

## **Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem<sup>+</sup>**

*ANA LUCIA DE MOURA PONTES\**

*ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR\*\**

*ROSENI PINHEIRO\**

O ensino das profissões de saúde, a partir do início do século XX, foi fortemente influenciado pela proposta de reforma das escolas médicas americanas e canadenses entabuladas por Abraham Flexner. Naquele momento, diante de diferentes implementações da formação médica e com o apoio da Associação Médica Americana, Flexner propôs erigir a escola médica fundamentada na racionalidade técnico-científica acumulada pela Biologia (REGO, 2003). Essa racionalidade elegeu o indivíduo como objeto de sua investigação e se apoiou em arranjos tecnológicos e equipamentos que pudessem perscrutar a fisiologia humana em seus aspectos organo-funcionais (REGO, 2003; SILVA JUNIOR, 1998; CAMARGO JR., 2003; CECCIM, 2001).

O hospital, ressignificado como lugar de concentração de especialistas e tecnologias, foi vislumbrado como campo fundamental do aprendizado da prática médica (FOUCAULT, 1986). Essas diretrizes privilegiaram os conhecimentos biomédicos (LUZ, 1988) sobre os seres humanos, idealizando uma “normalidade” verificável matematicamente. Buscava-se a objetivação de lesões e doenças que pudessem sofrer intervenções com base na tecnologia acumulada.

O avanço desse conhecimento deslocou em importância os conhecimentos de base humanista, obscurecendo aspectos sociais e psicológicos do adoecer humano. O desenvolvimento técnico-científico contou também com o interesse das indústrias farmacêuticas e de equipamentos biomédicos, que passaram a financiar seus rumos.

Esse modelo de formação influenciou também a reforma do ensino das profissões de saúde no Brasil a partir da década de 1940. Na maioria dos cursos de graduação em saúde, observam-se essas características gerais: durante os primeiros anos são ministradas as disciplinas básicas, como Anatomia, Fisiologia, Histologia, Patologia, Genética, Parasitologia, entre outras; o modelo pedagógico privilegia a memorização e a repetição dos conteúdos, sem correlação com a futura prática; durante o ciclo profissional, as disciplinas seguem a lógica das especialidades, sendo seu campo de prática o hospital universitário (ou de ensino). Observa-se freqüentemente que existe um grande número de disciplinas e pouca articulação entre as mesmas. A carga horária é dividida segundo disputas de poder e não por um perfil profissional desejado. Em geral, ao longo do curso existe uma separação entre teoria e prática, sendo esta reservada para os últimos anos.

---

+ Publicado In PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. (Orgs.) Ensinar Saúde: a integralidade e os cursos de graduação na área de saúde. -Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005 .p.251-274.

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

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

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

Ademais, até a criação dos hospitais universitários, o ensino na área da saúde ocorria nas instituições assistenciais oferecidas aos pobres, segundo uma lógica que se beneficiava da vulnerabilidade desses usuários para utilizá-los como objeto de estudo e ensino. A desigualdade de poderes entre profissionais de saúde, principalmente em favor do médico, e do conjunto dos profissionais em relação aos pacientes, ainda é uma marca dos serviços que oferecem espaços de ensino, e nos serviços públicos em geral.

A lógica do conhecimento e do ensino admitia e promovia as dicotomias prevenção/cura, individual/coletivo, clínica/saúde coletiva e farto uso de recursos tecnológicos. Na década de 1920, Dawson, na Inglaterra, em estudo semelhante ao de Flexner, aponta essas dicotomias e o uso irracional das tecnologias como fatores dificultadores da oferta de serviços pelo Estado à população (SILVA JUNIOR., 1998).

Em 1952, a Conferência sobre o Ensino da Medicina Preventiva, no Canadá, apontou também esses problemas, destacando a existência da “separação entre ações preventivas e curativas e a ausência de uma visão integral das práticas de saúde” (REZENDE, 1986, p. 122).

A medicina preventiva foi incorporada à matriz flexneriana de forma complementar, sem, contudo, modificá-la substancialmente. Em 1978, a Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma-Ata, propôs um novo paradigma para a atenção à saúde, com enfoque em métodos e tecnologias práticas para atuação junto aos indivíduos, às famílias e à população, com a participação popular local.

Enquanto isso, no Brasil, a partir da segunda metade do anos 1970, inicia-se um processo de discussão para reestruturar o sistema de saúde e constituir uma rede única de acesso ao conjunto da população e resolutiva diante da assistência de saúde para todos, como um dever do Estado, o que culminou com a promulgação, na Constituição de 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de discussão, amadurecido por uma década, foi denominado de Movimento Sanitário (LEVCOVITZ, 1997).

O Movimento Sanitário sempre apontou que a questão da formação e do exercício profissionais seriam fundamentais para a plena implementação de um sistema de saúde universal, composto em rede única, orientado pela integralidade da atenção e sob controle social. Esses acontecimentos tiveram antecedentes na emergência das propostas de integração docente-assistencial, integração ensino-serviço-comunidade, integração docentes-estudantes-profissionais-serviços-gestores, até chegar à noção de quadrilátero de formação de Ceccim e Feuerwerker (2004).

Marsiglia (1995, p. 31) apresenta a definição de integração docente-assistencial (IDA), de 1979:

“união de esforços em um processo de crescente articulação entre instituições de educação e serviços de saúde, adequados às reais necessidades da população, à produção de conhecimento e à formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino”.

Assim, a IDA procurou incentivar a articulação entre instituições de ensino (de diversos cursos da área da saúde) e serviços de saúde, a fim de mudar a formação e as práticas em saúde, adequando-as às necessidades da população. A criação de distritos docente-assistenciais, a ênfase nos serviços básicos de saúde, a integração do hospital de ensino ao sistema de saúde e a formalização do compromisso entre os diversos atores eram considerados as prioridades da proposta (MARSIGLIA, 1995).

A inserção dos estudantes na rede de serviços de saúde com ênfase na rede de atenção primária à saúde, nos primeiros anos de curso, era um dos pontos de destaque. Como consequência da aproximação da universidade com os serviços, tínhamos um

ajuste e reorganização dos serviços, estímulo a propostas de educação permanente e o redirecionamento das pesquisas para as necessidades dos serviços e da população (FEUERWERKER, 2002).

Durante as décadas 1970 e 1980, as propostas e experiências provenientes do preventivismo, medicina comunitária, medicina geral e/ou de família, da integração docente-assistencial e outras, foram analisadas e criticadas. Como resultado ou balanço, chegou-se à conclusão de que esses movimentos tiveram pouco impacto na essência da formação dos profissionais de saúde (ALMEIDA, 1999).

Em parte, podemos atribuir as razões desse insucesso ao fato de as propostas de mudança ocorrerem de forma fragmentada, restritas a determinados campos de conhecimento ou disciplinas como a Saúde Coletiva ou a área Materno-Infantil. Permaneceram inalteradas as formas tradicionais de ensino em disciplinas ligadas à Morfologia, Fisiologia e às especialidades clínicas e cirúrgicas de um modo geral.

Outro aspecto relevante foi o fato de as experiências de ensino prático e a integração com a rede de serviços se concentrarem nos extremos da chamada rede hierarquizada (segundo a racionalidade administrativa hegemônica): um primeiro nível (primário), onde deveriam ser experimentados contatos com a população em seu viver cotidiano e em seu processo de produção de saúde e doença e, também, ser vivenciados o trabalho das equipes dos serviços locais de saúde e as chamadas “tecnologias simples” da atenção; um nível de topo (terciário), que manteria a forma clássica das aprendizagens por especialidades e doenças e o uso de “tecnologias por equipamentos”. No processo de passagem por esses “níveis de aprendizagem”, muitas das possibilidades de ressignificar o trabalho dos profissionais de saúde, voltando-o para as necessidades da população, se perderam.

Essa noção de “nível” pertence à racionalidade administrativa taylorista e corrobora o cerne da flexnerização e da medicalização biopolítica (do básico para o profissional; do simples para o complexo; o hospital universitário é o topo; o hospital é do médico; o médico é o topo). Assim, a noção de equipe ou de rede ocupa lugar de complemento/suplemento e não de garantia de integralidade. A integralidade não está em causa, o paradigma é biomédico.

Destacamos também as dificuldades de diálogo entre a universidade e os serviços para o estabelecimento de projetos comuns. Persiste em algumas universidades uma visão “iluminista” que pretende levar o conhecimento acumulado, ignorando o protagonismo dos serviços na produção de conhecimento. Muitas vezes os serviços têm acumulado saberes inovadores no campo da atenção à saúde que não são percebidos pela comunidade científica (FERLA, 2002).

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

Por outro lado, também existem preconceitos e dificuldades de relação nos serviços de saúde. Na maioria das vezes, os serviços também são fundados no modelo hegemônico de assistência e de formação de profissionais. Suas práticas de saúde reproduzem e incentivam as práticas aprendidas nas universidades e, ao mesmo tempo, criticam suas inadequações, desconsiderando-se como parte dessa formação.

Há uma visão de que docentes e estudantes vêem com um olhar avaliador e crítico os serviços, o que gera mal-estar nas discussões de trabalho conjuntas. A alternância política na gestão dos sistemas de saúde também produz descontinuidade nas relações universidade-rede de serviços.

Vários movimentos durante a década de 1990 continuaram tentando dar respostas às inadequações na formação de profissionais de saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da saúde, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação entre 2001 e 2004, materializaram alguns desses esforços. Com o enfoque em habilidades e competências, essas diretrizes romperam com a tradicional estrutura de conteúdos disciplinares mínimos e apontaram para uma mudança na formação em saúde, na medida em que estabeleceram como perfil do formando/egresso/profissional.

Em Medicina e Enfermagem, como exemplo, nota-se a proposta de inversão do padrão flexneriano e biomédico (profissional generalista, capaz de intervir no processo saúde-doença, atuar nos diferentes níveis de atenção, orientar-se pela integralidade e implicar-se com a responsabilidade social): médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. E enfermeiro com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificado para o exercício de enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos, capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais de seus determinantes e capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

A ênfase é dada a um profissional generalista e não-especialista, que saiba integrar ações de promoção e prevenção à saúde com ações de recuperação e reabilitação e não apenas tratar e prevenir doenças. É preconizado um enfoque integral dos indivíduos e dos coletivos e não um padrão biomédico; há uma concepção ampla de saúde como processo saúde-doença e não ausência de doença. O profissional de saúde e o usuário são entendidos como cidadãos, sendo que essa relação deve seguir princípios éticos e de responsabilidade social e cidadania.

Essas diretrizes procuraram responder às questões de desumanização, conhecimento fragmentado, uso acrítico de tecnologias, custos crescentes e reduzida eficácia das intervenções, à necessidade de mudança no perfil epidemiológico no Brasil e correspondência ao perfil demográfico. Espera-se, com isso, direcionar a educação dos profissionais de saúde às necessidades da população e aos princípios do sistema de saúde vigente no país (SUS).

Percebemos assim, diante das críticas feitas ao modelo tradicional de atenção e formação em saúde e das propostas de novos modelos, que a integralidade se configura como um potente eixo para a mudança da educação das profissões de saúde. Nesse sentido, entendemos os conceitos de cuidado e de rede de cuidados como fundamentais para a construção da educação dos profissionais.

Cuidado e redes de cuidado se traduzirão por práticas cuidadoras nos serviços de saúde e serviços ordenados em rede por linhas do cuidado ou cadeias de cuidado progressivo/malhas ininterruptas do cuidado. Partimos da noção de práticas cuidadoras, considerando as contribuições de Merhy (1997, 1998, 2000 e 2002); Ayres (2000 e 2004); Pinheiro, Ferla e Silva Junior (2004); Ceccim (2004) e Cecílio (2003), que propõem o cuidado como “práticas cuidadoras”. Essa visão extrapola uma concepção humanizada ou

tecnicamente ampliada para ser um modo de estabelecer relações profissional-usuário nas quais o usuário seja a medida do trabalho em saúde. O cuidado passa a ser visto como uma dimensão do trabalho em saúde e alteridade que medeia o uso de tecnologias e a construção de intersubjetividades para tecer a integralidade.

Essa visão de cuidado como “tecedor” da integralidade, já proposta por Silva Junior, Alves e Alves (2005) na construção de redes de cuidados, instrumentaliza a dimensão “rede de cuidados” da matriz analítica do ensino da integralidade, para romper com a dicotomia hospital/atenção básica à saúde.

Ao analisarmos as experiências de ensino selecionadas pelo EnsinaSUS numa macroperspectiva, buscamos evidenciar dois marcadores que nos parecem importantes para compreender o ensino e a rede de cuidado: a participação da universidade na construção da rede de cuidados e a inserção das linhas de cuidado como eixo do processo de formação.

Numa microperspectiva, destacaram-se: a) a integralidade como organizadora do trabalho de equipe e da rede de cuidado; b) os dispositivos de formação na direção da construção da rede de cuidado; c) a previsão de atividades nos vários âmbitos de sistematização da atenção e a possibilidade de participação e vivência em ações intersetoriais; e d) a possibilidade de participação na construção e gestão de projetos terapêuticos.

Com maior destaque, uma perspectiva molecular de análise buscou evidências da valorização, no processo de formação, das múltiplas dimensões do adoecer (econômica, social, histórica, vivencial etc.) e dos processos de trabalho como eixos que permitam estabelecer acolhimento, responsabilização com o usuário e com a rede, e desenvolvimento da autodeterminação dos usuários, além da possibilidade de acompanhar o usuário no seu “caminhar pela rede”.

## **Experiências de ensino na prática real do cuidado**

A partir das experiências visitadas no EnsinaSUS, podemos destacar alguns aspectos comuns das iniciativas que avançaram na direção de uma formação que tenha a integralidade como direcionadora, na busca da mudança do perfil do profissional de saúde. Assim, discutiremos experiências de ensino que ocorrem na prática real de cuidado e queremos abordá-las para além de uma simples inserção de estudantes nos serviços, como presença na rede de cuidados.

As experiências se mostraram positivas não só para a formação dos estudantes, mas para a qualidade do cuidado prestado. Os estudantes, além de participarem da distribuição do trabalho nos serviços, por meio de seus questionamentos, foram um estímulo para o processo de reflexão dos profissionais dos serviços sobre a prática de cuidado exercida. As dúvidas e estranhamentos dos estudantes funcionam como instigação às práticas cuidadoras por parte dos profissionais:

“Um caso de uma paciente hipertensa, por exemplo, que estava com problema de visão, não dispunha de tempo e tava com muita dor de cabeça. A preceptora falou: vamos fazer um exame de fundo de olho e encaminhou para um oftalmologista. Essa pessoa, essa paciente, chegou lá, o oftalmologista fez exame de refração e passou um óculos e disse que ‘fundo’ ele só fazia em consultório particular. Não mandou nada escrito e a paciente chegou nos dizendo, nos contando esta história. A gente trabalha isso, então, com o estudante, mas ele força: ‘você não vai fazer a contra-referência?’ Ele pergunta isso para mim e influencia o serviço” (dirigente de ensino).

No momento em que um estudante acompanha um usuário no serviço, ele age como um aliado do usuário dentro do serviço, na busca da escuta, acolhimento e resolutividade. Percebemos que o estudante apresenta uma disponibilidade maior para se identificar com o usuário e suas necessidades, talvez por não se identificar ainda como profissional.

“O profissional que já tá lá trabalhando há muito tempo, ele não está preocupado com quem está sentado, ele está preocupado com as várias pessoas que estão do lado de fora esperando atendimento. Então muitas vezes os pacientes sentam, eles não perguntam o nome, já logo você tem que fazer isso, fazer isso e pronto e já manda embora, então ele quer se livrar do problema, pra captar os outros problemas que estão do lado de fora” (estudante).

“O caso que me aconteceu hoje de manhã, da mulher chorando, que ela queria falar, a gente deixou ela falar, conversou com ela; a gente perguntou o que estava acontecendo e ela estava nos ouvindo e estava nos respondendo, então não é uma coisa que só eles falam e não deixam a gente falar, nem uma coisa que só a gente fala. Acho que eles mesmos se sentem reconfortados pela questão dos acadêmicos, porque nós temos mais paciência, mais vontade, tempo e disponibilidade para estar conversando, acho que eles se sentem seguros com nossa presença, tanto aqui no hospital quanto nas casas, a gente também tem uma experiência da visita domiciliar que pra mim foi bem reconfortante. Nós estamos há um ano e meio visitando uma mesma família e nós passamos por todas as pessoas da família, crianças e idosos, e nós criamos um vínculo com eles que de repente eles não tinham com os profissionais. E era uma coisa [...] que se notava que a gente tinha uma resposta boa a nossa presença na realidade” (estudante).

Parte importante do aprendizado do estudante que está inserido numa prática de cuidado ocorre não no campo das habilidades técnicas, mas nas relações interpessoais ou nas chamadas tecnologias leves (MERHY, 2000). O estudante vai desenvolver sua capacidade de comunicação e escuta, no sentido de compreender aspectos sociais, psicológicos, culturais e do cotidiano do usuário, para além das patologias:

“Então a gente estando na comunidade, a gente tem a oportunidade de trabalhar a saúde bucal, a saúde corporal, o bem-estar da pessoa, com o pessoal mesmo. De ver a pessoa dentro de uma família não tendo a necessidade de determinadas necessidades financeiras, emocionais. Então, você está inserido e pode juntar essas necessidades” (estudante).

“Não só você ficar escutando. Daí, que ele está falando e você está lá só anotando, preenchendo não sei o quê? Ele quer que você ouça ele, preste atenção nele, olhe nos olhos dele, converse e aí, depois, você começa a tratar, você fala ‘Ah, agora vamos começar a tratar e aí começa a tratar.’ Aí você fala e ele escuta” (estudante).

Existe a possibilidade de o estudante construir um olhar mais amplo sobre os usuários e as necessidades em saúde. A aproximação com os usuários, para além de sua compreensão, vai para a construção da sua autodeterminação, revelando o contato com a alteridade na construção dos projetos terapêuticos individuais:

“Acho que sim, tenho direito de interferir no cuidado que vai ser realizado, porque quando ela me perguntou se eu queria fazer o parto na banheira, ela falou que era opção minha, se eu quisesse eu continuaria no quarto, então ela deixa as pessoas optarem” (usuária).

“Acho que o usuário tem um papel fundamental, porque nós, como profissionais, a gente estuda sobre aquilo, sabe o que vai fazer. Só que

quando a gente planeja algo e está aplicando aquilo ali, se não tem participação do usuário, não tem como a gente aplicar, porque às vezes uma pessoa está com os dentes todos estragados, mas pra ela aquilo não tem muita importância; e eu abri a boca e disse 'Nossa!'. Aquela pessoa está totalmente doente, mas pra ela está tudo bem, não está doendo. Às vezes a pessoa pode avaliar que doença é quando dói, doença para outros é quando está feio. A participação do usuário é de extrema importância para ele mesmo receber informação e perceber se para ele aquilo ali é importante ou não, pra ele seguir as nossas informações, porque saúde bucal especificamente, não é você chegar lá e restaurar o dente e ponto. A pessoa terá que cuidar da alimentação, da escovação [...]. Então se ela não faz parte, como por exemplo, ontem, que chegou um paciente para extrair os dentes, mas nós não podíamos porque sua pressão estava alta, só que ele já fazia parte do tratamento com controle por medicamento, mas ele não estava tomando, que ele não achava importante, achava que era só de vez em quando" (estudante).

"Mas às vezes você também, às vezes você coloca uma outra opção, que ele não sabia que existia, às vezes pra ele só existe a extração, e se ele chega e conversa com o dentista, e o dentista coloca uma outra opção pra ele, ele pensa, não, eu vou optar por isso, que eu não sabia que tinha essa opção" (estudante).

Essa ampliação do olhar sobre as necessidades e problemas dos usuários por vezes aponta para limites e potencialidades não reconhecidos tradicionalmente na prática profissional:

"Só o fato da pessoa ouvir e estabelecer essa relação de vínculo com o cuidador eu acho que já é uma forma de ajuda. Vamos chegar lá e resolver os problemas. A nossa realidade é diferente da deles. Temos que entender também essa diferença da realidade social que é a doença ou a situação que estão passando. Aí, não vejo o projeto andar, algumas vezes, porque chega lá eu não consigo fazer o que eu gostaria de fazer. A mudança que eu gostaria com esse projeto é fazer uma mudança para que a vida das pessoas melhorasse. Muitas vezes, nós podemos fazer essa mudança, com certeza, mas eu acho que algumas vezes nós não vamos ter as condições para mudar totalmente a vida da pessoa. Por isso, a gente vai além com outras coisas que envolvem o fator de educação, o fator cultural, o fator econômico" (estudante).

Parece existirem algumas condições que favorecem ou que criam um ambiente favorável para esse aprendizado. Um aspecto seria a possibilidade do acompanhamento contínuo, regular e prolongado (horizontal) de um usuário no seu processo de cuidado e no caminhar na rede. Entretanto, isso seria significativo pelo menos no sentido do estabelecimento do acolhimento e da responsabilização, por parte do estudante, no processo de cuidado.

"Cada dupla de internos acompanha 40 famílias e, na semana passada, se vocês estivessem aqui, vocês veriam que eles fizeram apresentação para comunidade, foi muito lindo, eu me emociono muito ainda com esta situação, pois tinha muita gente da comunidade no auditório, eles apresentaram análise de situação daquela 40 famílias que eles acompanham, dos aspectos econômicos e os aspectos de morbidade e disseram para elas como eles iam acompanhá-los e brincaram dizendo: 'Oh, quando a gente acabar em dezembro a gente vai conhecer a cor dos olhos de cada um de vocês, de tanto que a gente vai interagir'" (dirigente de ensino).

“Às vezes eu atendo criança do programa, às vezes à tarde a própria mãe está circulando no posto, mas eu já vejo, já chamo a mãe, converso com ela, pergunto o que ela está fazendo aqui. Então eu tento ligar, conversar com o pessoal no corredor e, às vezes, não vê isso por parte do pessoal que já está ali há mais tempo. Como a gente está se formando, está com outro pique, então acho que para eles, até pela verbalização deles, acho que eles gostam da presença da gente, porque a gente, pelo menos eu, dá bastante atenção” (estudante).

Identificamos nas análises de todas as experiências, que somente com o tempo o estudante consolida sua relação com o usuário, desenvolvendo um compromisso com o mesmo. É nessa relação que o estudante vai construindo um olhar ampliado do usuário e de suas necessidades de saúde. A vivência permite que o estudante perceba o usuário dentro de uma família e de uma população, influenciado por uma cultura, condição financeira e rede de relações afetivas, entre outros aspectos, e estabeleça uma relação pessoal e humana com o mesmo.

Percebemos que, quando se delegam ao estudante responsabilidade e autonomia, de acordo com suas competências, geram-se mobilização e motivação para que sejam resolvidos os problemas dos usuários, serviços e população. Assim, vale destacar que a competência técnica do estudante pode ser um aliado para o estabelecimento do vínculo com o usuário, pois quando as orientações e condutas feitas pelos estudantes apresentam resolutividade para as necessidades de saúde, o usuário e os profissionais dos serviços passam a confiar neles.

“Eu acho que não vou ter medo de assumir. Porque agora eu estou aprendendo, sem ser supervisionada. Agora que é hora de perguntar, aprender, eu estou vendo as coisas na realidade. Muita coisa é muito diferente da teoria. Muita coisa que você quer fazer, ah, tem esses recursos, mas eu não tenho. Eu quero fazer um grupo, eu quero dar lanche pro diabético, não tenho recurso. Eu tenho que tirar do meu bolso. Então, está me engrandecendo demais. Eu estou aprendendo a ter contato com as pessoas mesmo, contato direto. Eles vêem a gente como referência. Já chega e procura pela gente. Eu acho que é experiência que a gente está tendo, há contato com tudo, assumindo muita coisa, eu estou adorando. Falei pra preceptora que eu não troco aqui, não. Que eu já estou preocupada com a nossa saída. Eu gosto de orientar, por exemplo, vêm mulheres que tomam anticoncepcional e começam a tomar tudo errado, eu gosto de sentar, explicar. Eu gosto, confiam, eu gosto de ver a confiança que eles sentem na gente. Passar confiança” (estudante).

“Ah, tem as meninas, as estudantes, elas ensinam a fazer, como a gente lidar com os idosos. Fazer exercício nas pernas, nos braços, ginástica, essas coisas. E eu aprendi muita coisa boa que nem esse negócio do remédio. Eu dava remédio para ela de manhã, colocava na boca dela, colocava água e falava, achava que tava pronta. Falava: ‘mãe, já engoliu?’ Ela só fazia: hum, hum e aí eu ficava tranqüila porque aí falei: ‘já dei o remédio’. E a minha mãe sempre passando mal, sempre com a pressão alta, sempre diabetes alta. Aí eu falei: ‘mas meu Deus’. Até que o médico falou: ‘Você não está cuidando da sua mãe, sua mãe está sempre doente, sempre passando mal, então você não está cuidando bem’. Eu fiquei muito triste, chorei. Aí quando cheguei em casa, falei: ‘Ah, não, tem que ver’. Aí já me toquei, alguma coisa de errado tá acontecendo. Aí que eu fui ver que na beira da cama assim, estava cheio de comprimido. Até o remédio da cabeça que ela tem, depois do derrame ela ficou com problema de cabeça, então ela tem que tomar aquele remédio todos os dias. Não pode ficar um dia sem tomar e os remédios estavam todos lá. Assim, sabe quando coloca na boca, que a gente chupa um pouquinho que ele fica meio



desgastadinho. Não fazia efeito porque o médico mesmo falava [...]. Aí na reunião, um fala uma coisa, outro fala outra, aí eu peguei e expus o meu problema. Falei que estava com problema muito grave que eu não sabia como fazer. Eu ficava quarenta minutos do lado dela, agradando ela, fazendo carinho, conversando com ela, colocava o remédio na boca dela, ela cuspiu. Aí eu falei: desse jeito vai, quando eu podia catar, eu catava, colocava de volta. Outros não dava para catar, então [...]. Aí eles falaram para mim que era para eu fazer um mingauzinho, uma sopinha e colocar. Aí, mas agora é uma beleza” (usuário).

As atividades dos estudantes devem visar à identificação da realidade, de problemas, circunstâncias e contextos, destacando que a priorização das atividades de aprendizagem tenha relevância social, pertinência ao perfil demográfico e epidemiológico e esteja orientada por práticas cuidadoras. As soluções para os problemas encontrados e o estabelecimento de laços afetivos com a população, com os usuários (alteridade) e com os serviços são fundamentais para detectar ou inverter essas soluções:

“Para você chegar para o prefeito ou o secretário de Saúde e falar: ‘Eu conheço o planejamento da cidade porque, de acordo com meus estudos, preciso...’. Então acho que a gente participando do cotidiano da comunidade, você vai ver o que pode fazer pela saúde da população” (estudante).

“Eles têm sido muito ativos, muitos deles vão à prefeitura, exigem mudanças no comportamento do secretário, eles aprendem e mostram muita coisa, e trazem muita experiência ao grupo de professores” (dirigente de ensino).

“Nós tínhamos muitas mulheres hipertensas, uma alta prevalência de hipertensão no distrito, que a gente detectou no levantamento epidemiológico. A unidade básica de saúde iria começar a atender e organizar grupos de hipertensos. Então, fomos nas casas falar disso, avisar, convidar. Descobrimos que as mulheres bordavam, costuravam, faziam coisas em casa, que não tem quase comércio nem dinheiro no distrito rural. Aí pensei: e por que não um grupo de bordadeiras? Agora tem um grupo de artes domésticas e a enfermeira ensina bijuteria, médica ensina tapeçaria e o administrador distrital criou a feira de artes do distrito. As mulheres estão tratando causas da sua hipertensão ou inventando a terapêutica da sua hipertensão, e nós apoiando” (estudante).

Acreditamos que deva existir necessariamente uma responsabilização dos estudantes e dos docentes no cuidado dos usuários. Nessa responsabilização do cuidado, deve-se atentar para a articulação entre o trabalho da equipe universitária e a equipe dos serviços:

“Então! Eu acho que, para os estudantes do projeto, ele veio somar essa visão mais interdisciplinar e mais no contexto da realidade do serviço de saúde e do domicílio do idoso. Eu acho que o diferencial é essa continuidade na relação com o contexto do idoso e também procurando sempre o que é esse contexto real e o que é o papel do serviço de saúde nesse contexto real. Porque, às vezes, os alunos fazem uma visita: ‘professora, ele me falou que faz não sei quantas semanas que uma equipe não vem verificar a pressão, não está se sentindo bem, acha que a pressão está elevada’. Outro dia até um aluno perguntou assim: ‘não dá para a gente trazer, a gente pode até trazer, mas não adianta você verificar a pressão uma vez só e depois não ter uma continuidade, então será que não era melhor também além da gente verificar, garantir que vocês façam essa sinalização para a equipe?’. Que tem alguns idosos que estão sentindo essa falta no controle do seu cuidado?” (docente).

Outro ganho nesse acompanhamento prolongado e contínuo seria para que o estudante obtenha uma vivência do sistema nas suas redes, fluxos e itinerários. Assim, se buscaria romper com a própria desarticulação no ensino dos diferentes âmbitos de atenção à saúde, que de maneira geral o estudante vivencia de forma isolada e não na sua dinâmica e funcionamento.

“E que a gente possa trabalhar a questão do desenvolvimento de atividades em todos os níveis, que o aluno possa desenvolver uma parte na comunidade, que ele possa desenvolver no hospital, que ele possa desenvolver dentro do ambulatório, né? Considerando o envolvimento destes três locais, ou seja, que haja controle da saúde da população nesses três locais, entende? Em sistemas de referência e contra-referência para aquela comunidade, onde possa ser estabelecida uma rotina de trabalho, onde ele tenha uma intervenção bastante variada e falo mais aqui da questão da intervenção na comunidade, onde ele possa, considerando os ciclos de vida, que ele possa trabalhar tanto em nível de instituição quanto em nível familiar ou domiciliar, as questões de saúde e doença, que ele possa fazer visitas periódicas a doentes crônicos ou seqüelados ou que ele possa estar desenvolvendo trabalhos em *n* creches, em escola infantil, outras escolas” (docente).

Com efeito, essas vivências seriam condicionadas pela estruturação e funcionamento da própria rede de serviços, sobretudo pela existência de sistemas de referência e contra-referência em cada município. Contudo, constatamos que as próprias dificuldades desse funcionamento poderiam servir de objeto de discussão e aprendizado para os estudantes:

“O sistema de saúde ainda não tem a integralidade que precisaria pra que a gente cuide melhor. O cuidado, ele ainda está sendo muito parcial, ele está sendo muito individual, ainda, muito do profissional, o profissional atende, o usuário vai embora e a gente não sabe muito mais da vida dele. O que nós atendemos muito são aqueles casos mais graves, mais chamativos, onde realmente acontece, onde aparece uma grande necessidade biológica. Mas eu acho que muitos casos que não aparecem, a gente não está olhando. Os profissionais não estão mexendo com aquilo que não está chamando muita atenção, não está sendo gritante. Mas eu acho que aquilo que não é gritante nesse momento pode ser amanhã. Pode ser gritante amanhã. Então, não existe um olhar de prevenção. Tu olha o usuário a partir da queixa dele, interpreta a queixa dele, atua sobre essa queixa, mas tu não tem um. Uma visão mais ampla, quer dizer, bom o que eu fiz hoje vai realmente estar atingindo esse usuário pra daqui a quanto tempo? Não tem um acompanhamento, não tem um monitoramento, é isso que a gente está tentando trazer nas reuniões, eu estou tendo que trazer exatamente isso. Bom, com esses fatores de risco, aquela mãe que entra dentro do consultório e que já dá uns petelecos no filho, ela deve chamar nossa atenção, ou não? Aquela mãe que tem todas as vacinas atrasadas do filho, ela deve ser só chamada atenção por causa da vacina ou a gente tem que ter um olhar mais amplo de como está essa família? É isso que eu estou trazendo pra dentro das equipes, e que é tão lento, e que a gente tem que ter bastante persistência, eu não desisto nunca, mas, eu me vejo, às vezes, muito sozinha fazendo isso. Nem assistente social, muitas vezes, não me ajuda, sabe?” (dirigente de ensino).

Na busca de uma percepção de que as práticas cuidadoras ocorrem em rede, parece interessante que o estudante vivencie os serviços nos diversos âmbitos da cadeia de cuidados do sistema de saúde, assim como incentive a presença em outros espaços, como ONG, associações e domicílio.

“Então o aluno percebe essa questão da intersectorialidade de um modo geral. Ele atua como voluntário. A gente faz reunião na paróquia, de repente nós estamos dentro do centro comunitário. Então, quando surge a questão desse idoso, uma questão de pobreza intensa, o que a gente tem que fazer? Aí, ah, mas e daí onde nós vamos procurar? Bom, vocês vão descobrir quais são as opções para a gente conseguir uma cesta básica para esse idoso, qual é a opção na comunidade e aí no final da tarde perguntei, descobri que tal e tal igreja tem isso. Então eu acho que isso também é uma coisa que o projeto ajuda muito na questão da integralidade” (docente).

O estudante deve ter uma dimensão das atribuições, possibilidades e limitações de cada âmbito da rede, mas principalmente entender como ocorre a relação de um serviço com o outro – ou seja, o estudante precisa compreender como ocorre o encaminhamento, entrada, fluxo e saída em cada serviço. Novamente, parece ser um diferencial se o contato com a rede ocorre de acordo com a necessidade de um usuário que se acompanha mas, independentemente disso, é importante viver esse contato que busca oferecer resposta às demandas dos pacientes. Já existem estudos nos quais a demanda é uma prática social, socialmente construída, capaz de construir nexos constituintes entre o direito à saúde, o trabalho em equipe e participação e os espaços públicos em saúde. (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

Outro plano de vivências, que em geral ocorre de maneira desarticulada, seria a participação em ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação em saúde. A fragmentação dessas diferentes ações ocorre tradicionalmente, gerando na formação a falsa impressão de que os profissionais devam ser especialistas de determinados tipos e que o cuidado é fragmentado. A possibilidade de o estudante participar de maneira articulada e simultânea em ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação, talvez de acordo com a necessidade de um dado usuário que se acompanha, permite construir uma prática de saúde que integra as diferentes ações.

“Pegando do ponto de vista de serviço de saúde, eu acho que o estudante, ele tem, visitando os domicílios, oportunidade de vivenciar desde a questão da promoção, prevenção, a prática terapêutica e também a parte de reabilitação” (docente).

Parece claro que o eixo do aprendizado do cuidado deva ser o universo do usuário, no que concerne a suas demandas e necessidades de saúde (SILVA *et al.* 2003; PINHEIRO; LUZ, 2003; PINHEIRO; MATTOS, 2005). É a partir da compreensão dos mesmos que o aprendizado das práticas de saúde deve ser estruturado. Assim, apontamos a necessidade de um resgate da centralidade do usuário e suas necessidades na conformação das práticas de saúde e de serviço, para um novo modo de fazer saúde e também para uma mudança na relação entre saberes acadêmicos e não-acadêmicos.

As condições e problemas de saúde ocorrem de maneira completa na realidade. Uma vez no serviço, o estudante deve vivenciá-los integralmente, envolvendo-se com as atividades dos profissionais, da população, do Conselho de Saúde e das ações comunitárias, entre outras.

Assim, diferentes tecnologias de produção de práticas cuidadoras vão sendo criadas, forjadas, e seu aprendizado requer um agir contextualizado capaz de reconhecer as competências e responsabilidades de serviços e profissionais centrados nos usuários. Com isso ganha relevância o desenvolvimento de habilidades na comunicação e nas relações interpessoais dos estudantes, utilizadas e aprendidas não somente na atenção básica à saúde, mas nos demais espaços da rede de cuidados em saúde.

“Eu acho que o cuidado à saúde, a partir do novo conceito estabelecido, ele incorpora dimensões que vão das dimensões biológicas e técnicas do

cuidado, a uma situação de saúde clinicamente detectada, biologicamente determinada, com habilidades, manuseio de equipamento, do aparato tecnológico, das intervenções baseadas em procedimentos. Bom, vamos dizer assim, das tecnologias duras. Que envolvem outras dimensões, como compreender esse sujeito inserido numa realidade, que tem necessidade em outros campos, que tem outras determinações para aquela situação que o indivíduo está. Então, envolve conhecê-lo, dotá-lo de capacidade de autonomia, de intervenções na realidade de autodeterminação sobre o que seria a melhor intervenção no caso dele” (dirigente de ensino).

Outros momentos de destaque nas experiências foram os diálogos e a convivência entre profissionais e estudantes das diversas áreas. Esse contato possibilita uma “desmistificação” da “disputa corporativista” em relação às diferentes profissões e a construção de uma nova perspectiva de cuidado:

“Então vai a medicina, vai avaliar o aspecto clínico. Ah, está com uma artrose tem que dar tal remédio. Aí vai o fisioterapeuta e vai dar uma conduta, vai a enfermagem, vai ajudar a controlar a medicação. Ver a pessoa como um todo. Aí também vai ter um apoio psicológico que todos nós acabamos, assim, aquela parte de dar atenção. Você vai lá, a pessoa está mais mesmo é com um problema psicológico, precisando de um apoio. Eu acho que é assim, é ver a pessoa como um todo” (estudante).

“[...] reunião realmente assim, que eu vi tantos profissionais darem um enfoque diferente, ao mesmo tempo na mesma linha para uma única questão. Então, eu acho que essa questão o projeto tem de bom. A gente nunca faz uma questão só, isolada, senta, os alunos de enfermagem para discutir os problemas de enfermagem do idoso. A gente não tem esse tipo de coisa. Se tem um grupo de cuidadores, quem está presente? Os alunos de Fisioterapia, de Medicina, de Enfermagem, de Odonto, na medida do possível agora. E todos colaboram na sua visão específica com a questão discutida. Então eu acho que essa é a grande visão da integralidade” (docente).

Observamos que a inserção de estudantes nas redes cujas profissões não estão estabelecidas nos serviços pode ampliar a possibilidade do cuidado nos serviços e reorganizar os mesmos – ou seja, a presença da universidade pode mobilizar a criação de novos espaços de intervenção nos serviços.

Mais especificamente em algumas experiências analisadas, observamos que todo o processo de ensino-aprendizado procura reposicionar o saber disciplinar, convidando-o a dialogar com outras perspectivas. Esse aspecto é particularmente potencializado pela inserção do discente em diversos cenários de prática, nos quais questões tradicionalmente alijadas da atuação profissional hegemônica se impõem.

Identificamos que, atualmente, os serviços de atenção básica à saúde favorecem uma humanização no cuidado, com amplo manejo de tecnologias leves; contudo, sua ênfase limita seu exercício nesses espaços. Parece-nos evidente que esse limite não deve ser obstáculo para o seu exercício nos demais espaços de assistência, tais como hospitais ou policlínicas. Observamos que a integralidade, dentro do ambiente hospitalar, ao ser praticada, confere um caráter constituinte ao estudante, capaz de exercer um protagonismo, pela possibilidade do exercício de um olhar amplo sobre o acolhimento, a responsabilização pela terapêutica, o desenvolvimento da autodeterminação dos usuários e a multiprofissionalidade com interdisciplinaridade no trabalho em saúde, de forma geral.

Percebemos, na pesquisa, que a vivência de serviços hospitalares que apontem para a integralidade (participação do usuário no projeto terapêutico, atitudes cuidadoras em equipe multiprofissional, invenção de tecnologias apropriadas às culturas etc.) parece

deixar marcas positivas para os estudantes, ao construir uma nova perspectiva de seu agir. É importante para o estudante perceber que existe a possibilidade concreta de um cuidado diferenciado, com participação do usuário, cuja sensibilidade e responsabilidade profissional constituem fator potencializador da oferta de ações de qualidade, com práticas efetivamente cuidadoras, na construção de um perfil profissional diferenciado, como destacavam os estudantes que participaram de um curto estágio num serviço cujos avanços apontam para construção da integralidade.

“Na internação pediátrica foram colocadas redinhas nas camas, assim a mãe ou o pai podem embalar o filho pra dormir. Em todas as camas têm redes, aqui no norte, então a criança que interna pode dormir, como dormiria em casa. Você vê que tem uma cama pro acompanhante também e pras sacadas foram compradas cadeiras de descanso, pois é pras mães ficarem” (estudante).

“A experiência mudou a minha forma de pensar, que depende muito do interno de cada pessoa e da abertura para mudanças e ver o diferente. A experiência da mulher proporciona um contato com o usuário no momento da dificuldade. Gera o aprendizado. Isso ajuda a rever o que você quer. A instituição de ensino consegue reforçar pontos e hegemoniza de forma sutil, ela pode transformar. O profissional precisa ser formado com o contato com a sociedade” (estudante).

De outro lado, os efeitos e repercussões dessas experiências nas práticas formativas cotidianas oferecem-nos pistas em relação às dificuldades para efetivação da integralidade como orientação da formação. Uma das principais dificuldades tem sido a desarticulação entre universidade e serviços, que traz um paradoxo na concepção de cursos com esse eixo: a dificuldade de se encontrar serviços que atuem segundo essa perspectiva integradora e com alta responsabilidade de cada profissional com cada usuário. Ou seja, as escolas buscam formar um tipo de profissional que atue segundo uma lógica diferente da que se encontra nos serviços – estes tradicionalmente fragmentados, massificados e nada humanos, embora se constituam como campos de aprendizagem da escola. Existe a solicitação, recorrente ao estudante, de ter postura, prática e discurso diferentes dos trabalhadores na realidade dos serviços, cujas ações nem sempre são passíveis de discussão. Assim, os estudantes freqüentemente apontam a necessidade de vivenciar serviços de atenção nos quais a escuta, o acolhimento, a responsabilização e a autodeterminação dos usuários sejam estruturais, ou sejam concretos, efetivamente defendidos e exercidos.

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

“Nós já passamos, por exemplo, quatro anos que a gente está na comunidade. O que a gente vê da demanda de problema emocional que acarreta problema orgânico, psicossomático, é enorme. A maioria das pessoas que vão para dentro da unidade de saúde, a gente vê, é lógico [...] é a contextualização, é o tipo de moradia, é a carência afetiva, é a carência financeira, é privação de acesso às oportunidades. Tudo isso causa o problema da saúde e doença, que a gente aprende. Só que eles ainda no posto de saúde, na unidade, eles não têm essa consciência. Realmente ainda está fragmentado” (docente).

Mas a presença dos estudantes, mobilizados pelo pensamento da integralidade por efeito do ensino na universidade, também tem gerado inúmeras ações de sua autoria, dentro dos serviços, para exercer a integralidade no trabalho – isto é, exercer práticas

cuidadoras. Por isso inventam grupos, inventam modos de atender, inventam materiais educativos, vão para os Conselhos de Saúde e se reúnem aos pares e aos grupos entre estudantes de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia etc., mesmo que os professores em campo não achem relevante e não saibam como fazê-lo, ou que os preceptores do campo considerem desnecessário. Há uma convicção permanente do limite e afastamento da integralidade, aliada ao desafio ético de persegui-la, buscá-la deliberadamente, organizando coletivos para esse fim.

## **Considerações finais**

Buscamos discutir a potencialidade de tomarmos as práticas cuidadoras como contato com a alteridade e a construção da integralidade, como produção da formação dos profissionais de saúde. Este é o primeiro ponto que queremos destacar, no debate da transformação da educação de profissionais da saúde. Em geral nos limitamos a discutir a inserção dos estudantes nos serviços, mas não a produção de práticas cuidadoras. Percebemos uma ausência de discussão sobre o modo de atenção que estruturará a observação, a vivência, a prática e o aprendizado dos estudantes. É necessário haver clareza, por parte de todos os atores, sobre as práticas de saúde que almejamos

As ações dos estudantes e docentes podem ser estruturadas sobre os princípios da integralidade, e eles mesmos estenderão esse princípio em sua atenção, com responsabilização. Percebemos que existem algumas características / circunstâncias / contextos que favorecem / potencializam a concretização da integralidade como orientação da aprendizagem dos estudantes nos serviços.

Por exemplo, devem ser considerados, no processo de aprendizado, os significados e os sentidos sobre as práticas cuidadoras que os estudantes trazem da sua experiência de vida e, a partir da problematização desses significados e sentidos, deve-se apontar o que o estudante não conhece. Contatamos experiências de escolas onde essa problematização acontece no debate formal da apresentação de disciplinas e até nas provas de conhecimento em Semiologia. As vivências de práticas cuidadoras dos estudantes serão mais transformadoras quanto mais inseridas em marcos ou objetivos mais amplos, nos quais essas atividades possam adquirir significado da maneira mais adequada. Também é necessário estabelecer, no maior grau possível, relações constantes e explícitas entre os novos conteúdos que são objeto de aprendizagem e os conhecimentos prévios dos estudantes (ONRUBIA, 2003).

Essa discussão está vinculada a um compromisso dos dirigentes do ensino, docentes, estudantes e gestores de saúde em relação ao SUS e à implementação de uma nova prática cuidadora – compromisso também com cada usuário, trabalhador e população. Compromisso significa uma mobilização afetiva, com disponibilidade de tempo e esforços não somente para identificar os problemas, mas, principalmente, buscar soluções. São exigidos um projeto político-pedagógico, uma prática pedagógica e cenários de aprendizagem com atores coerentes com as perspectivas de integralidade em saúde.

Reconhecer que nesse tipo de processo de ensino-aprendizagem existem diferentes interesses, desejos, tempos e lógicas é considerar a necessidade da criação de canais de comunicação, mediação e negociação. Os conflitos e atritos dessa relação não nos pareceram prejudiciais para o aprendizado dos estudantes ou para a sustentabilidade das experiências. Havendo escuta e diálogo entre os atores, esses conflitos podem trazer elementos ricos para o aprendizado dos estudantes.

Destacamos o papel de mediação de alguns atores nessa relação, pessoas que possuem inserção e atuação híbridas, entre academia e serviços / gestão do SUS, capazes de reconhecer os diferentes atores, contextos, necessidades, interesses e

lógicas. Esses mediadores se mostraram essenciais para a implementação das experiências. A atuação de preceptores pedagogicamente motivados se mostrou igualmente poderosa na expressão de aprendizagens profissionais.

Oliveira e Koifman (2004) alertavam que, ao discutirmos a inovação na formação em saúde, devemos manter o compromisso com a implementação dos princípios do SUS e responsabilidade sanitária das instituições de ensino. Cabe aos gestores e aos trabalhadores do SUS cumprirem papéis relativos à noção de educação por meio do SUS, viabilizando pactos, parcerias, preceptorias, oportunidades, cenários e apoios matriciais.

É comum que o currículo seja compreendido pelos docentes e estudantes como uma sucessão de disciplinas; entretanto, agora entendemos que o currículo não pode ser proposto, pensado ou desenhado fora de seu contexto social e histórico. Ademais, ele é um “terreno de produção e criação simbólica” (KOIFMAN, 1998, p. 41) – é produto de tensões, de conflitos, de relações de poder, de interesses e de projetos sociais, políticos, culturais e pedagógicos.

Se pretendemos efetivamente mudar o perfil dos profissionais, a integração entre trabalho e ensino é fundamental, seja para a construção de um currículo integrado, seja para romper com todas as estruturas tradicionais.

A escolha e a organização dos conteúdos devem visar à educação criativa, crítica e solidária. Conteúdos são escolhas políticas, menos na listagem, mas muito no ensino e experimentação de aprendizagens. No caso das mudanças que estamos discutindo, a opção radical é por um ensino orientado pela integralidade nas práticas cuidadoras e na defesa do SUS, como um sistema de saúde universal, equânime e de alta qualidade. Nessa perspectiva, discutimos as experiências visitadas pelo EnsinaSUS.

## Referências

- ALMEIDA, M. J. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: UEL, 1999.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface: comunicação, saúde e educação*. Rio de Janeiro, v. 6, p. 117-120, fev. 2000.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 04/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1E, 3 de novembro de 2001, p. 131.
- CAMARGO JR, K. R. *Biomedicina, saber e ciência*. São Paulo: Hucitec, 2003
- CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 259-278.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- CECILIO, L. C.; MERHY, E. A integralidade do cuidado como eixo hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 197-210.

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

FEUERWERKER, L. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

KOIFMAN, L. A teoria de currículo e a discussão do currículo médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2/3, p. 37-47, set.-dez., 1998.

LEVCOVITZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico do SUS*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

LUZ, M. T. *Natural racional, social*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MARSIGLIA, R. F. *Relação ensino / serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. *et al.* (Orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo e saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-113.

\_\_\_\_\_. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Interface: comunicação, saúde, educação*. Rio de Janeiro, v. 6, p. 109-125, 2000.

OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar / transformar, um desafio para o processo de formação In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 143-164.

ONRUBIA, J. Ensinar: criar zonas de desenvolvimento proximal e nelas intervir. In: COLL, C. *et al.* (Orgs.). *O construtivismo na sala de aula*. São Paulo: Ática, 2003.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda nos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; SILVA JUNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: ABEM, 2004. p. 269-284.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

REGO, S. *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.



REZENDE, A. L. M. *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez, 1986.

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

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

Texto publicado como:

PONTES, Ana Lúcia de Moura ; SILVA JUNIOR, A. G. ; PINHEIRO, R. . Ensino da Saúde e a Rede de Cuidados na Experiências de Ensino-Aprendizagem. *Ensinar Saúde: A Integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006, v. , p. 251-274.

12. MARCH, C. ; KOIFMAN, Lilian ; PONTES, Ana Lúcia de Moura ; SAIPPA-OLIVEIRA, G. ; SILVA JUNIOR, A. G. ; FERNANDEZ, Veronica Silva . O currículo de medicina da Universidade Federal Fluminense: revisitando uma experiência. In: Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Rubem Araújo de Mattos. (Org.). *Ensinar Saúde: A Integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006, v. , p. 295-309.