gestão e de serviços. O fato do serviço em que estavam inseridas atuar como fiscalizador da lei, promoveu a abertura para que as estagiárias se aproximassem destas instâncias de controle social. No entanto, diversos outros cenários de

aprendizagem também poderiam propiciar esta abertura e estímulo: afinal, realizar um diagnóstico e planejamento do território conforme proposto pela AISC VII não deveria possuir estreita relação com o conselho local daquele território? Como vivenciar a realidade de uma UBS sem também ter o contato com o conselho da unidade conforme aparece nas vivências da AISC III e de um dos campos da AISC VII?

3.2.6 Ampliação da clínica

A ampliação da clínica enquanto tema da integralidade na formação relaciona-se com as “experiências no ensino das várias profissões, inclusive em conjunto, organizando práticas clínicas cuidadoras e não restrita apenas às dimensões biológicas da saúde e do adoecimento, bem como oportunidades de contato com diferentes paradigmas do tratamento/escuta/cuidado” (PINHEIRO et al., 2011b, p. 320). Deste modo, ela atende aos desafios contemporâneos da produção de conhecimentos e da construção das profissões por buscar o rompimento da hegemonia do paradigma biologicista, medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado no agir e no formar em saúde (PINHEIRO; CECCIM, 2011).

Conforme já abordado na caracterização do curso, o curso de graduação em saúde coletiva do IESC/UFRJ ainda não oferta experiências formativas junto a graduandos de outros cursos no âmbito das AISC. Esta trata-se de uma questão que pode ser vislumbrada para uma formação articulada com outros saberes, possibilitando experiências de ampliação da clínica concretas. Apesar disso, atenção deve ser dada para esta integração, dado que a maioria dos cursos da saúde ainda possuem propostas bastante medicalizadoras nos seus processo formativos, que os afastam da proposta da integralidade.

As AISC que solicitam diagnósticos sobre um determinado território ou serviço auxiliam um olhar ampliado sobre as diversas questões que estão diretamente ou indiretamente vinculadas com o processo saúde-doença. Neste trecho a seguir referente a AISC VI, a graduanda teve que fazer um diagnóstico de um território-área que tradicionalmente é alvo desta AISC para o exercício da abordagem com acompanhamento dos tutores:

Eu observei que lá é bem precário, que lá eles têm um lugar de reciclagem, só que o lixo não é do bairro, o lixo é de fora, é a prefeitura que fornece – o que é bem ruim, porque eles têm muito lixo e poderia ser utilizado e não é. O caminhão da prefeitura

para lá, deixa o lixo e vai embora. E as pessoas que trabalham lá [na reciclagem] não são moradores. As pessoas que moram no bairro ou tem comércio por lá mesmo (comércio pequeno, como farmácia, bar) ou tem que se deslocar, por trabalhar no aeroporto. E a questão do lixo foi o que mais chamou atenção, porque lá tem muito lixo. Tem a praia, que de praia não tem nada: é lixo puro. E a gente viu, que são as pessoas que jogam o lixo. Então assim é mais falta de noção das pessoas, de que aquilo está fazendo mal para elas. Não tem que vir alguém recolher. Elas que não tem que jogar ali. E muita gente atira o lixo ali! E tem muito cachorro na rua também. Mas os professores falaram que, nas visitas anteriores, não tinham tanto cachorros também. A gente até se questionou em relação as doenças que o cachorro pode trazer. A gente teve até uma discussão “ah não, mas os cachorros eram tão limpinhos, tão bonitinhos”. “Ah, mas não tem nada a ver, o cachorro por fora pode ser bonito, mas trazer um monte de doença”. E assim, a gente viu que o bairro parece ser muito abandonado mesmo pelo Estado, pela prefeitura. Você não vê muita ação lá dentro. Tem fornecimento de água e coleta de lixo, que eles falaram. A gente viu o fornecimento de água, mas não o fornecimento normal. A gente viu aquelas carros-pipa. Aí falaram que é porque está tendo problema na bomba e tem que ir lá para consertar. Mas lixo eles falaram que tem coleta mesmo. Da coleta tem três vezes por semana. Não tinha assim lixo na rua, só mesmo nos bequinhos (que aquele bairro tinha bastante bequinho) que daí falam que o caminhão não entra, aí tinha bastante lixo. Mas fora isso, assim, é um lugar limpo, que não tem calçada direito. Tem bastante mata, é uma área que é toda de vegetação, mas com carro abandonado. As pessoas falaram que tinham cobras e ratos pelo mato. A gente viu que é bem abandonado mesmo, que as pessoas cuidam até onde podem e que as conquistas deles são muito políticas lá dentro [...]. Aí outra coisa que eles reclamavam muito era sobre a educação, porque lá tem uma escola que é só até o quarto [ano] eu acho. Aí eles diziam: “ah, porque os mais velhos querem fazer o EJA, mas só que daí tem que sair do bairro, aí é de noite e não tem como sair, não tem transporte’ – a noite a gente não tava lá e talvez não tivesse mesmo. E aí eles se queixavam bastante disso, de que a escola ela num cobria todo mundo do bairro, ela era até o quarto ano e depois daquilo todo mundo tinha que ou sair ou parar de estudar. E é o que muita gente fazia, parava de estudar. E coisa de lazer não tinha, área de lazer, acabou. A pesca que era a única coisa que eles faziam também não tem mais, porque a praia não tem nem mais peixe. Eles trabalham muito com siri ali, bastante plaquinha escrito que vendia siri. Você vê que é um lugar que não parece Rio de Janeiro de tão... Assim, não parece, parece que é interiorzão mesmo! Bem precário algumas coisas. Mais tinha outros assim, que eu não achava tão ruim: um lugar que é seguro, bastante seguro, não tem nem como sair de lá para fugir e nem nada. E eles falaram para mim que tem muito policial lá aposentado, então... Aí não tem tráfico e nem nada lá dentro. Mas a moça da clínica falou outra coisa, falou que lá tem outro comando e tal e aí tem um tipo de comando lá e outro na clínica, e aí as crianças deste bairro não podiam fazer parte de coisas da clínica, porque eles já tiveram o caso de irem na festa do dia das crianças lá na clínica e teve briga, bateram nas outras crianças e tiveram que levar todo mundo embora (E61, AISC VI).

Além de fazer o diagnóstico do território já delimitado, os graduandos devem também escolher um outro território-área para reaplicar a metodologia sem acompanhamento direto dos tutores. Neste trecho a seguir, a graduanda relata o que encontrou na sua atividade:

Tem uma clínica da família e a gente ficou muito surpresa, porque as pessoas não têm acesso a essa clínica da família. Muito pouca gente vai a essa clínica. [...] E aí a diretora [da escola, entrevistada como informante-chave] disse que as crianças não têm área de lazer, o máximo que tem é um campo descoberto e tem um campo coberto, só isso... Uma pracinha que é bem precária. E lá enche, porque lá tem um rio. Lá eles chamam de rio, mas é um valão que passa pelo bairro todo e quando enche lá tem rato, barata. E a situação, quando você olha a rua – que não é asfaltada né, o asfalto é bem ruim embaixo – não tem asfalto, não tem acesso a água, não tem esgoto tratado, não tem coleta de lixo, é bem precária assim. A diferença é muito nítida lá. Aí a gente pegou os dados oficiais do DATASUS [...]. E aí a gente viu que lá tem bastante jovem e as pessoas não tem muito o que fazer. E aí como tem que se

deslocar para estudar, se deslocar para trabalhar, as pessoas muitas vezes não fazem isso. Então ficam ali sem ter que fazer, ficam desempregado e para poder trabalhar não tem muito comércio na região, então eles têm que sempre sair. Não tem nada para trabalhar ali perto. E a situação de saúde lá que a gente pode concluir no final é que é bem precário mesmo (E61, AISC VI).

Observa-se que no primeiro relato há a descrição de diversos aspectos que foram vislumbrados para poder entender o território em questão: condições de coleta de lixo, renda/emprego, animais nas vias públicas, acesso à educação, quem são os moradores do território, segurança pública e poderes locais paralelos, assim como a resposta do Estado para tudo isso, momento em que a graduanda critica que muitos dos problemas ali vivenciados relacionam-se diretamente com uma resposta inadequada do poder público. No segundo relato, a graduanda atenta-se para os fatores sociais, ambientais e econômicos da região, promovendo um olhar mais ampliado sobre a situação de saúde daquele território.

Este olhar com o qual estes vão ao território é definido por um dos graduandos como uma perspectiva “holística”:

[A etapa da observação da ERP] é eu ir no campo e aí eu tentar identificar fatores de risco, fatores positivos, fatores sociais, fatores de lazer, conhecer, ser apresentado visualmente ao território [...]. Você já vai para o território com a questão holística, você tenta identificar o território com questões importantes a nível de saúde: “ah, eu fui em tal território e eu vi que essa parte aqui tem um conglomerado muito grande de pessoas, que pode ser super favorável a tuberculose, entende?” Essas coisas que podem ser observáveis. Sem falar que eu indo ao território com o ACS, além de eu ter a questão holística, eles ajudam a ver coisas que necessariamente não estão muito visíveis. Por exemplo, eu estava com uma ACS e aí ela comentou que “essa é uma área minha que é muito, muito pobre, que tem uma precariedade muito grande”. E, a nível de fachada, eu olhei e era uma casa com um corredor, umas três casas e um corredor. Aí eu falei: “nossa, mas não parece, porque é só um corredorzinho aqui, nem parece”. Aí ela: “pois é, vamos entrar lá”. Quando ela me levou ao corredor, aquele corredor dá acesso a um “conjunto habitacional” – que eu vou botar esse termo com algumas aspas – que na verdade parece um cortiço, que é casa em cima de casa em cima de casa. E é tudo muito junto e não tem entrada de luz e é algo que assim eu até tirei fotos para pôr no meu relatório. Mas é algo que eu nunca imaginaria que teria aqui. E por sinal, foi a área mais debilitada inteira do território daquela equipe (E73, AISC VII-UBS).

Assim como na entrevista anterior, observa-se um olhar apurado e ampliado às diversas questões do território e sua relação com o processo saúde-doença. No relato abaixo, é possível observar que muitas vezes olhar para o seu território significa também pensar quais são os contextos de inserção deste território e entender o que se passa ao seu redor. Deste modo, o estagiário começa também a observar o que se passava nos outros locais próximos:

Eu sou um cara meio incomodado e às vezes eu acabo sendo um pouco enxerido e “tá, no território da minha equipe está tudo muito bom, mas vamos ver aos arredores”. Então, eu fiz uma entrevista de uma área que teoricamente não é da minha equipe, é da outra equipe, mas o território desta outra equipe está abaixo do território da minha equipe a nível geográfico, porque uma área é em cima e outra é embaixo. Eu fui fazendo uma entrevista com o morador da área que é comerciante e tal e ele foi e me disse que está passando por uma situação muito grave, que é o risco de desmoronamento, porque uma das ruas que é da minha área está com risco simplesmente de desmoronar na rua da outra área. Então essa questão de por acaso

ter entrevistado alguém que não era da minha área para perguntar da região, eu descobri isso, porque ninguém – ok, eu descobri isso e comecei a comentar com o pessoal [equipe de saúde] da minha área e da outra área – nunca relatou nada. E isso a nível de agravo que pode trazer é gravíssimo, você pode matar várias pessoas, porque uma rua inteira vai cair em cima de outra rua (E73, AISC VII-UBS).

Apesar das delimitações de área de cobertura de uma equipe em relação a outra, a atenção para as áreas que estão próximas foi essencial para que o graduando pudesse descobrir questões como a acima relatada. Isto mostra o desenvolvimento de um olhar importante e necessário. Atividades como estas estão bem relacionadas com a proposta das experiências de ensino-aprendizagem na rede de cuidado propostas por Pontes, Silva Jr. e Pinheiro (2011, p. 263), que deveriam “visar à identificação da realidade, de problemas, circunstâncias e contextos, destacando que a priorização das atividades de aprendizagem tenha relevância social, pertinência ao perfil demográfico e epidemiológico e esteja orientada por práticas cuidadoras”.

Os relatos a seguir referem-se ao processo de diagnóstico das necessidades de saúde da escola, em que estes estagiários estiveram inseridos pelo PSE. Para a realização desta ação, uma das atividades foi por meio de conversas com os profissionais da escola e a realização do mapa falante³⁶ do território daquela escola com alguns dos estudantes:

A partir das conversas que os estagiários tiveram com os profissionais da escola (professores, diretora, profissionais da limpeza, merendeiras e inspetores), elencaram que os principais problemas de saúde que afetam os alunos são: gravidez na adolescência, DST, uso de drogas lícitas e ilícitas, violência, pouco tempo para dormirem (o que leva aos atrasos e mau desempenho escolar), pouca segurança nos banheiros, falta de higiene dos estudantes, aspectos comportamentais dos estudantes do turno vespertino que são mais agitados e agressivos e presença de preservativos e tubos de cocaína no banheiro (mas que parecem ser usados pelos estudantes do ensino médio do período noturno). Como causas para tais problemas, os estagiários apontam que no discurso dos profissionais emergiu a questão da falta de estrutura familiar e autonomia precoce do jovem (Diário de Campo, 04/07/2016, AISC VII-PSE).

Posteriormente, definiu-se sobre que itens que seriam cartografados e discutidos na confecção do mapa falante relativo ao entorno da escola. Um dos estagiários defende que sejam selecionados os serviços de saúde da região e os pontos de lazer. O professor provocou os estagiários a pensar que outros elementos que também seriam interessantes pensar no território e que estarão também diretamente relacionados à produção social da saúde neste ambiente. Deste modo, começou-se a incluir outros elementos para serem discutidos, como: violência, alimentação, esporte, condições físicas ambientais, áreas de pobreza e locais onde essas crianças trabalham (Diário de Campo, 11/07/2016, AISC VII-PSE).

Nas reflexões que faz sobre o saber médico ocidental contemporâneo, Camargo Jr. (2013) descreve a influência do paradigma clínico-epidemiológico – também denominado pelo autor de biomédico –, o que repercute no condicionamento da percepção do profissional

³⁶ Método que visa fazer uma leitura viva do território, a partir de técnicas de coleta de dados já consolidadas na pesquisa qualitativa (entrevista, observação participante e grupo focal), com dinâmicas de criatividade e sensibilidade.

de saúde ao modelo da teoria das doenças, assim como no condicionamento da prática em saúde pelas teorias correntes acerca das categorias diagnósticas e de sua gênese. O estilo de pensamento biomédico apresenta na sua concepção de doença três ordens de dificuldades interligadas entre si: a própria indefinição conceitual, o reducionismo biológico da biomedicina e a reificação da noção de doença: “a doença-coisa, realidade última no plano biológico, entidade ‘natural’ que dispensa articulação teórica, restringe ao mesmo tempo o escopo das concepções sobre o processo de saúde-doença e as possíveis soluções para os problemas decorrentes do mesmo” (CAMARGO JR., 2007, p. 65).

Deste modelo biomédico, derivam-se várias consequências indesejáveis, como a redução da concepção de saúde à mera ausência de doenças, a ênfase excessiva na tecnologia “dura” na produção de diagnósticos e à redução da terapêutica à prescrição medicamentosa e à ênfase numa perspectiva dita curativa (ou no máximo que contemple a prevenção de doenças). Como estratégia de enfrentamento destes problemas, emerge a produção de uma “definição positiva de saúde”, que pode ser visualizada em propostas como a da promoção da saúde (CAMARGO JR., 2007).

As AISC propiciam que os graduandos possam observar e abordar a realidade para além do modelo biomédico. Nos relatos acima apresentados, é possível identificar forte influência do paradigma da promoção da saúde, dado que demonstra a adoção de percepção sobre as diversas dimensões que estão imbricadas na produção social da saúde (BRASIL, 2002).

Outro elemento importante ao considerar a saúde para além da sua dimensão biológica, é também observar os aspectos psicossociais:

Ao chegarmos na escola, a diretora nos chamou para poder conversar sobre o caso de uma aluna deficiente auditiva que pegou um saco contendo oito pães e um pote de margarina dos profissionais da escola e guardou em sua bolsa. Relata que esta aluna já vinha apresentando comportamentos parecidos com esses na própria escola outras vezes (pegar material escolar de seus colegas) e mesmo em casa de parentes (pegar pão de forma e guardar na bolsa). Além disso, diretora refere que em casa especificamente ela também está apresentando diurese noturna, sendo que os pais obrigam que a menina lave sua própria roupa de cama como uma forma de não fazer isso. A diretora então questiona a equipe sobre esse caso, se há necessidade de investigação médica do seu sistema urinário e a equipe comenta sobre a necessidade de, na verdade, acompanhamento psicológico. A diretora então comenta que gostaria que participássemos da reunião que faria com o pai da criança às 15:00. Na reunião, estavam presentes o padrasto, a coordenadora pedagógica, a adolescente, a diretora, a professora da sala de recursos e a equipe do PSE. O padrasto começa a desabafar, colocando todos os problemas da filha, falando que “ela é preguiçosa”, que não entende o porquê que ela toma essas atitudes porque não falta nada em casa para ela, que de qualquer modo ele continua educando de forma muito rígida todos os seis filhos que moram com ela (três biológicos e três filhos somente de sua atual mulher), referindo inclusive que o sistema utilizado em casa é o de “militarismo”. A diretora e a professora da sala de recursos apontam que a aluna precisa de acompanhamento psicológico e de que a equipe do PSE iria articular esse atendimento para a referida

criança, sendo que, caso a família não leve, a escola irá acionar o conselho tutelar. O estagiário da equipe então resolve fazer uma fala mais apaziguadora, comentando que se busca aqui um trabalho conjunto, de parceria, em que é muito importante a corresponsabilidade de todos neste processo, sinalizando deste modo uma postura mais aberta a um diálogo com o pai (Diário de Campo, 11/07/2016, AISC VII-PSE).

O possível sofrimento psíquico para o qual esta aluna poderia estar passando no seu contexto familiar atentou a equipe sobre a contribuição que uma abordagem nessa temática poderia ter para a evolução do caso. Isso fez com que os profissionais indicassem o encaminhamento na rede de atenção à saúde para avaliação e conduta psicoterápica.

Além disso, o relato também demonstra a abordagem do estagiário perante a família: a percepção sobre a necessidade de abordar a família de um modo mais humano e acolhedor, se dá porque provavelmente um mero jogo de “empurrar” as responsabilidades poderiam não ser efetivos para este caso. Deste modo, houve a sensibilidade deste em trabalhar sob a ótica da corresponsabilização.

O contato com dispositivos da rede de saúde mental se faz importante para se pensar o cuidado com as pessoas com sofrimento psíquico, para o qual há uma grande estigmatização e tradicionalmente respostas biologizantes pouco adequadas ao cuidado:

[...] [o CAPS tem] uma questão mais humana de você poder acolher estas pessoas com problemas mentais ou distúrbios ou até mesmo que tem surtos psicóticos e acabou ali naquele espaço para se tratar e todos são acolhidos. Mas o fundamental ali mesmo é fazer com que a pessoa... Claro que a medicação é importante, eu perguntei até a psicóloga e ela falou que tratamento é importante, que a medicação é importante, mas a aplicação de outras ações, ações que não só vão valorizar o desenvolvimento psicológico, intelectual da pessoa, que também vai criar criatividade muito grande, trabalhar com a mente dele, ocupar para algo produtivo. Então, desenho, colagem, trabalhos artesanais, tudo isso foi adicionado. Também música, peças teatrais (E12, AISC I).

Eu fui no CAPS que é uma unidade até nova [nesse território] e lá a gente falou com os – não é paciente que eles chamam – usuários. É muito bacana, porque a gente também tem essa visão das pessoas com transtornos mentais: manicômio, vai te atacar. Aí a gente chega lá e eles são super simpáticos, receptivos. É claro que tem alguns mais introspectivos, mas quebra completamente a ideia que você tem antes quando você está ali dentro junto com eles. Eles participam de diversas atividades, você passava pelos corredores e via coisas que eles fizeram, coisas muito bonitas. Tem uma parte onde eles desenvolvem habilidades no sentido de lidar com outras pessoas melhor (E11, AISC I).

Guljor e Pinheiro (2007) identificam que a formação profissional universitária ainda se mantém distante da realidade do processo de desinstitucionalização proposto na realidade brasileira. Propiciar este contato de forma crítica e reflexiva auxiliaria na desconstrução e rupturas de estigmas e conceitos historicamente arraigados na nossa cultura em relação à loucura e ao louco que por séculos manteve uma noção hegemônica de exclusão e incapacidade, trazendo novas perspectivas sobre o cuidado em saúde mental.

As interações são fundamentais de serem observadas para a compreensão das práticas de cuidado. Nesse sentido, o relato a seguir traz a problematização sobre as formas como o usuário se relaciona dentro da unidade de saúde:

Duas estagiárias estavam realizando uma atividade pela UBS para observar os aspectos comunicativos quando um usuário as aborda de forma bastante agressiva e pede para que carimbe uma nova receita para ele, uma vez que a que ele tinha já estava vencida. Uma das estagiárias então começa a orientá-lo num tom bastante educado sobre quem ele na verdade teria que procurar na unidade, dado que se trata do médico esta atribuição. Enquanto tenta explicar, chega uma enfermeira e briga com o usuário, dizendo que ela já estava tentando resolver a sua situação e que ele deveria então acompanhá-la. Posteriormente, os estagiários pedem para que este caso seja discutido na supervisão para tentar entender o que o faz ir atrás da resposta daquela forma. Diversos graduandos comentam que interagiram com este paciente aquele dia nos seus respectivos setores em que estavam inseridos na UBS. A construção coletiva de causas e de tentar entender o porquê o paciente estava buscando apoio em todos os lugares, fez com que chegassem a algumas hipóteses: tratava-se de um usuário que estava fazendo uma abordagem mais agressiva para chamar atenção e conseguir uma maior resolutividade, o usuário tinha transtornos psiquiátricos, o usuário não estava sendo bem orientado sobre o funcionamento da unidade ou o usuário queria medicamentos para motivos escusos. A discussão se findou sobre a necessidade de ampliar o espaço de diálogo com este para uma melhor compreensão do que estava se passando (Diário de Campo, 10/05/2016, AISC III).

A busca pela produção de um conhecimento coletivo, de “um conhecimento novo, pautado na busca constante da unidade entre as diferenças e no dissenso” (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2011, p. 112), demonstra a abertura para uma quebra do paradigma de que a prática é vista como comprovação da teoria. Esta perspectiva coaduna com a ideia de que a produção de conhecimento em saúde é uma produção feita por seres humanos em relação, quebrando a verticalidade com que esta prática ocorre no ambiente acadêmico. Colocar os graduandos em contato com a prática e trabalhar com esta reversão possibilita uma prática formativa mais próxima do princípio da integralidade em saúde. Neste sentido, os cenários passam a ser “selecionados para ‘convocar’ teorias a aprender e não são mais o lugar da sua aplicação, mas de sua reinvenção” (MACÊDO et al., 2011, p. 243).

O olhar para o usuário no seu contexto cultural é muito importante. No relato a seguir, um dos estagiários problematiza com o outro sobre a forma como ele observa o sujeito na escola em que estava inserida:

Na discussão do diagnóstico das necessidades de saúde da escola, um dos estagiários comenta sobre a “precoce autonomia” do alunado da escola e tenta associar com uma possibilidade de uma estrutura familiar ruim. O outro estagiário discorda desse ponto de vista e traz o argumento de que não deveríamos observar este contexto cultural referente a uma comunidade do subúrbio carioca a partir de uma concepção de família europeia (Diário de Campo, 25/07/2016, AISC VII-PSE).

O estagiário põe em prática um dos itens trabalhados durante o curso, o relativismo cultural, quando questiona-se dentro de qual lógica está se avaliando aquele contexto. O julgamento de culturas diferentes a partir de valores tomados do seu próprio sistema cultural é

denominado de postura etnocêntrica. A perspectiva antropológica preconiza o relativismo cultural, observando as demais culturas segundo seus próprios valores e conhecimentos, por meio dos quais expressam visão de mundo própria que orienta suas práticas, conhecimentos e atitudes. Desse modo, seria possível a compreensão do porquê das atividades e os sentidos atribuídos em um determinado contexto cultural (LANGDON; MILK, 2010).

Apreende-se nos depoimentos que as atividades desenvolvidas nas AISC proporcionam a escuta do usuário, dando espaço para que emergjam os diferentes valores, percepções e vivências sobre o processo de saúde-doença-cuidado e como os diversos fatores aos quais aquele indivíduo está vinculado repercutem nisso:

[O itinerário terapêutico] envolveu tudo: a questão econômica, social, sabe... tudo! E a pessoa que também tinha [HAS], a pessoa não tinha conhecimento: era um senhor de idade (no caso, meu tio). No caso, a outra pessoa [enfermeira entrevistada] tinha conhecimento totalmente mais amplo e esse meu tio não tinha, era uma pessoa entrevistada que não tinha muitos recursos e ele não tinha conhecimento de nada, nem sabia o que era hipertensão arterial (E41, AISC IV).

A abertura para estas outras questões é fundamental para a formação em saúde. Para Pontes, Silva Jr. e Pinheiro (2011), parte importante do aprendizado nos cenários de práticas não ocorre no campo das habilidades técnicas, mas nas relações sociais, nas tecnologias leves, sendo que os estudantes devem desenvolver sua capacidade de comunicação e escuta para poder compreender os aspectos sociais, psicológicos, culturais e do cotidiano do usuário, transcendendo a sua patologia.

Uma compreensão mais acurada sobre o outro desenvolve uma abordagem norteada pela integralidade. Como exemplo, há o relato de uma das estagiárias que confrontou a equipe sobre a importância de se preservar o nome social³⁷ do sujeito na ficha de notificação do SINAN, apesar da preceptora achar que não seria algo tão relevante:

Aí ele falou que não sabia e que deixasse daquela forma: a lápis na ficha. Mas [ao contrário do que foi sugerido] na hora do preenchimento eu coloquei o nome social e na hora da observação eu coloquei o nome de registro. [...] Meio que tentei que colocar uma pressão – nem sei se fiz certo –, mas ela meio que cedeu: “beleza” (E52, AISC V-DVS).

Observou que a estagiária sentiu a necessidade de tensionar esta questão do nome social no serviço, conseguindo trazer as contribuições do conhecimento que vêm sendo construído ao longo da graduação. Macêdo et al. (2011) aponta que este confronto entre diferentes modos de cuidar e organizar a atenção é imprescindível nos campos de práticas

não se tratando de buscar cenários ou modelos ideais, mas as melhores oportunidades de problematização da atenção à saúde, em que o estudante tenha a oportunidade de se articular com outros profissionais e exercitar a negociação e interlocução com os outros atores do processo de assistir em saúde (indivíduos e

³⁷ Cf. o Decreto Presidencial nº 8.727, de 28 de abril de 2016, nome social trata-se da designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida.

coletividades), implicar-se com espaços do cotidiano como exercício micropolítico do encontro com o outro e detecção das tarefas políticas de gestores, profissionais e usuários, quando há porosidade no diálogo que cria possibilidades e inventa novas formas de fazer e cuidar (p. 236).

No relato abaixo, esta mesma estagiária avalia como que na verdade a AISC possibilita um outro olhar sobre a sua atuação e sobre a própria práxis:

Inicialmente, eu achei que não seria tão produtivo para mim por já ter tido contato com os sistemas de monitoramento, com todos os formulários. Só que estar exposta à possibilidade de tomar decisões foi o diferencial. E de fato eu tive uma outra perspectiva. Porque, enquanto trabalhadora na época da prefeitura, eu ainda tava no primeiro período da saúde coletiva e não tinha essa noção do quanto a saúde se integra com tanta coisa, como, por exemplo, quando eu recebia certa notificação, eu não pensava naquilo que o rodeia, sabe? E eu acho que todas as perspectivas teóricas que vem sendo apresentadas aqui me acrescentou nesse estágio na AISC V foi surpreendente para mim. Num primeiro momento foi, “poxa, mais DVS e tal”... Mas fui! E foi muito engrandecedor para mim, ainda que eu já conhecesse os mecanismos, teoricamente a rotina (E52, AISC V-DVS).

O reconhecimento do papel que a AISC em articulação com o restante das disciplinas do curso aponta para uma produção de conhecimento para a integralidade. Esta produção resulta dos saberes e práticas do ensino da saúde que requer uma construção teórica contextualizada em movimentos de vontade capazes de forjar uma teoria viva que reflita, desde a sua própria constituição, a experiência concreta da vida que olhe dá origem e da vida que vai originar, uma práxis (PINHEIRO; CECCIM, 2011).

3.2.7 Trabalho multiprofissional e transdisciplinar

Dentro do tema trabalho multiprofissional e transdisciplinar, encontram-se as experiências

de ensino, pesquisa e extensão que contemplem a multiprofissionalidade-transdisciplinaridade, com destaque na produção de espaços de integração entre as várias profissões no processo de trabalho visando à construção de valores éticos, bem como oportunidades de contato e apropriação com o trabalho em equipe matricial na saúde (PINHEIRO et al., 2011b, p. 320)

As atividades desenvolvidas no interior dos campos de práticas, principalmente aqueles com enfoque interventivo, exigiam que os graduandos atuassem diretamente com outros atores das redes de gestão e de serviços para poderem executá-las:

A gente [do setor de vigilância em saúde] tinha que entrar em contato com o serviço, pedindo que ele buscasse com o médico várias informações do paciente, ou quando era uma coleta inoportuna feita num período que você ainda não consegue através de exames laboratoriais identificar o vírus, eu entrava em contato com o serviço, aí o serviço me passava para o ACS que assistia aquele caso, aquele indivíduo, para que eu conversasse com o agente, para que ele fosse novamente no indivíduo, para coletar novamente nos casos... Nos casos de raiva, por exemplo, eu tinha que ligar para os casos para saber se eles conseguiram monitorar os cães, se os cães ou o

animal era passível de observação ou não era (se era um animal de rua), mas daí eu já fazia o contato direto com o indivíduo, a não ser quando não tinha telefone, aí eu tinha que fazer esse mesmo processo, ligar para a unidade e falar com o ACS (E52, AISC V-DVS).

Como uma aluna surda da escola necessitava de atendimento psicossocial, a estagiária juntamente com o tutor foi até a UBS para se reunir com a equipe de psicologia sobre a possibilidade de abordagem. Após esta estagiária comentar todo o caso que fez com que estes sugerissem o encaminhamento, discutiu-se com estas profissionais o caso da criança e o serviço retornou que nenhuma das psicólogas ali dominava LIBRAS e, portanto, isto impossibilitaria o atendimento psicoterápico (Diário de Campo, 25/07/2016, AISC VII-PSE).

Como atividade final daquele semestre, os graduandos deveriam discutir sobre o diagnóstico realizado e o planejamento proposto. Apesar do convite para aquele espaço de discussão ter sido para o maior número de atores possíveis, somente a diretora participou da reunião. O tutor só fez a introdução do que foi o processo de diagnóstico e então colocou os graduandos para que pudessem conduzir a apresentação. Durante a exposição, a diretora trouxe novos argumentos que mostraram outras perspectivas sobre as análises realizadas, havendo uma rica troca de informações entre graduandos e direção. No momento de apresentar a proposta, houve uma aceitabilidade grande da direção que inclusive pensou possibilidades para que pudessem efetivar. Ao final da reunião, mesmo um deste ter mencionado ter “suado frio”, houve a comemoração por ter tido um bom andamento (Diário de Campo, 25/07/2016, AISC VII-PSE).

Nestes dados, observa-se que os graduandos necessitaram relacionar-se com diversos outros profissionais para que fosse possível a sua atuação, repercutindo em uma atuação em equipe. Como exemplo, estes tiveram que fazer contato com ACS, psicólogos e diretores da escola. Nos demais relatos e registros, é possível observar a atuação com diversos outros profissionais além destes, desde os “profissionais da ponta” (que atuam diretamente na assistência) até os “profissionais do nível central” (que atuam na gestão do sistema de saúde).

Estas situações são próprias do cotidiano do setor saúde, pois nas situações complexas reais “o exercício profissional demanda o cruzamento de saberes e perspectivas a ser concretizado em práticas interprofissionais” (PINHEIRO; CECCIM, 2011, p. 29). O trabalho multiprofissional em equipe refere-se “à recomposição de diferentes processos de trabalho que devem, para se integrar, concomitantemente, preservar as diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho e articular as intervenções realizadas pelos componentes da equipe” (PEDUZZI, 2010, p. 162).

Deste modo, a habilidade de compor com os diferentes saberes disciplinares e de conseguir atuar em conjunto com outros profissionais no cotidiano da produção de saúde são elementos fulcrais para o trabalho em saúde. Apesar disto, alguns relatos apontam também as dificuldades dos graduandos no desenvolvimento de competências relacionais:

Durante a supervisão, os estudantes pontuaram que o roteiro de observação tem alguns elementos que não são possíveis de serem observados e, para que estes sejam contemplados no relatório do setor, eles têm que questionar diretamente o funcionário daquele setor. Neste sentido, comentaram que “é muito chato” ter que ficar perguntando coisas para os profissionais e que nem todos têm disponibilidade para poder responder (Diário de Campo, 26/04/2016, AISC III).

Na narrativa de avaliação da disciplina, um dos estagiários comenta que “durante esse período, lembrei o quanto eu sou impaciente, o quanto preciso aprender a trabalhar em grupo e que nem todo mundo tem a mesma forma de trabalhar” (Diário de Campo, 16/08/2016, AISC VII-PSE).

O primeiro relato, referente a AISC III, apresenta o exercício de se relacionar com o outro profissional. O fato do roteiro exigir que os graduandos tenham de buscar os profissionais da UBS para poder completar o seu relatório ganha grande sentido a partir do momento que posteriormente, quando tiverem desenvolvendo atividades interventivas, estes terão que efetivamente conseguir se relacionar com tais atores. Relacionar-se com os outros profissionais figura, portanto, um elemento interessante de ser exercitado desde o início da graduação. De todo modo, a crítica de que “nem todos têm disponibilidade” demonstra como que muitas vezes os profissionais do serviço não conseguem enxergar a importância daquela referida atividade na formação do estagiário.

O reconhecimento dos diferentes modos de trabalho tal qual no segundo depoimento também é muito importante, dado que é por meio deste que se faz possível traçar as estratégias de diálogo e de possibilidades de interação para a composição do comum. Neste sentido, o graduando aponta que um dos ganhos da própria vivência na AISC é conseguir perceber isso, o que trata-se de uma habilidade importante para que se possa trabalhar em equipe.

A integração dos membros da equipe, é, conforme apontado por Peduzzi (2010, p. 163), um processo que necessita de investimentos individuais e grupais:

para a equipe de saúde alcançar algum grau de integração, é preciso que seus componentes, cada um deles e todos de forma compartilhada, façam um investimento no sentido da articulação das ações. As ações de saúde não se articulam por si só, automaticamente, por estarem sendo executadas em uma situação comum de trabalho, na qual diferentes trabalhadores compartilham o mesmo espaço físico e mesma clientela. A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho – e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe.

Por diversas vezes, houve o registro de que os graduandos se sentiam como parte integrante da equipe multiprofissional do serviço em que estava inserido:

A equipe que eu tô plotado é uma equipe muito boa. [...] E a minha relação com eles é muito boa, porque a gente se comunica a toda hora. Por exemplo, semana passada eu não pude vir porque eu tava doente, aí essa semana eu pude vir e ontem eu mandei uma mensagem: “quando a gente pode ir para o território para fazer umas entrevistas?”. Aí ela na mesma hora já foi respondendo: “oi, a gente pode ir amanhã no período da tarde, tudo bem?” Então, o que acontece a gente está sempre se comunicando, e a galera tem muita preocupação com o serviço, eles entendem os serviços dele e eles se preocupam com tudo, sabem a importância do trabalho deles. E me acolheram de forma muito muito boa. E eu fui apresentado como sendo um deles, a gerente [da UBS] disse: “olha só, essa daqui é a sua equipe, é a equipe tal”. E, assim, de médico à ACS eu não tenho nada reclamar: a equipe é muito boa muito boa mesmo (E73, AISC VII-UBS).

Ao final do painel de especialistas, quando todos começam a assinar o documento que ali foi gerado, a promotora visualiza a ausência do nome da estagiária e sugere que ela também assine este documento, dado suas contribuições na discussão. Um dos presentes aponta que ela é representante da academia, porque tem vínculo com a UFRJ, e, portanto, poderia assinar como tal. A estagiária é enfática a contrariar tal assertiva, dizendo que: “não, eu não sou academia. Sou do Ministério Público!”, uma vez que se apresenta como estagiária daquela instituição (Diário de Campo, 06/07/2016, AISC VII-MP).

Nestes relatos, observa-se que os graduandos se sentem como efetivamente membros da equipe: no primeiro caso, como um profissional (em formação) daquela EqSF e, no segundo caso, como um componente do MP.

Quando o preceptor observa os graduandos como membros de sua equipe, destina a eles tarefas que estes poderão dar contribuições específicas ao serviço, levando em conta o nível de possibilidade concreta que aqueles estagiários podem desempenhar na rotina do serviço. Isto pode ser observado nos dois trechos a seguir:

A preceptora vai fazer a ronda para busca ativa pela emergência e laboratório do hospital e convida a graduanda se ela quer ir. Esta comenta que “pode ser”. Vai até no banheiro e coloca o jaleco. A preceptora então vai caminhando e comentando enquanto realiza as atividades sobre o que está fazendo. Primeiramente, passa no laboratório para ver se há amostra de sangue na geladeira que será enviada para o LACEN [Laboratório Central]. Depois, vão até a emergência, a preceptora puxa uma cadeira para a graduanda e senta ao lado dela. Pega todos os boletins de emergência dos últimos dois dias e divide em duas partes: uma delas será ela mesma que irá fazer a checagem e outro será a graduanda. Esta deve ler o boletim e verificar se há algum agravo de notificação que necessita preencher ficha SINAN. Ao final de cada boletim, confirma no final do boletim se é ou não um agravo que necessitará de notificação. Ao encontrar caso de arbovirose, avisa a preceptora. Preenche a ficha SINAN para o referido agravo junto a preceptora. A graduanda vai preenchendo e a preceptora vai observando se está tudo certo (Diário de Campo, 13/07/2016, AISC V-NVEH).

Quando eu via alguma coisa errada [durante a inspeção sanitária], eu já falava. Chegava para algum deles da equipe e falava: “Aquilo dali não tá errado?”. Aí eles falavam: “Ih, tá!”. Eu também fazia registro fotográfico [para produção do relatório da visita], eu ia lá... Eu no começo não sabia o que estava errado, o que procurar, depois eu ia lá certinho já tirando foto do que estava errado. Aí quando eu via alguma coisa errada que eles não tinham visto, eu já chegava “olha ali” e eles diziam “é verdade”. Aí tinha que anotar isso (E72, AISC VII-VISA).

Ao sentir-se parte da equipe e promover contribuições efetivas ao serviço, ambos atores (estagiários e preceptores) se satisfazem com a atuação em serviço:

No término da apresentação final do que a estagiária desenvolveu no serviço naquele semestre, finaliza agradecendo por ter sido recebida muito bem por todos os profissionais. Uma das preceptoras responde parabenizando a graduanda em relação a responsabilidade que teve nas atividades (Diário de Campo, 27/07/2016, AISC V-NVEH).

Este sentimento de pertença ao campo de prática em que o graduando está inserido possibilita que este então estabeleça vínculo com a equipe e que possa então atuar em conjunto, promovendo uma ação mais harmoniosa. Esta trata-se de uma questão fundamental pois propicia o cruzamento de saberes e oportunidades de aprendizagem que auxilia na superação de “falsas dicotomias no desenvolvimento das práticas em saúde, como aquelas que

corporificam nas polarizações ações preventivas/ações curativas, ações individuais/ações coletivas, cuidado/cura ou clínica/saúde coletiva” (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PINHEIRO, 2011, p. 2011-2012).

3.2.8 Ação intersetorial

O tema ação intersetorial congrega experiências formativas que possibilitam ações articuladas com outros setores envolvidos com a produção da saúde para além do setor saúde (PINHEIRO et al., 2011b). A intersetorialidade trata-se da interação entre diversos setores no planejamento, execução e monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades da população, visando à superação da fragmentação das políticas públicas, ações e programas sociais. A articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), dado que a atuação sobre diversos destes determinantes extrapola as competências e atribuições das instituições de saúde, tornando obrigatória a ação coordenada dos diversos setores e instâncias governamentais e sociais (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Os dados da pesquisa demonstram que as AISC proporcionam a inserção dos estudantes em ações intersetoriais:

E a outra [atividade externa realizada] foi numa escola, onde a criança não estava mais lá, mas nós fomos identificar o colégio e com quem aquela criança havia tido contato. Nessa creche que eu fui, os alunos eram divididos: tinham turmas, então era mais fácil, porque daí a gente só faz profilaxia com quem tinha contato direto com os indivíduos. Só que numa outra escola que eu não tive oportunidade de ir, por questão do horário, na semana seguinte quando a minha orientadora me explicou como aconteceu, ela me disse que foi muito confuso, porque a creche não tinha turma, era todo mundo junto, todas as crianças no mesmo lugar, aí ela ficou ainda pensando como ela faria a questão da quimio[profilaxia], se ela ia fazer para todo mundo, se ela não ia. Mas antes disso, antes da gente ter acesso à creche de fato (com as crianças), nós conversamos com a diretora e conversamos também com uma outra - acho que era uma vice-diretora assim. Aí elas agendaram uma conversa com os pais três dias depois. Aí nós fomos na sexta-feira, onde nós tivemos reunião com os pais e essa orientadora fez toda explanação do que era, dos riscos, de como seria a triagem das crianças, nós teríamos que pesá-lo para determinar como seria a medicação em função do peso. E para os adultos seria o comprimido mesmo, que no caso só seria a professora que havia tido o contato com a criança (E52, AISC V-DVS).

Algumas estagiárias foram observar a visita de técnico de enfermagem e dois ACS em uma escola da região para realizar a vacinação contra o HPV. Como havia vários processos a serem realizados e muitas crianças para serem vacinadas, elas começaram a ajudar a equipe de saúde em algumas tarefas, como preencher cartão de vacina e conversar com as alunas da escola para amenizar o medo de realizar o procedimento (Diário de Campo, 19/04/2016, AISC III).

O gerente da unidade de referência da escola convidou a equipe do PSE IESC/UFRJ para participar de uma atividade que discutia o PSE na unidade. Nessa reunião, foram convidadas para estarem presentes profissionais de saúde da unidade, diretores das escolas pertencentes ao território da unidade e o gerente da clínica. Discutiu-se sobre as ações para serem feitas nas referidas escolas, dando também um panorama sobre a falta de recursos humanos para tal. O gerente apresentou a equipe do PSE IESC/UFRJ, que explicou a proposta de sua atuação para os presentes (Diário de Campo, 11/07/2016, AISC VII-PSE).

Um dos grandes *locus* de atuação na saúde coletiva é o ambiente escolar. Nestes três relatos, observa-se a necessidade de se estabelecer parcerias com as escolas para o trabalho desenvolvido em seu cenário de práticas com diferentes finalidades, incluindo desde o controle de determinado surto e a imunização para prevenção de determinado agravo até o estabelecimento de ações de promoção da saúde.

Outro setor com grande relevância para atuação em conjunto é o desenvolvimento social, dado que diversas questões sociais estão diretamente relacionadas aos processos de vulnerabilidades sociais que afetam o setor saúde. Como exemplo, os estagiários do PSE (AISC VII) relacionaram-se com os equipamentos territoriais do desenvolvimento social, assim como atuaram em conjunto no plantão integrado para garantir os direitos de crianças e adolescentes nos megaeventos:

Os graduandos participaram do Plantão Integrado de Direitos de Crianças e Adolescentes no Boulevard Olímpico na Praça Mauá. Assim que chegaram ao local, foram pegar o material com o coordenador responsável aquele dia, representante do desenvolvimento social. Na equipe que estava no plantão, havia profissionais da secretaria de saúde, educação e desenvolvimento social. O trabalho dos graduandos iniciou percorrendo todo o ambiente do boulevard pra orientar todos os profissionais/voluntários que estavam trabalhando naquele dia de que havia aquele plantão integrado e que este deveria ser acionado caso estes percebessem algum problema relativo a violação de direitos de crianças e adolescentes (Diário de Campo, 16/08/2016, AISC VII-PSE).

Dada a importância de articular com os diversos equipamentos existentes no território, um dos estagiários se prontificou a procurar o CRAS de referência da escola, para poder ouvir a leitura que os profissionais de lá tem sobre o território e a referida escola, assim como verificar se possuem mais algum dado relativo às crianças e adolescentes que são beneficiários dos programas sociais (Diário de Campo, 04/07/2016, AISC VII-PSE).

Dada a natureza do objeto de atuação do MP, os estagiários que ali estiveram inseridos na AISC VII puderam relacionar-se com diversos setores responsáveis pela administração pública e formulação de políticas públicas e até mesmo com a própria universidade:

A atividade observada hoje foi o Painel de Especialistas “Atuação das Organizações Sociais na Saúde Pública do Rio de Janeiro”. Além dos próprios profissionais do MP, também estiveram presentes gestores da secretaria de saúde, analistas do tribunal de contas, representantes da academia e assessores legislativos. As estagiárias subsidiaram antes do evento com algumas informações técnicas sobre a questão das organizações sociais e estavam presentes durante o evento para dar o apoio que fosse necessário (Diário de Campo, 06/07/2016, AISC VII-MP).

Buscar acionar a RAS para que fosse garantido o atendimento psicoterápico a uma escolar surda levou o grupo do PSE a buscar também promover a intrasetorialidade,

envolvendo as diversas áreas dentro do setor saúde para buscar uma solução para o caso. Como mesmo acionando estes setores não foi possível atender às necessidades do usuário, os graduandos tiveram também de buscar contato com entidades do terceiro setor que visa dar assistência a grupos para os quais o SUS ainda tem dificuldade de dar respostas efetivas:

Após esgotarem a possibilidade de atendimento psicoterápico para a criança surda na rede pública de saúde, os estagiários então começaram a identificar equipamento sociais daquele território que poderiam ofertar aquele serviço. Identificaram duas ONG que atuavam com a população com alguma deficiência física, neurossensorial e/ou mental e foram até estas instituições para conversar sobre a possibilidade de acolhimento da criança neste serviço (Diário de Campo, 25/07/2016, AISC VII-PSE).

Apesar da facilidade com que conseguimos vislumbrar a importância da atuação intersetorial conforme expresso nos relatos acima, sua efetivação não é simples: os sistemas responsáveis pelas diversas áreas sociais são muito rígidos e têm lógicas institucionais e profissionais próprias, o que dificulta a adesão ao trabalho intersetorial (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). No relato a seguir, por exemplo, demonstra a preocupação da equipe na sua atuação dentro da escola:

Ao finalizar o diagnóstico, começaram a elencar quais seriam os problemas prioritários daquela escola. Emergiram duas questões principais para serem trabalhadas naquele contexto: educação sexual e violência. O professor então problematiza: “como é que vocês vão abordar a diretora sobre se isso é importante, sabendo que a temática da sexualidade é um grande tabu na escola?” Um dos estagiários pontua que deveríamos “mandar a real”, falar que o problema é esse e que iremos trabalhar com isso. Já o outro estagiário se contrapõe, acredita que precisamos achar uma forma de abordar a diretora de maneira bastante cuidadosa, porque pode ser que ela não aceite que trabalhemos com esta temática em específico. O grupo então chega no consenso que será sob esta segunda estratégia que irão abordar a escola (Diário de Campo, 25/07/2016, AISC VII-PSE).

Percebe-se o desenvolvimento da percepção sobre as diferentes lógicas e discursos envolvidos em cada um dos dois setores envolvidos na AISC VII que atuou no âmbito do PSE³⁸ (saúde e educação). Apesar do trabalho com sexualidade ser entendido como natural para o setor saúde, este ainda é tratado como um grande tabu no âmbito da educação, principalmente no ensino fundamental. Identificar estas diferenças possibilitou o grupo traçar uma abordagem concreta mais eficaz, para que realmente fosse possível atuar de forma estratégica no cenário identificado.

No trecho do diário de campo a seguir, há algumas das percepções que os estagiários relataram na avaliação do final da disciplina sobre a análise crítica que fazem em relação a intersetorialidade desenvolvido neste programa que eles estavam inseridos:

³⁸ Trata-se de um programa intersetorial desenvolvido pelo MS e MEC no âmbito federal (instituído pelo Decreto Federal nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007) e pelas secretarias de saúde, educação e desenvolvimento social no município do Rio de Janeiro (conforme Resolução Conjunta SEGOV/SMS/SME/SMDS nº 1, de 6 de fevereiro de 2015, que institui o PSE Carioca).

“[...] Aos poucos entendi o que era a gestão na prática, monitoramento e avaliação do Programa Saúde na Escola, mesa de reunião, fazer devolutiva, discutir a prática de acordo com os conteúdos dados ao longo do curso de SC e principalmente, como é complicado finalizar uma portaria e estabelecer fluxos na rede de atenção à saúde! Quanta burocracia e quantas visões distintas sobre um mesmo problema! Saúde, Desenvolvimento Social e Educação no mesmo bolo, quantos discursos e posições políticas! Uma frase que me marcou muito foi da minha preceptora ‘o meu valor não é o valor do outro’, simboliza o respeito ao outro e a neutralidade quando é preciso construir uma portaria que vai impactar uma população inteira. Guardei essa frase para minha vida, sério! [...]” - Estagiário 1. “[...] Durante os encontros no nível central pude observar que o comportamento das profissionais da educação é sempre ‘agressivo’ tornando tudo mais burocrático, enquanto as profissionais da saúde sempre tentam acalmar os ânimos e resolver tudo da melhor forma. A interação entre esses dois setores sempre é muito difícil e esse comportamento burocrático prejudicou até a nossa entrada na escola [...]” - Estagiário 2. “[...] No ambiente da Secretaria Municipal de Saúde, testemunhamos como a intersetorialidade também é um fardo. A relação entre as coordenadoras e a nossa equipe me fez perceber como a burocracia e a tecnocracia falaram mais alto que o trabalho em saúde e o fazer político. Cumprir demasiados protocolos e formalidades sem sentido estavam acima de materializar o trabalho em campo [...]” - Estagiário 3 (Diário de Campo, 16/08/2016, AISC VII-PSE).

A atuação intersetorial requer um esforço conjunto dos atores envolvidos e implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar e estabelecer vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS; BARROS; CATRO, 2004). A reflexão crítica sobre os modos como as articulações ocorrem auxilia no desenvolvimento de um conhecimento prático que certamente propicia o repensar a construção da intersetorialidade com vistas à integralidade em saúde.

3.2.9 Práticas locais de ensino na saúde

O tema das práticas locais de ensino na saúde conforma “experiências que se constituam como cenários de aprendizagem ampliados, com o desenvolvimento de trabalhos educativos e assistenciais junto a grupos sociais locais (famílias, bairros, grupos sociais, coletividades culturais urbanas e rurais, etc)” (PINHEIRO et al., 2011b, p. 320).

Os cenários diversificados de aprendizagem ampliam a atuação do território das práticas em saúde na interface entre diversas dimensões: métodos didático-pedagógicos; áreas de práticas e vivências; utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras; processos de trabalho; deslocamento do sujeito e do objeto; e valorização dos preceitos morais, filosóficos e éticos, orientadores de condutas individuais e coletivas (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; MARINS, 2013). A depender da metodologia didático e pedagógica, estes espaços “produzem e reproduzem criticamente formas de atuar em saúde e

de se relacionar com todos os sujeitos presentes nesses cenários” (SAIPPA-OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010, p. 202). Para poder atingir esta potencialidade, faz-se necessária a produção de atividades que possam ser significativas no processo pedagógico dos estudantes.

Em uma das críticas das entrevistadas, reside a questão de que algumas AISC só trabalhem com a ideia de desenvolver certa atividade como se fosse um exercício, sem impacto na realidade social para o cenário de práticas em que os graduandos estão inseridos, como o caso das AISC inseridas em um território-área de uma UBS:

Minha maior crítica da disciplina é o fato de ser uma disciplina muito interessante, muito rica, mas que não condiz com o que a gente aprende, de como é feita a pesquisa qualitativa. Então, seria muito legal se – a matéria de pesquisa qualitativa é antes, a gente aprendeu sobre isso, a gente já sabe como se faz uma pesquisa qualitativa – então se na hora de ver, de poder aplicar, a gente não seguiu nada do que a gente aprendeu, foi só um exercício. [...] e, quando a gente tem a oportunidade (que sim estará a sombra de um professor, mas de certa forma a gente tem uma autonomia para desenvolver um trabalho sério, de verdade), esse trabalho é só um exercício, só mais uma “encheção de linguiça”! [...] Não existia uma linha de tarefas para que nós desenvolvêssemos no serviço. A UBS [em que estivemos inseridos] não reflete muito bem a realidade do Rio de Janeiro. Mas tudo bem, foi uma experiência e nós vivenciamos e acabou que a gente fez tarefas meio inúteis, que não serviram nem para o serviço e nem para a gente. E eu percebo que os estudantes em geral (eu também), a gente sente muita falta de fazer coisas que sirvam para alguma coisa. Porque a gente acaba fazendo trabalho que são exercícios e o professor até falava muito sobre isso. Eu falava: “professor, mas eu já fiz isso, vou fazer de novo?”. Aí ele: “Faz para fixar!” “Mas eu já fiz isso...” “Faz para fixar” Aí a gente fica fazendo exercícios e exercícios em cima de exercícios e não realiza nada prático! Eu, particularmente, estou gostando bastante dessa última AISC VII que eu tô, porque eu estou fazendo coisas que são importantes para alguma coisa (E62, AISC VI).

O desenvolvimento de produtos que sejam úteis para os serviços ou comunidade constrói compromisso e responsabilidade profissional, compromisso entendido aqui como “uma mobilização afetiva, com disponibilidade de tempo e esforços não somente para identificar os problemas, mas, principalmente, buscar soluções” (PONTES; SILVA JR; PINHEIRO, 2011, p. 272). Portanto, identifica-se que a inserção de atividades que não dialogam com uma possibilidade de transformação ou de contribuição concreta para a realidade pode ser visualizada como uma vivência que se afasta de uma perspectiva da integralidade, uma vez que a integralidade tem um compromisso direto com a transformação do cotidiano a partir das necessidades dos usuários:

Integralidade nas práticas de ensino da saúde como um pensamento em ação, um processo de construção que envolve si mesmo, o outro e os seus entornos; envolve os conhecimentos formais e as sensações e considera a produção e a transformação dos saberes e práticas um campo de forças históricas (PINHEIRO; CECCIM, 2011, p. 14)

Pontes, Silva Jr. e Pinheiro (2011, p. 255) criticam o modo descompromissado como geralmente a universidade tem atuado nos campos de práticas, com pouco impacto sobre as realidades locais dos cenários de práticas:

Muitas vezes, a “ida ao campo” consiste em visitas aos serviços de saúde para que possam ser observados os profissionais em ação, a população em suas demandas e outras cenas que compõem uma espécie de “zoológico” de situações “exóticas” e de “realidades distantes” sem, contudo, firmarem nenhum compromisso de trabalho com aquela realidade. Assim, também percebemos o “uso” das populações e serviços como “laboratórios” e “objetos de estudos”, sem nenhuma implicação com seus problemas e projetos de solução. Agrava este fato o calendário escolar, que, muitas vezes, é desarticulado com os tempos dos serviços e gera descontinuidade de relação.

Esta mesma ideia do exercício também pode ser vista pela própria atividade proposta pelo preceptor para o estagiário, em que esta iria somente calcular indicadores sem nenhuma finalidade, apenas para “praticar”:

Ela passou [para as graduandas da AISC V] uma lista, enorme, devia ter umas três folhas de indicadores para calcular de tipos de violência e causas externas. E as meninas batendo a cabeça para fazer... Aí eu fui ajudar elas. Porque umas das coisas que falaram é de que as pessoas do sétimo período iriam apoiar os estagiários do quinto período. E eu fui ajudar elas. E aí eu não conseguia entender como ela queria dispor os dados que elas estavam analisando. Aí eu perguntei: “como você quer? O que você quer com isso? Como você quer apresentar isso? Qual seu objetivo com isso?”, porque sabendo do seu objetivo você sabe como vai botar. Aí ela [graduanda da AISC V] falou: “ah eu não sei”. Aí eu falei: “o que que ela te falou quando te entregou essa lista?”. “Ela falou que é uma lista que quando ela é estagiária passaram para ela e mandaram ela fazer”. Aí eu falei: “mas não vai nem apresentar?”. Ela: “não, não vai ser nada, ela só mandou a gente fazer”. Aí eu fiquei “ah, sabe a gente tá aqui como estagiário, podendo fazer alguma coisa’... (...) Fazer aquilo à toa?!? [tom de indignação] (E74, AISC VII).

O “praticar” nesse contexto parece como a tradicional forma como se vê a produção do conhecimento. Ayres (2010) aponta que as dificuldades no ensino da integralidade poderiam ser minimizadas se superássemos a tradicional rota do processo de ensino-aprendizagem: fundamento teórico, aplicação prática, ensino e reprodução. Deste modo,

o mais fecundo na integralidade é justamente seu apelo para que, a partir de situações práticas concretas, identifiquemos modos como diferentes saberes e ações em saúde podem ser chamados a configurar um conjunto intimamente entrelaçado, segundo uma arquitetura própria, de oportunidades para o conhecimento e a ação em prol da saúde de grupos humanos ou indivíduos (p. 132-124).

A integralidade teria um efeito organizador sobre os movimentos das práticas de ensino na saúde em sua operação técnica a partir de quadro dimensões: no aproveitamento das *necessidades* postas para o trabalho em saúde; no aproveitamento e inter-referência das diferentes *finalidades* em que se estruturam os processos de trabalho em saúde; na construção de articulações entre diferentes disciplinas e setores para a construção de respostas às necessidades de saúde; e na abertura dialógica às *interações* que realizam os encontros entre as pessoas nas situações de cuidado (AYRES, 2010).

Quando se propõe a realização de atividades propositivas e úteis com contribuições efetivas para a realidade do setor saúde gera uma maior satisfação do estudante:

Ele falou que gostou [da confecção do plano de caos urbano escrito pelo estagiário [...], vai formalizar e eu vou ter ajudado grandemente para agir quando tiver um caos urbano no Rio de Janeiro. Pô! Eu vou até me sentir privilegiado por causa disso (E75, AISC VII).

Ela [a preceptora] falou que ela fazia esse boletim para DVS de tempos e tempos. E aí acho que com as demandas aumentadas ela não conseguia mais fazer. O último que ela me mandou como exemplo era de 2011. Ela só me mandou esse exemplo, que estava em pdf ainda, então eu tive que construir cabeçalho, rodapé... E aí eu fui montando tudo, pegando no exemplo do que ela havia disposto lá e aí no meio do processo eu falava: “e aí preceptora? Você acha que isso daqui deixa? Isso daqui tira?”. E ela: “não, tá ótimo, tá jóia, pode continuar fazendo”. Aí quando eu terminei, eu falei: “vou te mandar para você ver como é que tá”. Aí ela: “não já tá ótimo, pode mandar para mim e para o coordenador da DVS, que depois eu te dou uma resposta”. Aí a resposta que ela deu foi que ele já tinha usado em reuniões e tal (E74, AISC VII).

Neste mesmo plano, desenvolver atividades que possam introduzir inovações para o cenário de práticas coaduna com maior perspectiva de protagonismo. No relato a seguir, por exemplo, quando comparado a sua atuação na DVS com os demais graduandos da AISC que ficaram em DVS de outras áreas programáticas do município, a estudante revela a sua insatisfação em só ter realizado atividades rotineiras sem poder deixar algum produto concreto para o serviço:

Eu fico frustrada sobre o porquê que a gente não fez nada que ficasse para o serviço, tipo assim, uma contribuição maior para o serviço [...] Eu acho que DVS num ponto de vista funcionou muito, mas a gente tinha que ser mais direcionado. Tipo no óbito [vigilância do óbito]: eu podia ter feito indicadores para eles, ter contribuído mais, não só ter aprendido (E51, AISC V-DVS).

A postura ativa na produção de saberes e práticas sociais nos campos de práticas é essencial para a efetivação da integralidade na formação. Sob esta perspectiva, Barros (2011, p. 137) aposta numa:

Nossa aposta? Uma formação que se configure em múltiplas formas de ação, como produção de saberes e de práticas sociais que instituem sujeitos de ação, aprendizados permanentes e não práticas de modelagem, que se controem sobre especialismos naturalizados. Um trabalho de formação como processo questiona as formas-subjetividade-instituídas, escapando da produção de profissionais como mercadorias amorfas, despotencializadas, silenciosas, serializadas.

Algumas questões estruturais relacionadas aos campos de práticas dificultaram a atuação dos estudantes dentro destes espaços:

Aí na segunda parte da disciplina a gente foi para a UBS, que apesar de que era para ser tudo no território, a gente só foi três vezes ao território e o restante a gente foi para a UBS. Aí como sempre: chega lá e não tem o que fazer, os profissionais não tão preparados para receber a gente, não sei se não são informados que vão receber. Chega lá: “ah não tem computador”. Aí fica todo mundo sentado sem fazer nada (E61, AISC VI).

O espaço é bastante limitado, o material físico é bastante limitado, a internet é bastante limitada: eles têm uma série de problemas assim estruturais que implicam diretamente no trabalho deles (E52, AISC V-DVS).

Todos os meus outros colegas que estavam nas outras CAP reclamavam de falta de computador. Para mim sempre teve. [...] Uma outra estagiária falou que tinham dias

que ela ficava simplesmente sem fazer nada, porque ela tinha que esperar liberar computador, faltava computador. Aí tinha dia ela ficava – ela ficava das oito à duas – e ela ficava três horas simplesmente esperando liberar computador. Aí eu achava isso bizarro, caramba! Uma perda de tempo aí. E se ela tivesse que produzir algo importante, ia atrasar muito. Aí ela falou que tinham dias que o computador liberava, mas a internet caía. Sem condições. Um dos comentários dela foi de que ela poderia ter produzido muito mais se tivesse uma estrutura de internet, de computador (E75, AISC VII-DVS).

Em alguns campos, os estagiários dividiam a carga horária entre os diversos setores dos serviços que estavam alocados por meio de rodízio. Apesar do rodízio oportunizar o conhecimento de diversas questões da prática, este dificulta que o graduando possa contribuir mais com aquele local:

No início, você fica meio que: ‘poxa, eu vou errar?’. Não pode errar, não pode errar. Então, até você internalizar aquilo sobre como é que funciona, precisa de um tempinho, uma semana, uma semana e meia, para internalizar aquilo e você meter bronca. Então, chegava, você se ambientava e você rodava. Mas o rodar não era ruim não, porque você também tinha a oportunidade de ver como é que funcionava os outros serviços. Apesar de você ficar pouco tempo, foi bom, foi muito bom. Assim, o pouco tempo que eu fiquei na ambiental, já deu para ver os mapas, já deu para saber o que é uma ova e trampa (que é da captura de mosquito), foi muito legal [...] uma das funções que eu queria fazer era puxar estes indicadores dessas classes determinadas, mas aí eu não consegui fazer, porque eu não fiquei na imunização e aí não deu para fazer. Isso que às vezes é frustrante. A gente foi para lá e aí a gente tinha as ideias, mas não dava tempo, tinha que rodar (E51, AISC V-DVS).

Na apresentação final no serviço para discussão do trabalho desenvolvido, tutora questiona sobre o que acharam do encontro entre residente com graduando (naquele campo, foram os residentes em saúde coletiva que assumiram a atividade de preceptoria), sobre rodar ou não rodar entre os campos e que queria saber mais a opinião dos alunos. No entanto, como a todo momento capitaneava a fala, não consegue dar espaço para que as respostas a estas perguntas sejam produzidas. Ao final, nenhuma das graduandas mencionaram sobre questões sobre de como foi a participação no setor. Uma das graduandas fica com olho cheio de lágrimas e depois explica para o pesquisador que gostaria de ter rodado, porque o trabalho em seu setor específico foi bastante monótono. Ao contrário das estagiárias dos outros setores, que tinham já mencionado ao pesquisador sobre não acharem necessário rodiziar, pois desenvolveram diversas atividades na seção em que se encontravam (Diário de Campo, 27/07/16, AISC V).

Apesar do sanitarista ter como foco da sua atuação a dimensão do coletivo, se inserido, principalmente em atividades de planejamento e gestão e de vigilância em saúde, ressalta-se a importância dos campos de práticas favorecerem o contato destes futuros sanitaristas com os usuários, uma vez que são estes a principal razão de ser do sistema de saúde no qual futuramente estes estudantes estarão inseridos como profissionais. Os relatos abaixo revelam a importância deste contato para uma formação para a integralidade:

[A AISC IV] abrangeu o itinerário terapêutico e a linha de cuidado e foi um olhar mais acolhedor, mais humano... Eu não tinha visto isto nas anteriores. Então para mim foi um divisor de águas realmente! E, assim, a AISC IV foi onde eu lidei com o público, né? Que foi quando a gente fez a pesquisa também: o trabalho de pesquisa que a gente tinha que fazer uma entrevista com um paciente, com um usuário do SUS melhor dizendo, e assim, a gente tinha que avaliar quais eram as condições dele, se ele participava do SUS realmente, se não participava, tudo tinha que ser avaliado, colocado na entrevista (E41, AISC IV).

[...] a última prática que eu fiz da AISC me tocou bastante. Eu tive que entrevistar uma mulher que ela realmente teve tuberculose – ela teve o diagnóstico de tuberculose – e na entrevista ela chegou para mim e falou assim: “eu não tenho nada para apontar de defeitos dessa UPA, nunca me trataram mal. Como o atendimento aqui é constante, as pessoas sempre vão ter conflito, mas a questão do atendimento, a questão dos médicos nunca foi um problema para mim e sempre fui bem tratada. Tanto que agora eu estou sendo tratada de uma forma assim que eu gostei. Eu estou sendo medicada, tratada de uma forma mais acolhedora”. Eu achei isso interessante. Então assim, a forma de você ter um sistema de saúde dentro das comunidades e que funciona num sentido amplo – não só num sentido técnico –, mas num sentido humanitário, no contato, eu acho isso muito interessante. Então, eu sempre observo o seguinte: a AISC tem que ter esse contato, é necessário esse contato, mais ainda (E12, AISC I).

Observa-se como o contato com os usuários produz sentidos nos estudantes, auxiliando, inclusive, no desenvolvimento de uma postura de escuta, ação essencial para a construção de práticas de cuidado integrais:

Foi muito rico. Muito interessante porque a gente no método busca os atores sociais, as pessoas-chave na comunidade que tem alguma intercessão política, alguma posição diferente. Mas na prática, andando pelo território, a gente não vê muito isso: a gente vê muito mais idosos, porque a gente tá de manhã ou de tarde, que é o horário que as pessoas estão trabalhando. Mas daí você chega para conversar com as pessoas! E eu achei fantástico o fato de eu ver os meus colegas de turma que às vezes são extremamente fechados se abrindo para isso, se abrindo para conhecer isso. É muito interessante que a gente sai desse ambiente muito academicista de estar nesse ambiente falando sobre o outro e a gente começa a ouvir o outro. Então foi muito positivo (E62, AISC VI)!

Por outro lado, a ausência de contato com os usuários é tida, pelos próprios estudantes, como um elemento negativo:

Outros colegas meus conseguiram ter contato com os usuários, foram em roda, tipo grupo de sei lá... Escoliose, dessas doenças assim, e eles tiveram contato com usuário, participaram da reunião e tal... E isso que é legal: ter contato com usuário, é muito bom. E na instituição que visitei tava vazio, não tinha ninguém, só tinha o pessoal da área de comunicação e esse pessoal da comunicação sabe que só leva na lábia, então não sei se ocorre o que que ela disse mesmo ou não ocorre. Eu não consegui ver quem é o coordenador e tal, eu não tive contato. [...] Gostaria de ter contato com usuário. Mesmo ela dizendo que lá tem um projeto de escola (eu não me recordo mais), mas lá tem usuário. Eu queria ter tido contato com usuário, isso eu acho que é interessante, você ter o contato com o usuário. Isso é muito importante, porque daí você vê a visão do usuário e a visão do coordenador (E21, AISC II).

Vale claro afirmar que este contato com o usuário deve se dar na construção de uma relação entre estudante-usuário que lidem a partir do estabelecimento de uma relação sujeito-sujeito (MACÊDO et al., 2011), rompendo a tradicional forma de se relacionar no sistema de saúde em que trata o usuário como mero objeto de práticas, paciente, ser passivo.

Outra compreensão importante é a proposta por Martins (2009), que aposta na defesa de um entendimento do usuário como uma síntese de um processo político e cultural produzido num campo de forças sociais na qual se posiciona, de um lado, a ação intervencionista do Estado voltado para a proteção social, e, de outro, a sociedade civil que reage a essas ações assistencialistas e organizadoras do trabalho e da esfera pública.

3.2.10 Alteridade com os usuários

As práticas formativas de alteridade com os usuários estão relacionadas às experiências de ensino “que possibilitem desenvolver a capacidade de escuta, de respeito à diversidade humana, cultural e social e de compreensão da saúde e da doença, bem como oportunidades de construção de propostas de caminho para a mudança na clínica com base nas pessoas” (PINHEIRO et al., 2011b, p. 320).

Depara-se com determinadas situações do campo leva à reflexão sobre o sofrimento dos coletivos para os quais está se realizando a intervenção. Neste relato, o estagiário se sensibiliza a partir do contato com as relações opressoras que os professores estavam submetidos:

Na narrativa de um dos estagiários, este revela o choque com uma das atividades desenvolvidas para o diagnóstico das necessidades de saúde na escola: “ler o livro de ocorrências para realização do diagnóstico foi um choque de realidade. Voltei pra casa com vontade de chorar naquele dia com tantos registros ruins e tristes. O livro apresenta a realidade da escola e a dificuldade do que é ser professor nos dias atuais (Diário de Campo, 16/08/2016, AISC VII-PSE).

Nas situações cotidianas dos serviços como a acima relatada, a atuação profissional não se restringe apenas a aquisição de conhecimentos científicos: o confronto com as realidades diversas daquelas já conhecidas – e marcadas, muitas vezes, por violência, pobreza, vulnerabilidade, ou seja, intensa precarização das condições de vida – “expõe os estudantes a certa mobilização afetiva, colocando em uma nova dimensão as discussões relativas às políticas públicas e à intervenção profissional” (GUIZARDI et al., 2011, p. 165). Esta mobilização propicia também um outro olhar e pensar o outro com o qual este se relaciona.

Nos relatos abaixo, também há relatos em que as estagiárias comentam sobre como lidam com as questões polêmicas e indignas que têm contato na sua atuação nos campos de práticas:

Sobre o modo como tem atuado no registro das suas observações relacionadas à leitura do processo, a estagiária comenta que, enquanto no computador ela faz as anotações formais, no seu bloco manual ela anota as suas “indignaçõeszinhas”. Pesquisador busca entender o que isso significa e ela explica que trata-se das incoerências e desumanidades que ela lê nestes processos com os usuários e que a deixa indignada. Conta que já atuou anteriormente em projeto que analisava algumas decisões judiciais relativos à área da saúde e que quando começou a se afetar com alguns dos conteúdos, comentou com a professora que a supervisionava de que ela precisa ganhar frieza para não se abalar com estas questões que estão relatadas nestes processos. A supervisora, por sua vez, argumenta que não, que esta deveria sempre se afetar e indignar com os sofrimentos que ali estão relatados. Nesse

sentido, a estagiária comenta que a partir de então acha que realmente sempre tem que ficar atenta a estas indignações, por isso que inclusive faz questão de anotá-las (Diário de Campo, 08/07/2016, AISC VII-MP).

Eu fui tão preocupada em provar para mim e poder executar as tarefas, que eu acabei um pouco perdendo uma sensibilidade para algumas coisas. Uma vez a gente estava vendo as questões de morbidade por causas externas e violências e aí eu estava lá – porque a gente tinha que pegar dados e calcular indicadores e botar em gráficos e tudo –, então, eu tava querendo fazer aquilo, cumprir a minha tarefa. Aí a gente passou por um caso de um abuso sexual de um neném, um nenenzinho de poucos meses. Aí ele [o outro estagiário]: “não, vamos ver isso aqui”. Aí puxou o registro e foi ver o que aconteceu e aí descobriu que a vizinha que descobriu que a criança estava esquisita e não sei o que e tal. E aí ele: “não, eu quero saber qual foi o fechamento desse caso e tal”. Aí eu: “olha, a gente tem que cumprir isso aqui, a gente não tem tempo e tem prazo para entregar e não sei o que”. Ele: “não, não pode ser assim!” Aí primeiramente eu fiquei irritada com ele e depois eu pensei “nossa realmente, eu preciso lembrar que tem essa coisa” (E74, AISC VII-DVS).

No primeiro relato, a estagiária demonstra sensibilidade ao sofrimento do outro e como estar atento a estas questões é fundamental para a sua atuação. A recomendação de sua supervisora sobre não se atentar somente aos aspectos técnicos, mas também de se afetar as problemáticas observadas, demonstra a importância de se instaurar posturas mais sensíveis a situações como as apontadas. Esta mesma questão é alvo da reflexão da estagiária na DVS, que conseguiu fazer uma análise crítica da forma como estava lidando com determinadas questões e conseguir trazer novas contribuições para o seu olhar.

Sobre este aspecto, Pinheiro e Ceccim (2011) defendem que as experiências de ensino da integralidade devem propiciar um espaço ativo ao educando, para que seja possível abandonar (ou desaprender) o sujeito que se constitui (geralmente em identidades-modelo de ser profissional ou estudante de uma determinada profissão) para ser produção de subjetividade, abrindo novas fronteiras e desterritorializando grades de comportamento e de gestão do processo de trabalho. Desde modo, faz-se necessário “trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos e nos incomodar com as cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e medicalizadora” (p. 16), como apontado nas vivências acima.

No relato a seguir, observa-se a abordagem do estagiário em conseguir tematizar um assunto de grande impacto na nossa sociedade: o machismo.

No momento de cartografar no mapa falante os locais que representam violência no território de referência da escola, os estagiários conseguiram fazer perguntas de maneira cautelosa e que buscassem explorar essas informações respeitando o público, realizando adequação da linguagem e também com uma abordagem bastante acolhedora. Um dos estagiários se preocupa em questionar questões específicas de violência contra a mulher que não havia sido até então tematizadas, problematizando as estudantes da escola sobre isso. Quando uma delas comenta que com uma adolescente da escola em específico acontece assédio porque “ela não se dá ao respeito”, o estagiário problematiza sobre se realmente é “culpa da menina que não se dá o respeito”, trazendo elementos para uma discussão crítica sobre esta temática (Diário de Campo, 11/07/2016, AISC VII-PSE).

O posicionamento do estagiário que facilitava o grupo educativo teve grande relevância pois houve a sensibilidade para tratar da temática a partir da perspectiva da própria pessoa que sofre dessas opressões na nossa sociedade. Se colocar no lugar daquela pessoa que pode estar sofrendo e ajudar os outros membros do grupo a realizar esta inflexão trata-se de uma tarefa importante no agir em saúde coletiva. O estagiário apresenta um agir ético em dar um contraponto para problematizar aspectos estruturais da nossa sociedade. Segundo Barros e Heckert (2010), a formação de profissionais na direção da integralidade deve-se pautar numa experiência ética como prática no mundo, o que se efetiva na expressão dos modos como nos colocamos nas relações tecidas nos cotidianos dos serviços, implicando experiência coletiva e compartilhada na direção do bem comum, na construção de uma política pautada na solidariedade, ou seja, “uma forma de resistência política como espaço do agir e da liberdade, da experimentação” (p. 149).

A partir de uma perspectiva foucaultiana, Pinheiro e Ceccim (2011) apontam a experiência como algo que acontece como experiência de si, algo que tira o sujeito de si, do lugar em que se encontra. Esta faz com que o indivíduo não seja mais o mesmo, experimentando a transformação do ser e do estar, saindo dos contatos vividos transformado e transformando. Deste modo, “experienciar é estar aberto, aceitando ativamente a criação, a invenção e a transformação” (p. 17).

O contato com um bebê anencéfalo e a experiência de escuta de uma mãe que teve um filho com esse problema, faz a estudante, inclusive, repensar seus conceitos e valores, mesmo tendo tido uma criação conservadora por parte da sua família:

É muito triste para uma mãe, sabe! É muito triste! Só que ninguém pode... Sei lá, no Brasil, acontece tanta coisa de errado, tem espaço para fazer tanta coisa de errado. É uma coisa que, ao meu ver, isso é certo porque ninguém é obrigado a passar por isso: é um sofrimento de nove meses, porque daí a criança pode nascer morta, e aí nem pegar o filho no colo pode, aí piorou né! Porque a criança que nasce anencéfala, a criança pode nascer morta, e aí é um sofrimento de nove meses. A nossa legislação aprova vários projetos que às vezes não faz nenhum sentido, e agora um projeto desse não aprova! [...] Porque o médico e o enfermeiro, eles têm, quando fala que é aborto e tal, eles já ficam meio que “ai meu deus, anencéfalo! Ah, não vamos abortar não”. Aí quer levar a gravidez até o final e não sabe como isso prejudica a mãe, e eles estavam falando isso (E21, AISC II).

Neste outro relato, esta graduanda se surpreende como a gestora trata uma determinada parcela da população que se encontra em situação de vulnerabilidade social:

Uma coisa que me chamou a atenção nessa reunião de conselho foi como a gestora trata os... as pessoas em situação de rua, os moradores de rua. Porque ela disse: “Aí que bom esse pessoal” (porque lá no meu bairro agora tem esse pessoal, que são policiais de colete e tal). Só que eles enxotam as pessoas que dormem na praça principal do bairro (porque lá no bairro tem tipo uma praça onde acontecem alguns eventos), e eles enxotam. Eu tava passando e também uma amiga minha que estuda comigo, a gente tava percebendo que essas pessoas não estavam mais no bairro. São bastante pessoas e não estavam mais dormindo. Aí eu falei: “já fazem duas semanas

que eu passo aqui e não vejo mais nenhuma pessoa na rua, nenhum morador de rua”. Aí eu descobri que eles estava en-xo-tan-do as pessoas para bem longe do bairro, tipo: “vai para aquele bairro vizinho ou o outro bairro vizinho, mas para esse bairro não!” Fazendo aquela “limpeza” entre aspas. E aí a gestora achou bom: “ai que bom, né? Porque daí não fica um monte de mendigo na rua, eu tenho um pouco de medo”. Ela não faz nada por aqueles moradores, sabe? Ela poderia fazer alguma coisa e ela não faz nada. Ela falou: “ai, porque eu vim de outro estado e me espantei com a quantidade de pessoas em situação de rua e tal, mas graças a deus a guarda municipal está aqui e estão tirando essas pessoas”. Mas são pessoas, gente! Nem com animal a gente faz isso, sabe? Eu achei essa fala dela um pouco... sei lá... uma falta de humanização! [...] Aí eu levei para a turma, porque tem o dia de discussão aí eu levei para a turma, escrevi isso no meu relatório. Levei para a turma e falei. Nossa... Não se deve tratar as pessoas assim, sabe? Enxotando, sabe? Igual a gente enxota pombo: “sai daqui”, sabe? [...] Ela tem algum poder para fazer alguma coisa e ela não faz e ela achou super legal a guarda municipal enxotar as pessoas que moram na rua (E21, AISC II).

Conseguir ter um outro olhar para a mãe que sofre em uma gestação desnecessária e com a abordagem que a população de rua recebe mostra a compreensão que esta estudante faz dos processos vividos por esta parcela da população. Estes relatos demonstram uma abertura às dimensões sócio-sanitárias e antropológicas do processo saúde-doença, partindo de uma perspectiva de enriquecimentos de horizontes que valorizam a “presentificação” do outro (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; MARINS, 2013). A possibilidade de problematizar estas questões dentro das AISC possibilita uma ruptura com o padrão de formação em saúde para uma formação pautada pela integralidade, pois esta trata-se de uma:

noção constitutiva e constituinte de saberes e práticas com potência para superar a modelagem do ensino e dos serviços centrados em procedimentos, com usuários interpretados como “saco de órgãos” ou simples território onde evoluem os quadros fisiopatológicos, nos quais os adoecimentos são enfrentados como eventos apenas biológicos (PINHEIRO; CECCIM, p. 15-16)

Esta mesma capacidade de escuta e alteridade com o usuário teve a graduanda no relato a seguir:

A gente também perguntou [para a equipe da UBS] sobre como eles procedem caso recebam algum traficante ou algo assim e foi falado que eles atendem a pessoa normalmente, não tem muito o que fazer e os casos mais complicados são quando eles encaminham estupros ou violência doméstica, que quando é traficante ou alguma coisa eles não podem fazer muita coisa sobre aquilo até pela própria integridade deles. Isso é uma coisa que me preocupou, porque eu acho que se eles recebem alguma mulher que foi vítima de algum homem ou algo assim, deveria ser denunciado. Mas ao mesmo tempo, eu também ficaria numa posição, não me sentiria confortável porque esse cara poderia fazer qualquer coisa comigo e ao mesmo tempo ele já fez com a moça: é uma posição muito difícil para quem está trabalhando ali (E11, AISC I).

A reflexão que esta faz, se preocupando com a mulher que sofre de violência sexual demonstra a sua atenção para a temática e o sofrimento que isso traz para este público. Ao mesmo também a graduanda exercita se colocar no próprio lugar do profissional que atende, que se situa numa situação bastante desconfortável. Isto só é possível graças a instauração de um espaço em que possa ouvir o outro (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PONTES, 2010).

Estar atento aos anseios e desejos dos usuários também é uma situação importante. Neste relato, a estagiária consegue observar como certas obrigatoriedades podem não ser de interesse do usuário, sendo que esta se sensibiliza com a vontade do usuário em não participar da referida atividade:

Na supervisão ao final do dia, uma graduanda conta uma cena que presenciou pela manhã em que o médico brigou com o paciente afirmando que antes da consulta este deveria obrigatoriamente participar do grupo educativo que estava ocorrendo na unidade. Ela questiona aos professores sobre o porquê que existe essa obrigatoriedade, uma vez que no caso daquele paciente havia o desejo de não participar daquele espaço (Diário de Campo, 10/05/2016, AISC III).

A inclusão desta discussão com a turma toda foi fundamental para a produção de um pensamento crítico com foco no usuário. Para Macêdo et al. (2011, p. 230), os processos de aprender e ensinar precisam incorporar “reflexões críticas e propositivas sobre os processos de trabalho em saúde, bem como sobre as relações, hoje ainda muito verticais entre os profissionais de saúde e os usuários e a hierarquização entre os saberes profissionais”.

Perceber no campo de práticas as interações que se estabelecem e como estas relações podem trazer prejuízos para os usuários também demonstra uma atenção necessária ao outro e aos possíveis problemas pelos quais este passa:

Aí a presidente da mesa mostrou alguns gastos, mostrou a pauta da reunião do conselho [de saúde] anterior que tinha acontecido, apresentou certas coisas e alguns conselheiros reclamaram de algumas coisas. A presidente estava meio sem saco assim, inclusive, acho que todos na mesa estavam. O gestor [da unidade de saúde] que chegou lá, também estava, não tinha paciência para lidar com os conselheiros que tinham idade bem avançada (todos eram idosos). Mas pelo que eu pude perceber era um local que os conselheiros se davam bem com os profissionais de saúde, mas não parecia que a visão deles ali, a ideia deles ali... Eles não tinham muita importância ali naquele conselho, foi o que me ficou parecendo um pouco também. Eles estavam mais ali porque tem a lei que obriga, é como se ninguém desse muita atenção não. As pessoas estavam meio: “tá bom, chega”. Aí como eram idosos, as pessoas gostavam de falar muito. Aí quando pedia a fala, todo mundo sabia que ele ia demorar para falar e aí meio que cortavam na metade. Mas nem por isso eles se deixaram levar assim, porque eles sempre pediam fala, sempre levantavam a mão: se tivesse que reclamar, eles reclamavam mesmo, mas também faziam elogios quando achavam necessário. Mas eles reclamavam bastante e batia o pé mesmo (E22, AISC II).

Os aportes das ciências sociais e humanas para se pensar o outro é reconhecido pelos estudantes como elemento fundamental para a aquisição de uma visão centrada no usuário:

Eu fiquei lá junto com um menino que veio de outra universidade fazer AISC aqui e assim, apesar de ser o mesmo curso, é totalmente diferente, sempre de universidade para universidade muda. Assim, minha visão crítica: ele tem um perfil muito assim privado, saúde privada, tudo privado. [...] Mas a visão dele, as coisas que ele falava, me incomodava muito assim. Uma visão muito cabeça pequena de promoção da saúde, de pensar o outro. E eu falei: “caramba, graças a deus eu tive muitas ciências e humanas nesse curso, graças a deus”, porque foi isso que me fez ver várias coisas diferentes, coisas que preconceitos ou noções bem burras assim, porque eu reproduzia – sei lá –, que eu aprendi em algum momento assim. Parece que a gente aprende mais rapidamente o preconceito do que o outro lado (E74, AISC VII-DVS).

Apesar de estar alocada num serviço de vigilância epidemiológica, em que tradicionalmente há um certo modo de se atuar e pensar no sujeito e no processo saúde-doença com grande enfoque no modelo da história natural da doença³⁹, a estagiária consegue superar o efeito da disciplinarização (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2011), unindo e integrando os conteúdos e trabalhos das diferentes disciplinas.

Este relato demonstra afinidade com os pressupostos da Saúde Coletiva. A constituição deste campo buscou a produção de novos saberes e práticas na saúde para as coletividades que superassem o tradicional modo de atuação da Saúde Pública, tendo caráter interdisciplinar (NUNES, 2014). O diálogo destes saberes é essencial para a interdisciplinaridade (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2011), sendo um elemento importante na atuação do sanitarista. Conforme apontado por Guizardi et al. (2011, p. 165), dialogar estes saberes é dar vida ao conhecimento:

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

Esta nova perspectiva, inclusive, fez com que a graduanda travasse alguns confrontos no cotidiano do seu campo de práticas:

Aí eu disse: “olha só, eu aprendi na minha faculdade – aí eu também quis cutucar – que você não pode culpar o paciente pela doença que ele tem, você tem que oferecer outras formas adequadas e viáveis para ele poder superar aquilo ou seja o que for”. Aí ele [estagiário de outra universidade que compartilhava o mesmo campo de práticas]: “eu aprendi na minha faculdade que só teoria não presta para nada”. Aí eu fiquei tipo... Eu concordo, sabe? Mas que se você não juntar a teoria na prática, também não adianta nada. Se você só juntar teoria com a prática também não adianta nada, você não vai estar aprofundando o que levou a pessoa ali, quando você estiver na prática atendendo ela (E74, AISC VII-DVS).

Para além dos significados técnicos existentes nas relações mantidas entre gestores, profissionais e usuários, há também uma dimensão política. Relatos como o acima apresentado revelam a possibilidade de ativação da dimensão política na formação, em que se atenta “não apenas formar bons ou excelentes técnicos, mas trabalhadores para o SUS tocados pelo direito à saúde” (MACÊDO et al., 2011, p. 231). Nesta mesma perspectiva, é possível

³⁹ O modelo da História Natural da Doença proposto por Leavell e Clark (1976) defende que o processo saúde-doença é determinado pelo estado de equilíbrio entre os fatores relativos ao agente, ambiente e hospedeiro. Seria por meio da interação, relacionamento e condicionamento desta “tríade ecológica” que resultaria a doença, produto de um desequilíbrio nas autorregulações existentes no sistema.

identificar a indignação da estudante em ter que dar uma “carteirada” para conseguir participar da reunião do conselho de saúde:

Chegando lá a gente não estava com carteirinha da UFRJ, do instituto, [no pescoço] e a gente entrou na UBS e aí a gente perguntou: “onde vai ser a reunião do conselho de saúde daqui?”. Aí eles: “eu não sei!” E [este profissional] passou pela gente assim, pelos colegas, aí eu fiquei pensando “meu deus, que falta de respeito!” Tudo bem, botamos a carteirinha do instituto no pescoço, subimos as escadas, paramos um ACS e falamos: “aonde vai ser a reunião do conselho de saúde, porque somos alunos da UFRJ de saúde coletiva”. “Ah tudo bem, venham comigo! Não, vamos descer, sentem aqui, vai ser ali! Olha fulano de tal está em Brasília, vai ser gestora tal que vai receber vocês. Fiquem tranquilas. Sentem...” É preciso dar a carteirada de novo entre aspas para ter acesso, sabe? Mais uma falta de respeito com o usuário, porque aquele é um espaço do usuário, sabe? Então, eu fiquei meio que indignado com isso, muito indignada. Reunião aconteceu num consultório: ok, o auditório estava sendo usado... Mas isso não tinha sido pensado antes? Tinha que ter se pensado antes! Porque as reuniões são em dias específicos do mês. São dias específicos do mês, em horários específicos: é sempre a segunda-feira do mês. Então se toda segunda-feira do mês tem reunião no conselho, então não vamos botar nada no auditório nesse dia nesse horário. Eu acho que é uma falta de respeito também com o usuário botar o usuário num consultório apertado, quente. A maioria dos usuários era idosa já, em pé às vezes e alguns estavam em pé. E é isso, é uma falta de respeito, porque uma reunião de conselho não tem que acontecer dentro de um consultório. Até porque o consultório poderia estar sendo usado para outras coisas, como, por exemplo, uma consulta. Então, acho uma falta de respeito duplo com o usuário (E21, AISC II).

A prática de alteridade deve ser estimulada nas práticas pedagógicas. Colocar-se no lugar do outro, emprestar o olhar do outro ainda é uma prática pouco usual no cotidiano dos indivíduos, ainda mais na formação em saúde:

A graduanda que ficou responsável por acompanhar o itinerário de usuário pela unidade comentou que este foi a pior atividade que ela fez na vida e que estava muito estressada com o que aconteceu. Comentou que perdeu meia hora do seu almoço porque estava esperando com a paciente o atendimento na farmácia e que esta proposta de observação desta atividade é muito ruim e deveria sair. O professor vira para ela e pergunta: “se você reclama de ficar esse tempo esperando, o que você acha que a usuária deve estar achando disso tudo?” O professor convida, portanto, a graduanda a pensar sobre a perspectiva do usuário. Aí a graduanda vira e fala: “ok sob a perspectiva do usuário, mas eu agora vou falar sobre a minha perspectiva mesmo: tive que atrasar meu almoço para conseguir terminar a atividade”. Os professores comentam que ninguém é obrigado a ficar a mais do que o horário combinado, ficando a critério do graduando se continua ou não terminando de realizar a atividade (Diário de Campo, 26/04/2016, AISC III).

Na situação, observa-se que a tutor da atividade teve papel fundamental para retomar a perspectiva do usuário para a situação. Mesmo com resistência, travar essa discussão foi importante para que fosse possível que a estagiária conseguisse ter maior sensibilidade para aquilo vivido pelos usuários. Esta situação revela o sentido sobre formação adotado, buscando tratar a formação não a partir da competência técnica (como a ideia da habilidade a ser adquirida), mas sim a partir do compromisso político que afirma a indissociabilidade técnico-política, pois parte da ideia de que “a ‘consciência crítica’ possibilita que os profissionais possam interferir nos processos sociais, podendo desarranjar a ordem que aí está” (BARROS, 2011, p. 135). Deste modo, a AISC está possibilitando que realmente os estudantes estejam

inseridos em serviços que se constituem como efetivos “cenários de aprendizagem, diferentemente da noção de cenários de treinamento em habilidades e familiarização com rotinas” (MACÊDO et al., 2011, p. 233). Partindo, portanto, de uma acepção freireana, os cenários de aprendizagem podem ser compreendidos como

lugares de construção de conhecimentos, de vivências e desenvolvimento de atitudes que produzam criticamente formas de atuar em saúde e de se relacionar com os usuários; espaços de reflexão crítica sobre a realidade, de produção de compromisso social, em suas diversas dimensões, com o fortalecimento do SUS (p. 234).

Deste modo, põe-se como desafio para a educação em serviço o de considerá-la para além da reconhecimento, assim como entendê-la como não sendo mero treinamento de saberes prévios (IESO et al., 2012).

No relato a seguir, apresenta-se outra situação em que a estudante possui dificuldade de uma escuta atenta ao usuário, aos seus modos de andar a vida e projetos de felicidade:

Houve muitos casos, mas o caso que me chocou foi de um senhor que era moto-táxi e ele tinha vários problemas com relação à saúde, e ele tinha problema de coração, pressão alta, diabetes e foi para o hospital e o hospital encaminhou ele para o problema de coração, para o cardiologista, deu os medicamentos para pressão, porque ele já estava numa fase em que ele já estava tendo várias arritmias cardíacas. Então ele estava tendo uma pulsação muito elevada e princípio de infarto. Então eles foram fazer vários exames e quando foi diagnosticado pressão alta, ele começou a tomar os medicamentos, mas ele teve princípio de infarto e aí foi direto para o hospital. Mas mesmo assim ele, mesmo se recuperando do princípio de infarto, ele não mudou a sua alimentação, não mudou nada e ficou assim muito sedentário, descuidado. Foi assim uma visão para mim mesmo muito triste, por que o que passa na mente dessa pessoa, de realmente não querer se tratar da saúde, dessa doença? (E11, AISC I).

Este relato demonstra o desafio de reconhecimento mútuo no cuidado em saúde, dado que a resposta do usuário à estagiária contrasta entre aquilo que “idealizamos como objeto, meio e produto do trabalho em saúde e aquilo que efetivamente ocorre na complexidade da vida cotidiana e do cuidado integral” (AYRES, 2010, p. 135). Deste modo, faz-se necessário maior incorporação na AISC da problematização dos projetos de felicidade dos usuários, mesmo que estes possam ser estranhos ao saber científico, uma vez que “o ensino do cuidado depende também de progressivos refinamentos no reconhecimento mútuo de quem somos nós, professores e alunos, aprendizes, todos, do lugar do cuidado nos caminhos da integralidade” (p. 136).

A universidade possui o desafio de desenvolver práticas educativas problematizadoras, críticas e transformadoras, assim como práticas democráticas que fomentem a participação de docente e estudantes em suas diversas possibilidades de decisões e ações, as quais também constroem o espaço universitário (IESO et al., 2012). Koifman, Fernandez e Ribeiro (2010) apontam que a conformação nos cenários de práticas permite uma construção de conhecimento significativa, dado que os conteúdos podem ser explorados conforme o

aparecimento de questões nesses cenários. Neste sentido, as possíveis resoluções para essas questões se aproximando de maneira consistente e funcional às situações reais. No depoimento a seguir, observa-se a falha no corpo docente em problematizar os efeitos das interações no território:

Eu acho que isso foi ridículo, por parte do posicionamento dos professores. O que aconteceu foi o seguinte. Eu e dois amigos meus estávamos andando e uma moça chegou para gente e falou assim: “Vocês são estudantes?”. “Sim”. “Quem é o professor de vocês?” “Ah o nosso professor é tal e estamos inclusive agora ir encontrar com eles”. Aí ela foi nos contando o que aconteceu. O que aconteceu: a UBS deixou que a van [há uma van que transporta os moradores até a UBS] deles levasse algumas pessoas do IESC que queriam almoçar lá para levar suas marmitas e esquentarem na clínica. Alguns alunos iam, levavam suas marmitas, esquentavam lá, almoçavam lá e voltavam com a van da clínica. Parece que houve uma situação na ida da clínica em que a moça chegou e não queria sentar do lado de determinado senhor. O que ela me contou não era isso, ela virou para mim e falou assim: “eu sou deficiente, eu não posso andar na parte de trás do carro, eu tenho que andar na parte da frente, por causa da minha dificuldade de levantar a perna, por causa disso e daquilo. Aí eu entrei, eu falei que não poderia sentar atrás e aí ninguém me deixou sentar na frente, e aí houve uma discussão e aí uma garota que é da turma de vocês, que é da faculdade de vocês, ela virou e falou assim ‘quem pode, pode, quem não pode faz barulho’. E foi muita ofensa isso, eu não aceito isso. Como assim? Ela vem na minha casa me chamar de barraqueira?” E aí eu: “não, vamos lá! Vamos ver o que que tá acontecendo! Vamos conversar com os professores”. Porque eu acho que independente de quem tenha sido, foi uma atitude errada. Realmente, como é que você chega num território de alguém e fica dando pitaco sobre o que ela faz ou não faz? Não é essa a postura que o pesquisador tem que ter no território. Aí levei ela para o lugar onde nós iríamos nos reunir no final do dia, né? Aí tava o professor lá e o pessoal estava chegando, aí ela virou e começou a contar a história. E ela falou assim: “eu nem vou citar quem fez isso”, aí falou a posição dela e tudo mais. Aí a menina da turma levantou e falou “ah, olha só, você me desculpa, fui eu sim, porque a senhora estava fazendo era barraco, porque o que você estava fazendo era discriminação, porque tinha um senhor negro ali e você não quis sentar do lado dele e por isso que você quis fazer barraco. Aí ele mesmo falou que a senhora não gostava dele, não queria sentar do lado dele porque ele era negro e por causa disso e daquilo”. E aí os professores trataram isso assim: “não... não... é...” [tom apaziguador]. A aluna não pediu desculpas para a mulher! [...] quando a moça foi embora ele [o professor] não virou para o pessoal e falou: “olha, vocês não podem fazer isso de chegar num território e falar qualquer coisa para os moradores, o que eles estão fazendo com vocês é um favor, sabe? Eles estão concedendo um pouco do tempo deles, da vida deles”. Não houve essa fala! Tanto que a moça foi embora e “vamos logo adiantar nossa discussão” e ficou por isso mesmo (E62, AISC VI).

No relato acima, os docentes perdem a oportunidade de poder trazer uma discussão à tona, podendo abordar desde questões de como abordar os usuários até discutir a temática do racismo. Negligenciar discussões advindas dos campos diminui o aproveitamento que pode se fazer deste na formação dos graduandos. É papel do docente “estimular o olhar atento dos estudantes para elaborar alternativas teóricas e práticas de mudança da realidade vivida ou de ensaio de situações em que o desfecho seja diferente” (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2011).

Aos docentes cabem também a instauração de espaços “agradáveis” de ensino-aprendizagem (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; MARINS, 2013), sendo que quando isto não ocorre pode obstaculizar o processo pedagógico, como observado no relato abaixo:

As AISC, em geral, elas têm um histórico um pouquinho complicado aqui no curso, no posicionamento dos alunos, porque nós vimos de um histórico de ter as disciplinas muito em sala de aula, ou, quando nós estamos em campo, elas a maior parte das vezes não atendem às nossas expectativas. Então a gente já vem de um certo desgaste. E aí nós tivemos uma experiência de fazer outra AISC com esse professor e não foi uma experiência muito feliz. Então a gente já entrou na outra AISC com um pé atrás. [...] Eu acredito que as questões dos relacionamentos elas interferem muito, porque se você não tem um bom relacionamento com o seu professor, se você “odeia” ele, você não está muito afim de assistir a aula dele. [...] Em relação à metodologia dos professores, as pessoas tinham muitas críticas. Acho que a grande questão era a grande inflexibilidade dos professores e isso acirravam as relações na turma, sabe? [...] A partir do momento que a gente questiona muitas coisas, tem professores que não aceita. Professor é assim, professor tem essa personalidade. Ele já está anos no emprego dele, não sei o que fez na profissão passada, provavelmente passou um processo quando era estudante muito mais opressor do que este que a gente passa. Aqui [no IESC] é muito mais brando do que vejo no resto da universidade [...] Hoje em dia existe uma relação muito difícil entre a minha turma e esses professores. Se a gente vai ter aula com eles, a gente pensa: “que droga, vou ter aula com eles!” Porque eles são inflexíveis, eles são difíceis, eles têm uma personalidade muito difícil que, assim, a gente não considera correto (E62, AISC VI).

Ao passo que, a proposição de espaços que permitam uma relação professor-estudante baseada no diálogo e com estímulo à participação e criatividade do educando (MARCH; FERNANDEZ; PINHEIRO, 2011) permitem uma aprendizagem significativa:

É, isso foi muito importante, porque quando a gente chega na universidade a gente coloca o professor num pedestal e “óóó professor” [tom de endeuamento]. Mas quando o professor fala: “não! Fala! Pode falar!”. Mesmo que isso me isso me afete um pouco você tem toda a liberdade para falar: “como é que tá andando a disciplina? Tá boa? Tá ruim?”. Até mesmo agora na AISC III: “gente, vamos resolver, o que que vocês estão achando? Estão com algum problema? Os textos? Tem alguns problemas nos setores? Como é que foi a visita? Foi ruim? Foi boa?”. Isso é bom, sabe! O professor tem que escutar, o professor tem que estar aberto ao aluno, sabe? Não é chegar botar o filme ou botar o texto e falar que a aula é aquilo hoje, aí acabou e foi embora. Porque às vezes os alunos têm uma inquietação que os professores não tão nem aí para escutar, não querem saber: “ah, você é aluno! Se coloca no seu lugar aluno”. Não, eu acho que professor tem que tirar esse momento: “então vamos resolver juntos?”. Foi até mesmo na época a gente discutiu o horário da AISC II, o professor falou: “então, qual será o nosso horário?”. A gente que estabeleceu aquele horário, depois as pessoas não podiam falar: “ah, mas eu cheguei atrasado, não posso reprovar por falta”. Mas você no início, no primeiro dia de aula, você mesmo estabeleceu aquele horário em consenso com a turma. [...] isso foi muito importante, a abertura dos professores para o diálogo, sabe? Escutar os alunos em sala de aula, porque os alunos têm suas inquietações. Eles querem falar, mas às vezes o professor não está aberto ao diálogo, a escutar aos alunos, a ser um pouco mais flexível [...] Eu acho que o professor a todo momento tem que estar aberto ao diálogo, sabe? A discussão, escutar o aluno, saber que um dia ele também foi aluno, que ele também teve suas inquietações, que ele também precisou que o professor escutasse ele. [...] A gente contava e no decorrer da conversa, do nosso discurso, o professor intervinha, falava: “ah, você sabe o que é isso? Então o que que isso significa?” Aí ia lá e explicava. E isso é muito bom, o formato da aula em roda, isso para mim é muito importante, porque não fica aquilo de professor lá em cima e aluno aqui embaixo, do professor que sabe tudo e do aluno que não sabe nada. Não! Uma roda onde tá todo mundo aprendendo a todo tempo com todo mundo. Porque

às vezes tinham coisas que eu sabia da minha vivência de técnica de enfermagem que eu falava e daí todo mundo: “poxa, mas é verdade isso? Isso mesmo acontece?” “É! Isso acontece”. E talvez o professor não sabia, ficou sabendo naquele momento, e isso é muito interessante. Porque quando a aula é feita em roda, fica uma coisa mais democrática não fica o professor “eu sei tudo e vocês não sabem nada”, “eu posso falar e vocês não podem falar”, “vocês prestam atenção e ficam quieto aí no lugar de vocês” (E21, AISC II).

O diálogo trata-se de elemento fundamental no processo de ensino-aprendizagem. Paulo Freire (1987, p. 46) critica os processos pedagógicos em que este importante dispositivo é deixado de lado: “o diálogo, como encontro dos homens para a tarefa comum de saber agir, se rompe, se seus pólos (ou um deles) perdem a humildade. Como posso dialogar, se alieno a ignorância, isto é, se a vejo sempre no outro, nunca em mim?”. Ensinar, nesta perspectiva, não pode ser um mero processo de transferência de conhecimento, não pode ser uma transferência mecânica que resulte em uma memorização maquinal. O processo de aprendizagem prescinde de uma autonomia, que é conquistada gradualmente, por meio de experiências que estimulem a possibilidade de tomada de decisões e responsabilidades.

Portanto, o diálogo é fundamental para estabelecimento de uma relação de liberdade entre os envolvidos, mediada por uma educação libertadora e emancipatória que se distancie da educação bancária, técnica, verticalizada e centrada no docente. Para Freire (1999), o educando não pode ser confundido como um “depósito de informações”, que absorve tudo o que lhe é apresentado como sujeito passivo. Os depoimentos acima apontados demonstram para a importância que o diálogo teve na instauração de uma prática pedagógica emancipatória na formação destes graduandos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A graduação em saúde coletiva trata-se de uma novidade no cenário nacional, trazendo consigo uma diversidade de apostas, expectativas e possibilidades com vistas ao fortalecimento da concretização do ideário do movimento da reforma sanitária brasileira. Dada a importância que a integralidade em saúde possui no cenário da saúde coletiva brasileira, este princípio constitucional deve estar refletido nas práticas profissionais destes futuros sanitaristas, o que aponta também para a necessidade de uma prática formativa norteada pela integralidade.

Buscar compreender os saberes e práticas envolvidos na formação de graduandos em saúde coletiva do IESC/UFRJ que emergem nos cenários diversificados de aprendizagem no interior das AISC possibilitou a identificação dos diversos atores envolvidos e as interações que estes produzem nas instituições, evidenciando consonâncias e dissonâncias desta formação com a perspectiva da integralidade em saúde.

A triangulação de métodos a partir dos discursos dos estudantes, da observação do pesquisador do cotidiano dos campos das práticas e da leitura dos documentos que norteiam o funcionamento do curso permitiu uma compreensão polifônica sobre o processo formativo em cenários diversificados de aprendizagem, incluindo aspectos do contexto macro, micro e molecular.

A propositura das AISC nos documentos institucionais (PPP e programas das disciplinas) afirmam a integralidade como um eixo de formação deste profissional. No entanto, nem sempre estas orientações ético-políticas se efetivaram nas práticas concretas destes estudantes, como foi possível observar em diversos relatos e depoimentos aqui analisados.

Nestas experiências, verificaram-se respostas concretas ao desafio da formação para a integralidade, incluindo, em maior ou menor grau em cada uma das AISC, a possibilidade de desenvolvimento da capacidade de escuta, o exercício da alteridade, a *experienciação* de práticas interprofissionais em equipe, o fortalecimento da cidadania, a produção de novos olhares para o cuidado em saúde, a articulação intersetorial e o reconhecimento ampliado das necessidades de saúde.

Estas experiências representaram relações singulares entre processos de trabalho e de ensino e mostraram-se positivas não só para a formação dos estudantes, mas também para a qualidade do cuidado prestado. Nestes casos, os cenários de aprendizagem descritos e

discutidos foram verdadeiros espaços para a incorporação/produção do cuidado em saúde, permitindo que os estudantes apreendessem a realidade e exercitassem o seu potencial criativo de articulação entre saberes e fazeres para dar respostas concretas às situações encontradas por meio de práticas cuidadoras. Isto se deu por meio do diálogo e conexão dos diversos saberes disciplinares e da mediação interdisciplinar/intersectorial no cotidiano das práticas, elementos que parecem ser uma das maiores potencialidades deste novo sujeito da saúde coletiva.

No entanto, também se identificou experiências pouco amistosas à integralidade. Inexistem, por exemplo, experiências de aproximação das práticas de ensino deste curso com outros cursos da área da saúde. Apesar dos dados apresentarem relatos de reconhecimento dos saberes populares, reafirmando a legitimidade de um saber local advindo da experiência cotidiana das pessoas, a ausência de indícios sobre sabedoria prática – ou seja, de experiências que reconhecessem os saberes populares na sua relação com os saberes científicos para a sua incorporação na prática do cuidado – revela ainda a necessidade de criação de novos modos de se organizar as práticas formativas para possibilitar os graduandos a vivência na composição dos diferentes saberes.

Apesar dos dados empíricos apresentarem que as AISC mobilizam muitos afetos e que propiciam a indignação e reflexão crítica, identifica-se que as possibilidades de transformação parecem estar ainda muito aquém do horizonte de propostas exequíveis para os sujeitos-estudantes, sujeitos-docentes, sujeitos-profissionais e sujeito-usuários do serviço.

O contato com os usuários trouxe em algumas vivências uma maior sensibilidade para o outro. No entanto, trata-se ainda de um aspecto para ser fortalecido e aprimorado com maior desenvoltura ao longo do curso, tanto é que não houve expressão de experiências que fomentassem o vínculo destes graduandos para com indivíduos e/ou coletividades.

Um dos elementos que parece ter tido grande centralidade nas dificuldades identificadas foi o distanciamento entre a academia e o cotidiano dos serviços de saúde. Há de se reconhecer aqui os diversos aspectos institucionais interligados neste contexto: a universidade e o serviço de saúde são representantes de duas áreas completamente institucionalizadas, sendo intermediados por conhecimentos e modos de operar distintos que afetam diretamente o cotidiano e as relações entre os atores ali inseridos.

Para uma formação para a integralidade, faz-se necessário forjar novos arranjos que busquem a superação deste distanciamento e que permitam criação de novas institucionalidades para uma negociação permanente entre a produção do conhecimento e o atendimento às necessidades de saúde da população. Este diálogo possibilitaria uma maior

integração entre ensino-serviço e desencadearia processos formativos com maior relevância social e responsabilidade pelo cuidado de indivíduos e coletividades. Neste sentido, um dos elementos para ser observados é a formação docente, dado que muitas posturas e modos de operar deste ator frente as AISC obstaculizaram uma formação para a integralidade.

Por outro lado, identifica-se a corresponsabilidade do serviço de saúde neste componente, dado os processos de trabalho e práticas de cuidado hegemônicos desenvolvidos em alguns destes cenários. Deste modo, processos de educação permanente em saúde junto aos profissionais de saúde são necessários para que haja maior porosidade destes às inovações que emergem destas práticas de ensino.

Estes espaços de negociação permanente devem ser desenvolvidos desde os contextos locais dos cenários diversificados em que os estudantes estão efetivamente inseridos até na própria relação institucional do IESC com as instituições responsáveis por estes cenários. É necessário que se inclua aqui os diferentes atores e instâncias envolvidos, não estando isto a cargo somente dos responsáveis na universidade, mas também incluir os docentes e estudantes, assim como os profissionais de saúde e os próprios usuários.

A despeito das contribuições que esta dissertação trouxe para se compreender a integralidade nos cenários diversificados de aprendizagem na graduação em saúde coletiva, são necessários mais investimentos investigativos para que seja possível compreender outros aspectos vinculados com a formação destes profissionais. Olhares para a matriz curricular, para a comparação das atividades práticas nos cursos de saúde coletiva em diferentes instituições, para a formação dos docentes em saúde coletiva e para a inserção no mercado de trabalho destes profissionais apontam para uma agenda de pesquisas sobre a temática da integralidade na formação em saúde coletiva. Privilegiou-se nesta dissertação, principalmente, os discursos dos estudantes, havendo necessidade também de maior vocalização dos outros sujeitos para uma compreensão polifônica sobre os processos formativos. Neste sentido, faz-se necessário novas pesquisas que incluam com maior destaque os docentes, os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde envolvidos nos processos formativos.

Não se buscou aqui dar diretrizes para o modo como o curso deve se organizar, mas evidenciar as práticas formativas que estão em curso, problematizando as suas aproximações e distanciamentos com o princípio da integralidade e demonstrando como certas práticas formativas repercutem no cotidiano em saúde. As possibilidades de estratégias de transformação do ensino e da atenção que tenham como foco principal os usuários que foram apontadas em alguns momentos da discussão dos resultados teve como objetivo, acima de tudo, trazer perspectivas que revelassem outras possibilidades de abordagem sobre a referida

temática a partir da produção desenvolvida no interior das pesquisas em integralidade desenvolvidas pelo LAPPIS.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Fórum de Graduação em Saúde Coletiva – FGSC. *Minuta das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2015. Disponível em: < <http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/07/MINUTA-Propostas-DCN-Sa%C3%BAde-Coletiva-FGSC-GOIANIA.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2015.

ALMEIDA, Marco. A área é multiprofissional e interdisciplinar. *Radis – comunicação em saúde*, n. 13, p. 22, 2003.

ARAÚJO, Dolores; MIRANDA, Maria Claudina Gomes de; BRASIL, Sandra L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 31, supl. 1, p. 20-31, 2007.

ARENDT, Hannah. *Entre o passado e o futuro*. Tradução de Mauro W. Barbosa de Almeida. São Paulo: Perspectiva, 1979.

AYRES, José Ricardo de C. M. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 15-29, 2004.

_____. Integralidade do cuidado, situações de aprendizagem e o desafio do reconhecimento mútuo. In: PINHEIRO, Roseni; LOPES, Tatiana Coelho (Orgs.). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. p. 123-136.

AZEVEDO, Bruno Mariani de Souza; CARVALHO, Sérgio Resende. O diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. In: CARVALHO, Sérgio Resende; BARROS, Maria Elisabeth Barros de; FERIGATO, Sabrina Helena (Orgs.). *Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 204-219.

BARRETO, Vitor Hugo Lima et al. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. *Revista brasileira de educação médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 578-583, dez. 2011.

BARROS, Maria Elisabeth Barros de. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011. p. 131-150.

BARROS, Maria Elisabeth Barros de; HECKERT, Ana Lúcia C. Sofrimento e adoecimento nos processos de trabalho e formação: entre paralisias e criações. In: PINHEIRO, Roseni; LOPES, Tatiana Coelho (Orgs.). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. p. 137-154.

BASS, Sarah Bauerle; GUTTMACHER, Sally; NEZAMI, Elahe. Who will keep the public healthy? The case for undergraduate public health education: a review of three programs. *Journal of Public Health Management and Practice*, v. 14, n. 1, p. 6-14, 2008.

BELISÁRIO, Soraya Almeida et al. Implantação do curso de graduação em saúde coletiva: a visão dos coordenadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 6, p. 1625-1634, 2013.

BELLATO, Rosenev; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; CASTRO, Phaedra. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JR., Aluisio Gomes da; MATTOS, Ruben Araujo de. *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2008. p. 167-188.

BEZERRA, Aline Patrícia dos Santos et al. A percepção do graduando em saúde coletiva sobre o estágio supervisionado. *Tempus Actas*, v. 7, n. 3, p. 115-127, 2013.

BOAL, Augusto. *Teatro do Oprimido e Outras Poéticas Políticas*. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PAIM, Jairnilson Silva. Graduação em saúde coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 2029-2038, 2010.

_____. Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário [editorial]. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 2, p. 236-237, 2009.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Reflexões sobre como fazer trabalho de campo. *Sociedade e Cultura*, v. 10, n. 1, p. 11-27, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer nº CNE/CES 1.133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, ano 137, n. 190, p. 131, 3 out. 2001. Seção 1, pt.1.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59-62, 13 jun. 2013. Seção 1, pt.1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Pró-Saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2005.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e

Expansão das Universidades Federais – Reuni. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, ano 144, n. 79, p. 7, 25 abr. 2007. Seção 1, pt.1.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel. As Armadilhas da “Concepção Positiva da Saúde”. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007.

_____. O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 183-195, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; BARROS, Regina Benevides de; CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CAPALBO, Creusa. *Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz*. 2. ed. Londrina: UEL, 1998.

CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 137-170.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer et al. A implementação do Curso de Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia: da criação até a formatura da primeira turma. *Tempus Actas*, v. 7, n. 3, p. 63-80, 2013a.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer et al. Estudantes de graduação em saúde coletiva: perfil sociodemográfico e motivações. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1657-1666, 2013b.

CASTRO, Fábio Fonseca de. A sociologia fenomenológica de Alfred Schütz. *Ciências Sociais Unisinos*, v. 48, n. 1, p. 52-60, 2012.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do AprenderSUS. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JR., Aluísio Gomes da. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. p. 131-154.

_____. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Saúde, Educação, Comunicação*, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011. p. 69-92.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004a.

_____. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b.

CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

CRESWELL, John W. *Qualitative inquiry & Research Design – Choosing Among Five Approaches*. 2. ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2007.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 51-66

DESLANDES, Suely Ferreira. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 31-50.

DITZ, Erika da Silva et al. Formação multiprofissional: estratégia de educação permanente na construção da integralidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JR., Aluísio Gomes da. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. p. 179-190.

ELIAS, Paulo Eduardo. Graduação em Saúde Coletiva: notas para reflexões. *Interface – Saúde, Educação, Comunicação*, v. 7, n. 13, p. 167-170, 2003.

EPS EM MOVIMENTO. *Usuário guia*. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entradaexperimentacoes/usuario-guia>>. Acesso em: 31 set. 2016.

FELIPPE, Kátia Cristina et al. A integralidade do cuidado sustenta o novo currículo do curso de Enfermagem da UNIFESO. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. *Ateliê do cuidado: serviço, pesquisa e ensino*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2008. p. 279-291.

FERLA, Alcindo Antonio et al (Orgs.). *Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

FERLA, Alcindo Antonio; ROCHA, Cristianne Maria Famer (Orgs.). *Fazeres em Saúde Coletiva: experiências e reflexões de jovens sanitarias*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014a.

_____. Fazeres em Saúde Coletiva: olhares de jovens sanitarias em formação. In: FERLA, Alcindo Antonio; ROCHA, Cristianne Maria Famer (Orgs.). *Fazeres em Saúde Coletiva: experiências e reflexões de jovens sanitarias*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014b. p. 7-10.

_____. *Inovações na formação de sanitarias*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.

- FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. *A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paidéia e formação*. 2012. 341 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.
- FLECK, Ludwik. *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. Tradução de George Otte e Mariana Camilo de Oliveira. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.
- FLICK, Uwo. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Tradução de Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FONSECA, Cristina M. O. A História da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. *In: LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá de (Orgs.). Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p.21-41.
- FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.
- FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.
- _____. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.
- GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. *In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 493-546.
- GONZÁLEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José de. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010.
- GONZE, Gabriela Guerra; SILVA, Girlene Alves da. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. *Physis*, v. 21, n. 1, p. 129-146, 2011.
- GUIZARDI, Francina Lube; PINHEIRO, Roseni; MACHADO, Felipe Rangel S. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. *In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2010. p. 227-253.
- GUIZARDI, Francina Lube et al. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. *In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011. p. 153-178.

GULJOR, Ana Paula; PINHEIRO, Roseni. Demandas por cuidado na desinstitucionalização: concepções e percepções dos trabalhadores sobre a construção de demanda e necessidades em saúde mental. *In: PINHEIRO, Roseni et al. (Orgs.). Desinstitucionalização em saúde mental: contribuições para estudos avaliativos.* Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2007. p. 65-90.

HENRIQUES, Regina Lúcia Monteiro. Interlocação entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. *In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2010. p. 146-161.

HESS, Rémi. Uma técnica de formação e de intervenção: o diário institucional. *In: HESS, Rémi; SAVOYE, Antoine. Perspectives de l'Analyse Institutionnelle.* Tradução de Lucia Cardoso Mourão-Colin, Solange L'Abbate e Ana Lúcia Abrahão da Silva. Paris: Méridiens Klincksieck, 1988. p. 119-138.

_____. Momento do diário e diário dos momentos. *In: SOUZA, Elizeu Clementino de Souza; ABRAHÃO, Maria Helena Menna. Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si.* Porto Alegre: PUC-RS, 2006. p. 89-103.

HONORATO, Carlos Eduardo de Moraes. *O trabalho político do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização: um estudo sobre integralidade e reforma psiquiátrica.* 2007. 177 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

IESO, Lia Carla de et al. Ensinar e aprender a cuidar a partir do âmbito acadêmico. *In: PINHEIRO, Roseni et al. (Orgs.). Integralidade sem fronteiras: itinerários da justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado.* Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2012. p. 185-205.

IVIC, Ivan. Ensaios. *In: IVIC, Ivan; COELHO, Edgar Pereira (Orgs.). Lev Semionovich Vygotsky.* Recife: Fundação Jardim Nabuco; Editora Massangana, 2010. p.11-34.

KAHN, Robert Louis; CANNELL, Charles F. *The dynamics of interviewing: theory, technique and cases.* New York: J. Wiley, 1961.

KESSNER, David M.; KALK, Carolyn E.; SINGER, James. Assessing Health Quality-the Case for Tracers. *The New England Journal of Medicine*, v. 25, n. 4, p. 189-194, 1973.

KHUN, Thomas. *A Estrutura das Revoluções Científicas.* Tradução de Beatriz V. Boeira e Nelson Boeira. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1994.

KOIFMAN, Lilian; GOMES, Lina Nunes. A graduação em saúde coletiva: um debate ou uma realidade? *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, p. 417-418, 2008.

KOIFMAN, Lilian; FERNANDEZ, Verônica Silva; RIBEIRO, Carlos Dimas Martins. A construção do ato de cuidar no espaço da formação em saúde: a ética, a prática, sujeitos e valores. *In: PINHEIRO, Roseni; LOPES, Tatiana Coelho (Orgs.). Ética, técnica e formação:*

as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. p. 155-168.

KOIFMAN, Lilian; SAIPPA-OLIVEIRA, Gilson. Produção de conhecimento e saúde. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011. p. 111-130.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 153-181, 2010.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. *A Construção do Saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LEAVELL, Hugh R.; CLARK, Edwin Gurney. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEE, Joel M. Articulation of undergraduate and graduate education in public health. *Public Health Reports*, v. 123, Suppl. 2, p. 12-17, 2008.

LÉVI-STRAUSS, Claude. Aula inaugural. In: GUIMARÃES, Alba Zaluar (Org.). *Desvendando Máscaras Sociais*. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1975. p. 211-222.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmicas. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 89-120.

LOURAU, René. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, Sônia (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004a. p. 186-198.

_____. O Estado na análise institucional. In: ALTOÉ, Sônia (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004b. p. 140-153.

_____. Objeto e método da análise institucional. In: ALTOÉ, Sônia (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004c. p. 66-86.

_____. Uma apresentação da Análise Institucional. In: ALTOÉ, Sônia (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004d. p. 128-139.

_____. Uma técnica de análise de implicações: B. Malinowski, diário de etnógrafo (1914-1918). In: ALTOÉ, Sônia (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004e. p. 259-283.

LÖWY, Ilana. Ludwik Fleck e a presente história das ciências. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 1, n. 1, p. 7-18, 1994.

LUZ, Madel Therezinha. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

_____. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. *In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2006. p. 27-34.

_____. Questões centrais do campo da Saúde Coletiva no Brasil atual: repercussões no ensino e no cuidado, contribuição ao X Seminário do LAPPIS. *In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JR., Aluísio Gomes da. Por uma sociedade cuidadora.* Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. p. 395-406.

MACÊDO, Maria do Carmo dos Santos et al. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. *In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011. p. 229-250.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MAIRESSE, Denise. Cartografia: Do Método à Arte de Fazer Pesquisa. *In: FONSECA, Tânia Mara Galli; KIRST, Patrícia Gomes. Cartografias e Devires: a construção do presente.* Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003. p. 259-297.

MALINOWSKI, Bronislaw. *Uma Teoria Científica da Cultura.* São Paulo: Ed. Zahar, 1975.

MARCH, Claudia; FERNANDEZ, Verônica Silva; PINHEIRO, Roseni. Ampliando saberes e práticas sobre a formação em saúde: processos de inovação e caminhos para a transformação. *In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011. p. 179-204.

MARTINS, Paulo Henrique. Repensando sociologicamente a noção linear de determinantes sociais. *In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (Orgs.). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica.* Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 53-60.

MARTINS, Paulo Henrique; PINHEIRO, Roseni. Introdução - Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. *In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (Orgs.). Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde.* Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. p. 19-33.

MENDES, Eugênio Villaça. *A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário.* Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1993.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECCIM, Ricardo Burg. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos de (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 71-103.

MORIN, Edgar. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2013.

MOTA, Eduardo; SANTOS, Liliana. O que se pode alcançar com a Graduação em Saúde Coletiva no Brasil? *Tempus Actas*, v. 7, n. 3, p. 37-41, 2013.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

_____. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2014. p. 17-38.

OLIVEIRA, Maria Conceição de. Os modelos de cuidados como eixo de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 347-355, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

_____. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva; PINTO, Isabela C. M. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. *Tempus Actas*, v. 7, n. 3, p. 13-35, 2013.

PARREIRA, Clélia Maria de Sousa Ferreira; ESCALDA, Patrícia Maria Fonseca; RODOVALHO, Giovanna Brunelli. Integralidade e Humanização em Contextos Educativos: a Experiência do Curso de Graduação em Saúde Coletiva para a Promoção da Saúde nas Escolas. *In: Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde*, 1., 2014. São Paulo. *Anais...* São Paulo: Editora Blucher, 2014. p. 350.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. *In: PINHEIRO, Roseni et al. (Orgs.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2010. p. 161-178.

PEREIRA, Isabel Brasil; STAUFFER, Anakeila. Formação docente, cidadania e o trabalho na saúde. *In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JR., Aluísio Gomes da (Orgs.). Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2011. p. 211-226.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivas o ensino em integralidade. *In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011. p. 13-33.

PINHEIRO, Roseni et al. Matriz analítica de experiências de ensino para a integralidade: uma proposição observacional. *In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011a. p. 34-54.

PINHEIRO, Roseni et al. Operacionalizando a pesquisa: trajetória, fio condutor e ferramentas. *In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011b. p. 55-66.

PINHEIRO, Roseni et al. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. *In: GERHARDT, Tatiana Engel; PINHEIRO, Roseni; RUIZ, Eliziane Nicolodi Francescato; SILVA JR., Aluísio Gomes da (Orgs.). Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; ABRASCO, 2016. p. 13-24.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francine Lube. Cuidado e integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. *In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; ABRASCO, 2013. p. 23-38.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. *In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2007. p. 9-36.

PINHO, Leandro Barbosa de Pinho et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 9, n. 3, p. 835-846, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm>>. Acesso em: 01 set. 2015.

PONTE, Carlos Fidelis; LIMA, Nísia Trindade; KROPF, Simone Petraglia. O sanitarismo (re)descobre o Brasil. In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Iâne (Orgs.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 73-110.

PONTES, Ana Lucia de Moura; SILVA JR., Aluísio Gomes da; PINHEIRO, Roseni. Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011. p. 111-130.

ROEMER, Milton I. *National Health System of the World*. Nova York: Oxford University Press, 1991.

SÁ, Pedro Terra Teles de; ODEH, Muna Muhammad. Perfil da saúde coletiva dentro da disciplina introdução a práticas de saúde: relato de experiência. *Tempus Actas*, v. 7, n. 3, p. 129-133, 2013.

SAIPPA-OLIVEIRA, Gilson; FERNANDEZ, Verônica Silva; KOIFMAN, Lilian. Trabalho e formação: diálogos necessários para a construção de práticas de cuidado. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JR., Aluísio Gomes da. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. p. 191-206.

SAIPPA-OLIVEIRA, Gilson; KOIFMAN, Lilian. Os docentes universitários: como transformar a formação?. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JR., Aluísio Gomes da (Orgs.). *Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2011. p. 197-210.

SAIPPA-OLIVEIRA, Gilson; KOIFMAN, Lilian; MARINS, João José Neves. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; ABRASCO, 2013. p. 309-321.

SAIPPA-OLIVEIRA, Gilson; KOIFMAN, Lilian; PINHEIRO, Roseni. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2011. p. 205-228.

SAIPPA-OLIVEIRA, Gilson; KOIFMAN, Lilian; PONTES, Ana Lúcia de Moura. As agendas públicas para as reformas e sua releitura no cotidiano das práticas da formação: o caso da disciplina Trabalho de Campo Supervisionado. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2010. p. 131-148.

SAMPAIO, João Roberto Cavalcante; SANTOS, Renan Duarte dos. Graduandos em saúde coletiva Brasil: perspectivas, opiniões e críticas sobre os cursos. *Tempus Actas*, v. 7, n. 3, p. 81-89, 2013.

SANTANA, Paulo Roberto de et al. Bacharelado em saúde coletiva: preenchendo lacunas e formando competências para o SUS. *Tempus Actas*, v. 7, n. 3, p. 44-55, 2013.

SCHUTZ, Alfred. *Fenomenologia e relações sociais*. Tradução de Ângela Melin. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SILVA, Carlos Roberto de Castro e; MENDES, Rosilda; NAKAMURA, Eunice. A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. *Saúde e Sociedade*, v. 21, n. 1, p. 32-41, 2012.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SILVA, Neide Emy Kurokawa; VENTURA, Miriam Ventura; FERREIRA, Jaqueline. Graduação em Saúde Coletiva e o processo de construção de cenários práticos. *Tempus Actas*, v. 7, n. 3, p. 91-101, 2013.

SILVA JR., Aluísio Gomes da; PONTES, Ana Lúcia de Moura; HENRIQUES, Regina Lúcia Monteiro. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011. p. 69-92.

SILVEIRA, Rodrigo P.; STELET, Bruno; PINHEIRO, Roseni. Crise na educação médica? Um ensaio sobre o referencial arendtiano. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n. 48, p. 115-126, 2014.

SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera Mincoff. A pesquisa como prática discursiva. In: SPINK, Mary Jane (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 42-70.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. *Interface – Saúde, Educação, Comunicação*, v. 7, n. 13, p. 163-166, 2003.

TOBAR, Federico; YALOUR, Margô Romano. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Tradução de Maria Ângela Cançado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

TURATO, Egberto Ribeiro. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. *Plano de trabalho de atividades práticas entre o Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da*

Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2015.

UFRJ. *Plano de desenvolvimento institucional do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2016.

_____. *Projeto detalhado de Curso de Graduação em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.

_____. *Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2010.

VÍCTORA, Ceres; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo, 2000.

WAGNER, Helmunt R. Introdução. In: SCHUTZ, Alfred. *Fenomenologia e relações sociais*. Tradução de Ângela Melin. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. p. 3-52.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

A – Identificação

- Nome.
- Sexo.
- Idade.
- Já cursou alguma outra graduação? Qual?
- Em qual período da graduação se encontra?
- Trabalha ou já trabalhou em algum serviço de saúde ou relacionado a área de saúde coletiva?

B – Questão disparadora

- Conte-me como é que foi a sua passagem aqui no cenário de práticas?

C – Elementos para serem explorados na questão anterior

- Relação com a equipe do serviço;
- Relação com os usuários deste serviço;
- Inserção nos processos de trabalho da equipe;
- Principais atividades desenvolvidas;
- Orientação aos princípios do SUS;
- Desenvolvimento de análise crítica sobre as ações desenvolvidas;
- Protagonismo no desenvolvimento das atividades;
- Integração ensino-serviço; e
- Avaliação da atuação.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Pesquisa: “Formação em saúde coletiva: a integralidade como eixo orientador ético-político-pedagógico das práticas de ensino em cenários diversificados de aprendizagem”

Pesquisadores: César Augusto Paro e Roseni Pinheiro

Prezado(a),

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que procura compreender as práticas de ensino na formação dos graduandos em saúde coletiva, com ênfase nos cenários de práticas em que estes estudantes estão inseridos.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração voluntária para participar de uma entrevista e pedimos permissão para gravá-la para facilitar a análise do relato.

Asseguramos que todas as informações prestadas por você serão sigilosas e utilizadas com interesse estritamente acadêmico para fins didáticos e/ou científicos, sendo que a divulgação dos resultados será sempre feita de forma anônima.

Dada a natureza do estudo e por não oferecer riscos previsíveis de qualquer natureza, não vai haver nenhuma forma de reembolso de dinheiro, da mesma forma que você não terá gastos financeiros relacionados com a participação nesta pesquisa.

Você terá a liberdade de interromper sua participação neste estudo a qualquer momento sem nenhum prejuízo. Você pode ainda nos solicitar esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento. Sua participação é importante para contribuir na compreensão sobre questões como formação profissional, integralidade na formação de profissionais de saúde, graduação em saúde coletiva, integração ensino-serviço, educação permanente em saúde, cenários diversificados de aprendizagem, entre outros.

Quando a pesquisa terminar, você será comunicado(a) e convidado(a) participar da devolutiva da pesquisa, para que você conheça os resultados desta pesquisa.

Caso você se sinta prejudicado(a) ou veja qualquer problema na condução da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Declaro estar esclarecido quanto a minha participação na pesquisa “Formação em saúde coletiva: a integralidade como eixo orientador ético-político-pedagógico das práticas de ensino em cenários diversificados de aprendizagem” e aceito dela participar livre e voluntariamente, bem como declaro estar recebendo uma cópia deste documento assinado por mim e pelo pesquisador.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / 2016.

NOME: _____ RG: _____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

CONTATOS:

César Augusto Paro – telefone: (21) 99558-0968; e-mail: cesaraugustoparo@iesc.ufrj.br

Roseni Pinheiro – e-mail: rosenisaude@uol.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do IMS/UERJ – telefone: (21) 2334-0235 r.108; fax: (21) 2334-2152; e-mail: cep-ims@ims.uerj.br; endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003 (7º andar) - Bl. D (Anexo à secretaria acadêmica) -, Maracanã, CEP: 20550-900, Rio de Janeiro/RJ

ANEXO – Detalhamento das AISC no PPP.

Quadro 7 – Carga horária, atividades previstas e locais de práticas das AISC, segundo PPP*.

AISC	CH (T/P)	Descrição das atividades	Locais de prática correspondentes**
I	75 (45/30)	Visita às unidades para conhecer a hierarquização da rede; trabalho com bases bibliográficas	Unidades básicas; PSF; CMS; UPA; hospital geral e especializado
II	75 (45/30)	Conhecer os diferentes segmentos populacionais específicos, suas práticas e usos de recursos de saúde; trabalho com bases bibliográficas	Aldeias indígenas; quilombos; associação de moradores; com-selhos de saúde; escolas; asilos
III	75 (45/30)	Diagnóstico das unidades básicas, PSF e CMS	CMS
IV	75 (45/30)	Inserção e análise da situação de saúde nos serviços de atenção secundária	Hospitais especializados
V	165 (45/120)	Inserção em sistemas de saúde específicos; inquérito epidemiológico	Serviços de oncologia, hematologia, materno-infantil, saúde mental, cardiologia; inquérito epidemiológico
VI	165 (45/120)	Inserção no planejamento, gestão e programação em saúde dos setores públicos e privados	SMS; rede privada de atenção à saúde; SES; MS
VII	225 (45/180)	Distribuição das práticas nos diversos serviços no nível central com suas especificidades	SMS; rede privada de atenção à saúde; SES; MS; sociedades de capital misto; INPE
VIII	265 (45/225)		

Legenda: AISC – Atividades Integradas em Saúde Coletiva; CH (T/P) – Carga horária (teórica/prática); CMS – Centro Municipal de Saúde; INPE – Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais; MS – Ministério da Saúde; PPP – Projeto Político-Pedagógico; PSF – Programa Saúde da Família; SES – Secretaria Estadual de Saúde; SMS – Secretaria Municipal de Saúde; UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

Notas: *Realizou-se adaptações gráficas ao material para melhor visualização das informações. **Realizou-se adaptações na descrição de alguns dos locais para evitar a nomeação dos serviços.

Fonte: UFRJ, 2010 (p. 26).