



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

NORMA CARAPIÁ FAGUNDES

EM BUSCA DE UMA UNIVERSIDADE OUTRA:
A INCLUSÃO DE “NOVOS” ESPAÇOS DE APRENDIZAGEM NA
FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

SALVADOR

2003

NORMA CARAPIÁ FAGUNDES

**EM BUSCA DE UMA UNIVERSIDADE OUTRA:
A INCLUSÃO DE “NOVOS” ESPAÇOS DE APRENDIZAGEM NA
FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor.

Área de concentração: Currículo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Teresinha Fróes Burnham.

SALVADOR

2003

F156 Fagundes, Norma Carapiá,

Em busca de uma universidade outra: a inclusão de “novos” espaços de aprendizagem na formação de profissionais de saúde / Norma Carapiá Fagundes. – Salvador: N. C. Fagundes, 2003.

229 f.

Orientadora: Teresinha Fróes Burnham

Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia.

1. Currículo. 2. Profissional de saúde - Formação. 3. Espaços de aprendizagem. 4. Aprendizagem. I Faculdade de Educação. II. Fróes Burnham, Teresinha.

CDD:375. 610

TERMO DE APROVAÇÃO
NORMA CARAPIÁ FAGUNDES

**EM BUSCA DE UMA UNIVERSIDADE OUTRA:
A INCLUSÃO DE “NOVOS” ESPAÇOS DE APRENDIZAGEM NA
FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Educação,
Universidade Federal da Bahia, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:

Teresinha Fróes Burnham _____
Doutora em Filosofia, University Southampton/Inglaterra, Profa. da
Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia.

Membros:

Elenaldo Celso Teixeira _____
Doutor em Ciência Políticas, USP, Prof. da Faculdade de Filosofia e Ciências
Humanas da Universidade Federal da Bahia.

Eliane Santos Souza _____
Doutora em Educação, UNICAMP, Profa. da Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal da Bahia.

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres _____
Doutor em Medicina Preventiva, USP, Prof. da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Mirian Santos Paiva _____
Doutora em Enfermagem, USP, Profa. da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal da Bahia.

Roberto Sidnei Macedo _____
Doutor em Ciências da Educação, Université de Paris VIII, Prof. da
Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia.

Salvador, 7 de agosto de 2003.

A realização desta tese contou com o apoio financeiro da CAPES durante o período de agosto de 2001 a julho de 2002 com a liberação de uma bolsa para estágio na Universidade Paris VIII, França.

A meus pais, Hermes e Jovita, bravos sertanejos, que me ensinaram, ainda na infância, a vislumbrar, através da leitura de clássicos, da Revista “O Cruzeiro” e da atenção aos noticiários do rádio, um mundo para além das montanhas que delineavam o horizonte da pequena cidade onde morávamos.

A Teresinha, por ter aceito o meu projeto, por fazer do trabalho de orientação um processo de partilha, acolhimento e respeito mútuo. Trabalhar com Teresinha significou, antes de tudo, conviver com uma mulher forte, que encarna, no próprio exemplo de vida, as idéias que acredita. Uma mulher, que pela sua luta, é capaz de proezas inimagináveis. Observá-la, fez-me aprender muito.

AGRADECIMENTOS

Aos sujeitos participantes da pesquisa, cuja gentil e preciosa colaboração tornou possível a realização deste estudo. Trabalhar com depoimentos tão ricos constituiu-se num enorme e prazeroso desafio.

Ao Professor Jacques Ardoino, pela acolhida e pela atenção a mim dispensada, no período em que estive na Universidade de Paris VIII. Por todas as discussões (às vezes bastante acaloradas), idéias e sugestões, o meu muito obrigada.

A Roberto Macedo, interlocutor privilegiado, a quem agradeço o apoio, o incentivo e as valiosas contribuições na construção do trabalho.

Às colegas do DECOM, por todo apoio e incentivo, especialmente aquelas com as quais compartilho as disciplinas Estágio Curricular em Rede Básica e Educação em Saúde que, na minha ausência, com muita solidariedade, assumiram os meus encargos.

Ao grupo GERIR, pelo apoio e com a enorme esperança de vê-lo crescer, fortalecer e dar bons frutos.

A Mirian Paiva e a Maria Jenny, pela colaboração na organização do projeto da tese.

A Paul Burnham, pelo apoio, pelas discussões e por ter me emprestado, em muitas ocasiões, tempo da sua convivência com Teresinha.

Aos meus irmãos Saulo, Harley, Érito (Dim) e Dirce Zélia (Chinha), por todo carinho, respeito e admiração que nutrimos uns pelos outros, desde quando ainda éramos crianças.

Aos amigos de sempre: Vera Formigli, Tânia Nunes, Anete Barreto, Cristina Bustani, José Carlos Barreto, Gilson Andrade, Maria das Graças Cavalcante, Marilene Castilho, Ruth Glat, Lauro Porto, Jenny Araújo, Mirian Paiva, Cristina Melo, Joana Demarchi e Elizabete Costa (Bete). Agradeço-lhes por tudo e pelo privilégio de tê-los como amigos.

A Bice Kalil, pelo apoio na disponibilização de informações relacionadas ao Projeto UNI e ajuda na organização dos grupos focais.

Aos colegas do doutorado, particularmente Roseli e Tuca, pela amizade, cumplicidade e pelo muito que aprendi, nos momentos compartilhados de estudo e de elaboração de trabalhos em diversas disciplinas do curso.

Aos colegas do NEPEC e da REDPECT/UFBA, interlocutores fundamentais na construção deste estudo.

A Sérgio Farias, pela acolhida, carinho e apoio nos meus primeiros dias em Paris.

Aos amigos reconhecidos no percurso: Girlene Alves (Gigi), Ana Lúcia, Fabíola Zioni, Fernando Barros, Annie Waultier, Ana Teixeira, Lourdes Bandeira, Mohomed Tawfik e Brigitte Meyer pelos momentos de alegria e de dificuldades compartilhados em terras estrangeiras.

RESUMO

O presente estudo busca compreender como algumas experiências de trabalho, desenvolvidas entre a UFBA, serviços públicos de saúde e moradores de bairros, nos quais a Universidade atua com projetos de ensino, pesquisa ou extensão, podem se tornar espaços de aprendizagens diferenciadas, para uma formação acadêmica mais plural e heterogênea. Analisa-se, assim, de que forma os processos de interação entre as pessoas, entre os saberes, possibilitados por este tipo de prática, podem contribuir para o desenvolvimento de aprendizagens plurais, extrapolando o limite das puramente instrumentais/técnico/científicas, hegemonicamente demandadas pelos atuais currículos de formação de profissionais de saúde. São analisadas experiências de trabalho com comunidades desenvolvidas pelos cursos de enfermagem, odontologia e medicina, com os seguintes objetivos: I) Identificar e discutir os distintos modos dos sujeitos conceberem o trabalho coletivo entre a universidade e a comunidade. II) Caracterizar as aprendizagens referidas como (re)construídas em experiências de trabalho conjunto entre a universidade e a comunidade. III) Identificar possíveis relações entre as aprendizagens referidas e o espaço onde as práticas ocorrem. IV) Contribuir para a discussão e instituição de novas formas de fazer currículo, para além das formas verticais, centralizadas e pouco participativas que tradicionalmente têm caracterizado esse processo. A proposta epistemológica/metodológica tem como principal substrato a abordagem multirreferencial, que orienta a análise documental e o trabalho de campo, constituído por grupos focais e observação direta. Participaram da pesquisa estudantes e professores dos três cursos envolvidos, lideranças comunitárias e agentes de saúde atuantes no distrito sanitário Barra/Rio Vermelho em Salvador. O maior ganho proporcionado pelo trabalho cooperativo na opinião de todos os grupos envolvidos foi o processo de construção de vínculos mais sólidos como parte de um novo compromisso ético firmado entre a universidade e a comunidade. Na opinião dos estudantes, as aprendizagens mais significativas foram: melhoria da capacidade de comunicação (falar e escutar); aprender a se relacionar e a acolher o *outro*; perceber que a população tem seus próprios saberes e que não dependem exclusivamente daqueles disseminados pela universidade ou pelos técnicos de saúde; gerir situações que ocorrem no cotidiano do trabalho; resolver problemas criativamente; atentar para uma prática profissional humanizada; compreender de forma mais ampla os limites e as possibilidades da atuação profissional. A análise evidenciou também a necessidade do desenvolvimento de um maior aporte de práticas fora do espaço confinado da universidade como forma de se buscar caminhos para a superação da concepção dominante da educação como prática unidirecional, autoritária, baseada na idéia de aprendizagem como simples aquisição de informações. Esta forma de conceber a educação constitui-se no principal elemento de crítica dos estudantes aos currículos de seus respectivos cursos e dos representantes da comunidade em relação ao trabalho dito cooperativo. A possibilidade de que as práticas estudadas venham a ser um *locus* efetivo de construção compartilhada de conhecimentos, a partir da troca, da interação e do reconhecimento e autorização do saber do *outro*, foi muito pouco evidenciada.

Palavras-Chave: Currículo, Profissional em saúde – formação, Espaços de aprendizagem, Aprendizagem.

ABSTRACT

This study is a search to understand how some work experiences developed between UFBA and inhabitants of neighborhoods where the University is actively involved with teaching, research or extramural projects could be seen as learning spaces that lead to a more plural and heterogeneous academic formation. An analysis is made of the way in which the processes of interactions made possible by this type of practice - both between people and between lore / common sense knowledge - could contribute to the acquisition of learning / professional and personal experiences differentiated from those purely instrumental ones that are required in a hegemonic way by the curricula presently responsible for the formation of health professionals. Work experiences with communities developed by the nursing, dentistry and medicine courses are analyzed with the following objectives: i) to identify and to discuss the distinct ways in which the subjects conceive of the collective work between the university and the community; ii) to characterize the kinds of learning seen as (re)constructed from the joint work experiences between the university and the community; iii) to identify possible relationships between these kinds of learning and the spaces where the practices happen; and, iv) to contribute to the discussion and setting up of new ways of carrying out curricula, beyond the vertical, centralized and relatively non-participative forms that have traditionally characterized this process. The epistemological / methodological proposal is based on the multireferential approach which guided the analysis of documents and the fieldwork, through the use of focal groups and participant observation. Students and teachers from the three courses involved, community leaders and health workers from the Barra / Rio Vermelho public health district in Salvador participated in the research. In the opinion of all the groups involved, the greatest benefit that came out of the cooperative work was the building of stronger links as part of a new ethical commitment made between the university and the community. In the students' opinion, the most significant kinds of learning were: 1) an improvement in communication capacities (speaking and listening); 2) learning to relate to and to open up to the *other*; 3) a perception that the population has its own lore / common sense knowledge and doesn't depend solely on those disseminated by the university or the health workers; 4) dealing with situations that come up in the day-to-day work; 5) solving problems creatively; 6) being aware of a humanized professional practice ; and, 7) a broader understanding of the limits and the possibilities of professional action. The analysis also shows that the need for a greater anchoring of practices outside the restricted university space could be one way of looking for paths to overcome the dominant conception of education as one-way authoritarian practice, based on the idea of learning as a simple acquisition of information. This way of conceiving education was the major criticism the students had of the curricula of their respective courses and the community representatives had in relation to the cooperative work being carried out. The possibility that the practices studied have of becoming an effective locus for a shared construction of knowledge, through exchange, interaction and recognition and authorization of the knowledge of the *other*, was little shown.

Keywords: Curriculum, Professional of health - formation, Learning spaces, Learning.

RÉSUMÉ

Cette étude vise à comprendre comment certaines expériences de travail, développées entre l'UFBA, des services publics de santé et la population de quartiers, au sein desquelles l'Université met en oeuvre des projets d'enseignement, recherche ou extension, peuvent constituer des espaces d'apprentissages différenciés, permettant une formation académique plus hétérogène et plurielle. On analyse ainsi de quelle manière les processus d'interaction entre les personnes et les savoirs, rendus possibles par ce genre de pratique, peuvent contribuer au développement d'apprentissages pluriels, extrapolant les limites des apprentissages purement instrumentaux/techniques/ scientifiques, hégémoniques au sein des curriculums de formation de professionnels de la santé. Des expériences de travail dans des communautés développées par les cours d'infirmiers, d'odontologie et de médecine ont été analysées. Objectifs de ce travail: I) Identifier et discuter de quelles différentes manières les sujets conçoivent le travail collectif entre université et communauté. II) Caractériser les apprentissages en question comme (re)construits au sein des expériences de travail conjoint entre l'université et la communauté. III) Identifier de possibles relations entre ces apprentissages et l'espace où ces pratiques sont mises en oeuvre. IV) Contribuer à la discussion et à l'institution de nouvelles formes de curriculum, dépassant les modèles verticaux, centralisés et peu participatifs qui caractérisent traditionnellement ce processus. La proposition épistémologique/méthodologique est principalement basée sur l'approche multiréférentielle. Le travail de terrain a été réalisé par des entretiens de groupes, au moyen d'observation participante et d'analyse documentaire. Des étudiants et des professeurs des trois cours concernés, des leaders communautaires et des agents de santé intervenant dans le district sanitaire du quartier Barra/Rio Vermelho à Salvador ont participé à cette recherche.. Selon l'avis de tous les groupes concernés, le gain le plus important obtenu grâce au travail coopératif est le processus de construction de liens plus solides renforçant un nouveau compromis éthique entre université et communauté. Selon les étudiants, les apprentissages les plus significatifs ont été: amélioration de la capacité de communication (parler et écouter); apprendre à établir des rapports et accueillir l'autre; Percevoir que la population a ses propres savoirs et que ceux-ci ne dépendent pas exclusivement des savoirs divulgués par l'université ou par les techniciens de la santé; gérer des situations qui surviennent dans le quotidien du travail; résoudre des problèmes avec créativité; poursuivre une pratique professionnelle humanisée; comprendre plus largement les limites et les possibilités de l'actuation professionnelle. L'analyse a également mis en évidence le besoin de développement d'un plus vaste apport de pratiques hors de l'espace confiné de l'université, cherchant ainsi des chemins de dépassement de la conception dominante de l'éducation en tant que pratique unidirectionnelle, autoritaire, reposant sur l'idée d'apprentissage comme simple réception d'informations. Une telle manière de concevoir l'éducation constitue le principal élément de critiques, de la part des étudiants, envers les curriculums de leurs cours respectifs, et de la part des représentants de la communauté, par rapport au travail dit coopératif. La possibilité de ce que les pratiques étudiées en viennent à devenir un *locus* effectif de construction conjointe de connaissances, à partir de l'échange, de l'interaction et de l'institution et reconnaissance du savoir de l'autre, n'a cependant guère été mise en relief.

Mots clés: Curriculum, Professionnel de la santé – formation, Espaces d'apprentissage, Apprentissage.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1	INTRODUÇÃO	13
2	BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	23
2.1	DESENHO DA PESQUISA	43
2.1.1	Procedimentos	45
2.1.1.1	Momento exploratório da pesquisa	45
2.1.1.2	Grupos focais	46
2.1.1.3	Observação direta no campo	47
2.1.1.4	Leitura e análise de documentos	48
2.2	DESENHO DA ANÁLISE	49
3	A “COMUNIDADE” NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA INTRODUÇÃO À QUESTÃO	53
3.1	ESTÁGIO CURRICULAR EM REDE BÁSICA – ESCOLA DE ENFERMAGEM	64
3.2	INTRODUÇÃO À MEDICINA SOCIAL – IMS - FACULDADE DE MEDICINA	67
3.3	ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA – OSC I, II E III – FACULDADE DE ODONTOLOGIA	71
4	RELAÇÕES ENTRE A COMUNIDADE E A UNIVERSIDADE: MUDANÇAS E PERMANÊNCIAS	79
4.1	MÚLTIPLOS SIGNIFICADOS DO TRABALHO COOPERATIVO PARA OS SUJEITOS ENVOLVIDOS NA PESQUISA	87
4.2	MUDANÇAS E PERMANÊNCIAS NAS RELAÇÕES ENTRE A UNIVERSIDADE E A COMUNIDADE	99
4.3	FUNDAMENTOS DO TRABALHO COOPERATIVO PARTILHADOS POR TODOS OS GRUPOS	116
5	A “COMUNIDADE” COMO “ESPAÇO MULTIRREFERENCIAL DE APRENDIZAGEM” EM SAÚDE	120
5.1	ESPAÇO, A POLISSEMIA DO CONCEITO	121
5.2	OS MÚLTIPLOS SIGNIFICADOS DO TERMO “APRENDIZAGEM”	129
5.3	ESPAÇOS MULTIRREFERENCIAIS DE APRENDIZAGEM	142
5.4	APRENDIZAGENS REFERIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA	146

5.4.1	Aprendizagens intelectuais e/ou escolares	146
5.4.1.1	Evocadas pelos estudantes	147
5.4.1.2	Observadas pelos professores nos estudantes	149
5.4.1.3	Construídas pelas lideranças comunitárias	152
5.4.1.4	Evocadas pelos Agentes Comunitários de Saúde	153
5.4.2	Aprendizagens relacionadas ao desenvolvimento humano	154
5.4.2.1	Evocadas pelos estudantes	154
5.4.2.2	Referidas pelos professores	160
5.4.3	Aprendizagens profissionais construídas no processo de vivenciar, de experienciar	161
5.5	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE AS QUESTÕES TRATADAS NESTE CAPÍTULO	164
6	CRÍTICAS E DEMANDAS AOS CURRÍCULOS	166
6.1	CRÍTICAS AO CURRÍCULO	168
6.2	DEMANDAS AOS CURRÍCULOS IDENTIFICADAS NA REFLEXÃO SOBRE O ESPAÇO DE APRENDIZAGEM “COMUNIDADE”	182
6.2.1	Instituição de processos de formação menos confinados aos espaços escolares	182
6.2.2	Estabelecimento de formas (canais) de reflexão permanente sobre a prática	185
6.2.3	Mudanças mais profundas nas relações entre a universidade e a comunidade	187
6.2.4	Desenvolvimento de práticas curriculares menos fragmentadas que contemplem a multiprofissionalidade, a intersetorialidade, a complexidade, a interdisciplinaridade e a multirreferencialidade das questões de saúde	188
6.2.5	Valorização mais explícita dos saberes da experiência	192
6.2.6	Desenvolvimento de uma “escuta” mais acolhedora e sensível no conjunto das relações que envolvem o processo de formação	193
7	CONCLUSÕES	196
	REFERÊNCIAS	202
	APÊNDICES	215
	ANEXOS	218

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

CLS – Conselhos Locais de Saúde.

DSBRV – Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho.

IDA – Integração Docente Assistencial.

IMS – Introdução à Medicina Social.

NEPEC – Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Currículo, Ciência e Tecnologia.

OSC – Odontologia em Saúde Coletiva.

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PSF – Programa de Saúde da Família.

REDEPECT/UFBA – Rede Cooperativa de Pesquisa em (In)formação, Currículo e Trabalho/
Universidade Federal da Bahia.

SUS – Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo busca compreender como algumas experiências de trabalho, desenvolvidas entre a UFBA, serviços públicos de saúde e moradores de bairros, nos quais a Universidade atua com projetos de ensino, pesquisa ou extensão, podem se tornar espaços de aprendizagens diferenciadas, para uma formação acadêmica mais plural e heterogênea.

Analisa-se, assim, de que forma os processos de interação entre as pessoas, entre os saberes, possibilitados por este tipo de prática, podem contribuir para o desenvolvimento de aprendizagens plurais, extrapolando o limite das puramente instrumentais/técnico/científicas, hegemonicamente demandadas pelos currículos de formação de profissionais de saúde.

Esta análise toma como base crítica a constatação de que os atuais currículos da área de saúde, ao trabalharem com um modelo de organização que pressupõe a precedência da aprendizagem de referenciais teóricos para depois “aplicá-los” na realidade, reduzem os “espaços da prática” a meros locais de aplicação de conteúdos fragmentados estudados em sala de aula. Nesta concepção de organização curricular, os “campos de prática” são percebidos como instâncias que pouco têm a oferecer em termos de articulação de novas aprendizagens e da socialização/produção de novos conhecimentos. É preciso, pois, compreender as circunstâncias nas quais as aprendizagens ocorrem, para que se possa pensar em modificações ou inovações curriculares a partir da estreita relação teoria-prática (TORALLES-PEREIRA, 1997).

O interesse por questões atinentes à formação de profissionais de saúde tem me acompanhado, nos últimos dez anos, quando ingressei como professora, na Escola de Enfermagem da UFBA. Aí, logo comecei a participar de comissões para discussão e mudanças no currículo. Durante este período, tenho participado, também, de debates, projetos, eventos cujo centro da discussão é a formação dos profissionais da área de saúde. Em todos esses fóruns, tem ficado evidente que, apesar das particularidades de cada curso (que profissional formar; com que competências; para qual mercado de trabalho; com qual currículo), existem questões gerais, nos processos de formação, que dizem respeito ao conjunto dos cursos e, não apenas, a cada um, isoladamente, tais como: a fragmentação; o tecnicismo; a separação da formação em “ciclo básico” e “ciclo profissionalizante”; a ênfase

na “transferência do conhecimento” do teórico para o prático; o descompromisso com os serviços de saúde e com a população usuária desses serviços (PAIM, 1994).

Além dessas questões, existem outras, também fundamentais para a futura atuação profissional, que têm recebido pouca atenção nos questionamentos à formação e, conseqüentemente, na proposição de experiências curriculares. Destacam-se os processos relacionais/comunicacionais inerentes à prática profissional, incluindo-se, aí, a multiprofissionalidade, intersectorialidade e interdisciplinaridade que atravessam o campo da saúde.

O ensino das disciplinas “Estágio Curricular – Rede Básica de Saúde” e “Educação em Saúde”, na graduação em Enfermagem, tem possibilitado a percepção *in loco* da pouca articulação, no conjunto da assistência à saúde prestada à população, devido, em grande parte, à desintegração entre os profissionais cuidadores (PEDUZZI, 1998). Essa falta de integração é, também, percebida na formação. Nesse campo, percebe-se, ainda, uma carência muito grande de projetos que visem encontrar formas de superar a fragmentação do cuidado em saúde. O isolamento e o confinamento de cada curso em si mesmo contribui para que os futuros profissionais não percebam a interação de seu trabalho com o dos demais trabalhadores da área, perdendo-se, assim, a oportunidade de formar profissionais mais comprometidos com a superação do “modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos” (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p. 151).

O cotidiano do trabalho com comunidades¹ em práticas das disciplinas referidas

¹ “Comunidade” é, certamente, um dos conceitos mais vagos e evasivos da ciência social. Vários sentidos são atribuídos ao termo, que tem sido utilizado para designar unidades sociais que variam de aldeias, bairros, conjuntos habitacionais, vizinhanças, grupos étnicos e religiosos, nações e organizações internacionais. Em um sentido mais geral, a idéia de “comunidade” está relacionada a grupos de pessoas dentro de uma área geográfica limitada que interagem dentro de instituições e que possuem um senso comum de interdependência e integração. Uma das críticas a essa concepção é a ancoragem geográfica do conceito, posto que, conjuntos de indivíduos, mesmo vivendo ou interagindo dentro de um mesmo território, se não se sentem parte de algo construído coletivamente, se não interagem, não podem ser considerados como “comunidades”. Enquanto que outros grupos, mesmo distantes geograficamente, partilham interesses, sistemas de valores e códigos morais, que proporcionam um senso de identidade entre seus membros. Outro elemento de crítica tem sido a associação constante do termo “comunidade” a inteireza, coesão, comunhão, interesse público; deixando de lado os conflitos e as contradições. Ao se excluir as situações tidas como “desfavoráveis”, o termo comunidade torna-se atraente a políticos, administradores e muitas instituições que se apropriam dele para legitimar planos de ação, em nome do “interesse público”, de formas, muitas vezes, bastante duvidosas (SHORE, 1996 e ABERCROMBIE e cols., 1994). Contudo, em que pese a polêmica em torno da palavra “comunidade”, optamos por mantê-la, neste estudo, por três motivos principais. O primeiro deles é de que o termo não foi tomado como um conceito analítico (o que certamente seria muito vago), mas, sim, no sentido de uma “idéia-força” político/simbólica, utilizada como instrumento de luta por grupos que buscam a melhoria da qualidade de vida, via projetos e políticas públicas (SHORE, 1996). O segundo diz respeito à força que a palavra “comunidade” vem tendo, nos esforços de reconstituição do tecido social, via espaços locais, compreendidos como espaços do exercício da cidadania (DOWBOR, 1996). O terceiro, é pelo fato do termo “comunidade” já vir sendo utilizado no universo onde a pesquisa se desenvolveu, ou seja, nos programas e nas práticas desenvolvidas pelas disciplinas com as quais trabalhamos; em projetos e programas como o “UNI-Bahia”, o “UFBA em Campo” e a “Atividade Curricular em Comunidade – ACC” (a descrição desses projetos e programas encontra-se no Capítulo 2). “Comunidade”, nesse estudo, é entendida de uma maneira bastante ampliada, refere-se aos laços mantidos entre moradores de uma determinada localização geográfica, os serviços de saúde e a UFBA, através de projetos e/ou atividades curriculares. As localidades às quais estamos nos referindo são os bairros de Alto das Pombas, Engenho Velho da Federação, Calabar e Nordeste de Amaralina.

anteriormente, ou em projetos de extensão tem mostrado a significativa permanência de um comportamento tradicional da universidade que é o de considerar o seu saber como superior e mais legitimado que outras formas de organizar o saber. Isto contribui para que professores e estudantes percebam o trabalho em comunidades, apenas como uma oportunidade de “transferir” este saber para outros segmentos da população (CHAUÍ, 2001a; SOUSA SANTOS, 1997; VALLA, 1999; SOUZA, 2002).

O trabalho com comunidades de bairros pobres ou periféricos (comumente eleitos para esse tipo de prática), ainda está muito permeado pela cultura higienista (do combate às doenças, à pobreza, através da informação/prescrição de “bons hábitos” e comportamentos ditos como conducentes à saúde); pelo iluminismo (da supremacia absoluta do saber técnico/científico na definição do que deve ser feito); pelo determinismo (os riscos de adoecer e morrer como totalmente previsíveis e determinados). No que concerne à participação social em saúde, percebe-se, ainda, uma grande distância entre o discurso e a prática concreta.

A necessidade de formar profissionais éticos, comprometidos com a resolução dos graves problemas de saúde que afetam a maior parte da população significa, entre outras coisas, a construção de uma nova relação com o saber, que vai demandar que a universidade constitua-se em um espaço não somente de produção e socialização do conhecimento científico, mas, também, como um locus de encontro de diversos tipos de saberes. Para isso, a formação circunscrita ao espaço físico da universidade e aos locais tradicionais, como hospitais e centros de saúde, não basta. É preciso buscar espaços de formação mais representativos da realidade sanitária e social do país, que possam contribuir para que a universidade encontre novos eixos para os seus currículos, ofertando, aos futuros profissionais, oportunidades de práticas para além de um saber eminentemente técnico. Assim, sentimentos, atitudes, cooperação, solidariedade e responsabilidade social, estarão envolvidos num mesmo propósito, colocados como elementos necessários ao processo de aprendizagem. Não seria esse um caminho a ser percorrido, quando se tem, no horizonte, o desenvolvimento de práticas curriculares que visam interferir na tão falada inadequação e dissociação entre a formação e as exigências do mundo do trabalho e da vida em sociedade? (AYRES, 2002; FRÓES BURNHAM, 2000; PAIVA, 2002).

Os currículos da área de saúde, muito presos a um racionalismo estritamente instrumental, juntamente com a adesão ao modelo bio-tecnológico que traz, na sua

configuração, um negligenciamento das questões da relação do profissional de saúde com os usuários e pouca atenção às questões mais gerais que afetam a saúde, fazem com que os profissionais encontrem-se, hoje, com dificuldades de entender ou de tratar muitos dos importantes problemas de saúde (AIDS, câncer, transtornos mentais, questões ligadas à violência, drogas, entre outros, onde dinâmicas sociais, culturais e biológicas imbricam-se claramente).

O enorme avanço tecnológico de que se dispõe, hoje, não chega, na percepção de Ayres (2002), a alterar, substancialmente, os determinantes fundamentais da vulnerabilidade a muitas doenças em significativos contingentes populacionais. Entre estes aspectos, estão a pobreza, a exclusão social e racial; a intolerância à diversidade, especialmente de opção sexual; o limitado diálogo com as novas gerações e a conseqüente incompreensão dos seus valores e projetos; o descaso com o bem-estar das gerações mais idosas e a impressionante desintegração da sociedade civil, no mundo globalizado, gerando uma violência estrutural que amalgama todos os demais aspectos de vulnerabilidade à doença e à morte, num perverso sinergismo.

A preocupação com problemas como esses, apesar de não restrita aos processos de formação, põe em questão as formas de socialização e produção do conhecimento no interior dos currículos de graduação na área de saúde. Existe, hoje, nas práticas curriculares, um “mal-estar” que tem gerado muitas discussões e definições de estratégias, no sentido de minar o dogmatismo das rígidas estruturas disciplinares. Entretanto, apesar do potencial de transgressão de algumas delas, ainda não parecem ser suficientes para que professores, estudantes e profissionais da área possam lidar com a questão de que a saúde não se reduz a uma questão técnico/científica, de que o cuidado e a promoção do bem-estar não significam apenas correções de distúrbios (AYRES, 1997, 2000). Dessa forma, essas estratégias não têm sido suficientes para a construção de processos de formação, nos quais, a cognição e a técnica não sejam as únicas prioridades. A prática desses processos é, também, fundamentada por outros tipos de saberes - éticos, culturais, pragmáticos, políticos, estéticos - adquiridos, principalmente, no jogo das relações intersubjetivas, nas interações entre estes diversos tipos de saberes.

As práticas curriculares dos cursos de graduação da área de saúde são realizadas em diversos espaços (hospitais, postos e centros de saúde, creches, asilos, espaços da

comunidade, além daquelas da própria universidade, como a sala de aula, laboratórios, bibliotecas, entre outros). Cada um deles constitui-se num espaço de inter-relacionamento distinto que, conseqüentemente, produzirá, também, aprendizagens distintas. Entretanto, o reconhecimento da autonomia (relativa) desses espaços, como locais de articulação de novas aprendizagens e da socialização/produção de novos conhecimentos, não parece muito claro nas formas tradicionais de organização dos currículos.

A visão tradicional do currículo tem sido muito questionada, uma vez que desconsidera as necessidades, os pontos de vista, as diversas leituras do real que coexistem nos diversos espaços de aprendizagem onde se desenvolvem as práticas. Vale salientar, portanto, a necessidade de rever essa concepção curricular, tendo em vista seus limites para a formação do estudante visando uma atuação crítico-reflexiva na realidade com a qual lida / terá de lidar como profissional (FAGUNDES; FRÓES BURNHAM, 2001).

A idéia de que o que se aprende tem relação com o local, com a interação entre as pessoas e com o momento, tem sido preconizada por grandes nomes da educação, destacando-se, dentre eles, Anísio Teixeira (LIMA, 2001). Aprofundando essa questão, autores como Fróes Burnham (2000), Young (2000) e Macedo (2002) discutem que o processo de formação não ocorre somente na escola. Acontece, em múltiplos espaços, assim como são múltiplas as aprendizagens que ocorrem em cada um desses espaços. Para esses autores, o que define o sentido da formação profissional é, predominantemente, a relação que se estabelece, nos espaços onde se materializa a educação (especificamente na área de saúde: sala de aula, laboratórios, serviços de saúde, locais da comunidade). Essa forma de conceber a formação amplia a idéia de aprendizagem para além daquelas estritamente escolares.

Na sociedade atual, como argumenta Fróes Burnham (2000, 2002a), está existindo cada vez mais, uma interpenetração entre dois *locais* de aprendizagem: as *especialistas em aprendizagem* (instituições de educação formal – escolas, universidades – e instituições formais de pesquisa) e as *não especialistas em aprendizagem* (locais de trabalho, agências de serviços, grupos culturais, ações de movimentos políticos e sociais, entre outros). É a esta articulação de processos de aprendizagem (produção *imaterial* de subjetividades e conhecimentos) e de trabalho (produção *material* de bens e serviços) que a autora chama de “*espaços multirreferenciais de aprendizagem*”.

Introdução

Esta concepção traz elementos fundamentais na busca de alternativas para superação da grande distância que separa a universidade do mundo do trabalho, da responsabilidade social e da solidariedade. Pensar em currículos mais sensíveis às demandas sociais localizadas, tomando-se como base a concepção de “espaços multirreferenciais de aprendizagem” significa, antes de tudo, o reconhecimento de que os processos de acesso, construção e socialização do conhecimento não ocorrem, apenas, no espaço da escola e nem com base nas formas tradicionais veiculadas pelo sistema escolar.

Contudo, praticar mudanças nos currículos escolares, caracterizados por estruturas rígidas, formais, é uma tarefa que tem se mostrado muito difícil na prática. O trabalho em “comissões de currículo” na Escola de Enfermagem, trouxe, com mais clareza, a dimensão dessa dificuldade. Percebemos que levar de antemão questões que indicassem a necessidade de introduzir mudanças no currículo não resolvia muita coisa; muitos professores não compartilhavam as preocupações trazidas pela “comissão”. A insistência no imperativo da necessidade de mudar o currículo como um todo e de uma só vez, terminou por criar muitas “resistências” em boa parte dos professores. Existiam, também, até aqueles professores que participavam da comissão mais para dificultar do que para facilitar qualquer possibilidade de mudança. Era preciso, então, pensar em outras formas de questionar o currículo, encontrar novos caminhos que apontassem outras perspectivas para o processo de formação.

A busca de outros “caminhos” para repensar o currículo de graduação em enfermagem foi a motivação inicial para a realização desta pesquisa. A idéia inspiradora era a de pensar currículos com capacidade de *escutar* (através dos sujeitos) a si mesmos e a outros espaços sociais onde se aprende enfermagem/saúde, como fonte de questionamentos e de demandas para o processo de formação.

Desde o início, já se pensava em tomar, como referência para o estudo, as práticas desenvolvidas com comunidades por algumas disciplinas, devido a características que lhes são peculiares: ocorrer fora das fronteiras da universidade e ser um espaço onde a heterogeneidade é intrínseca, ou seja, um espaço onde cruzam diversas referências, que vão dar origem a saberes distintos daqueles que circulam nas instituições onde, tradicionalmente, as práticas dos cursos da área de saúde ocorrem (hospitais e centros de saúde).

O que se queria observar era, basicamente, como o intercâmbio entre estes diversos tipos de saber poderia contribuir para gerar aprendizagens significativas² nos diversos sujeitos implicados (estudantes, professores, pessoas das comunidades, agentes comunitários de saúde) e, ao mesmo tempo, saber em que medida a “saída” da universidade do seu espaço físico acadêmico para outros espaços da sociedade, pode contribuir para interpelação e transformação das formas tradicionais de fazer currículo e, reflexivamente, de conceber e de organizar o cuidado e a participação social em saúde.

A partir de leituras realizadas, de algumas incursões no campo e de discussões com professores, estudantes e pessoas da comunidade, foi-se percebendo que grande parte das questões levantadas não se atinham, apenas, ao curso de enfermagem. Questões estas ligadas ao autoritarismo da universidade; ao (des)compromisso entre as partes (universidade e comunidade); às expectativas e às dificuldades em relação ao trabalho conjunto, bem como os objetivos propostos pelas disciplinas com práticas em comunidade, não diferiam muito entre os vários cursos da área de saúde. A partir dessa constatação, resolvemos ampliar o campo do estudo para incluir outros cursos, visando, assim, uma compreensão mais abrangente da “comunidade” como espaço de formação.

Tomando-se como base as questões supra-referidas, os objetivos do estudo foram definidos como:

- Identificar e discutir os distintos modos dos sujeitos conceberem o trabalho coletivo entre a universidade e a comunidade.
- Caracterizar as aprendizagens referidas como (re)construídas em experiências de trabalho conjunto entre a universidade e a comunidade.
- Identificar possíveis relações entre as aprendizagens referidas e o espaço onde as práticas ocorrem.
- Contribuir para a discussão e instituição de novas formas de fazer currículo, para além das formas verticais, centralizadas e pouco participativas que, tradicionalmente, têm caracterizado esse processo.

² Existe toda uma construção conceitual sobre o que sejam as “aprendizagens significativas” (Novak, 1999) mas como não está se discutindo, aqui, a questão pela via da psicologia cognitiva, o termo será utilizado de forma mais livre, denotando a significatividade expressa pelos sujeitos da pesquisa daquelas aprendizagens para sua formação profissional e desenvolvimento pessoal.

Para o amadurecimento das questões, dos objetivos, assim como para a construção do desenho metodológico do estudo, a participação no Núcleo de Ensino, Pesquisa Extensão em Currículo, Ciência e Tecnologia - NEPEC da Faculdade de Educação e, mais diretamente da Rede Cooperativa de Pesquisa em (In)formação, Currículo e Trabalho – REDPECT/UFBA, foi fundamental. Esses espaços caracterizam-se por serem locais de discussão das relações entre currículo, trabalho e conhecimento, tomando a *práxis* educacional como base para a construção de uma teoria de currículo que articule educação, ciência, tecnologia, comunicação e sociedade. O trabalho do NEPEC e da REDPECT/UFBA tem se embasado, principalmente, na abordagem multirreferencial, que é também o principal substrato teórico deste estudo. Para um maior aprofundamento na compreensão das possibilidades da teoria da multirreferencialidade em estudos sobre práticas sociais, entre elas, o currículo escolar, realizei um ano de “doutorado sanduíche”, na Universidade Paris VIII (França), sob a orientação do Professor Jacques Ardoino, epistemólogo, considerado como criador da abordagem multirreferencial.

A escolha das experiências que seriam analisadas foi realizada em duas etapas, a primeira através de um levantamento para a identificação de cursos que efetivamente incluíssem práticas com comunidades em seus currículos. Por esse critério, foram selecionados os cursos de enfermagem, medicina e odontologia. A segunda etapa, referente ao processo de escolha das experiências no interior de cada um desses três cursos, teve como critério: disciplinas que tivessem efetivamente práticas/atuação em comunidades, de preferência no mesmo território que a dos outros cursos, para que se pudesse observar a existência (ou não) de articulação entre elas. De acordo com esse critério, foram selecionadas as disciplinas: Estágio Curricular em Rede Básica (Escola de Enfermagem), Introdução à Medicina Social (Faculdade de Medicina) e Odontologia em Saúde Coletiva I, II e III (Faculdade de Odontologia).

A construção epistemo/metodológica e o processo de análise e discussão do material de campo deram origem aos cinco capítulos que compõem a tese. O primeiro capítulo apresenta as bases teórico-metodológicas do estudo e o desenho da pesquisa. O desafio de construir um referencial teórico/metodológico para um estudo com múltiplos sujeitos, com distintos saberes, interesses e perspectivas sobre o trabalho coletivo entre a universidade e a comunidade, trouxe a necessidade de se lançar mão de várias abordagens identificadas no processo como contributivas para a compreensão do objeto de estudo. Assumir que todo

conhecimento humano é relativo, parcial e incompleto foi um aprendizado possibilitado pela incursão no *pensamento complexo* (MORIN, 1996a, 1996b, 1998,), na *abordagem multirreferencial* (ARDOINO, 1998, 2000a), na hermenêutica (GADAMER, 1997; HEIDEGGER, 1998) e no pensamento de Sousa Santos (1989, 1997, 2000).

O segundo capítulo apresenta os sujeitos e discute o contexto da pesquisa. Trata-se da primeira fase da análise e tem como base as fontes primárias (programas de disciplinas, projetos, relatórios e conteúdos das falas) utilizadas para traçar o contexto no qual emerge o interesse pela “comunidade” na formação de profissionais de saúde na UFBA. Tem o objetivo de situar o leitor no campo da pesquisa.

O terceiro capítulo, nomeado “Comunidade & Universidade: mudanças e permanências nas relações” traz, na primeira parte, uma discussão sobre as várias formas de entendimento da palavra “conhecimento”, como subsídio para a reflexão sobre a mudança contemporânea das relações da sociedade com o conhecimento e as possíveis conseqüências disso para a universidade. Esta reflexão teve como uma de suas finalidades a construção de um lastro para a compreensão das distintas formas como os sujeitos concebem o trabalho entre a UFBA e a comunidade. Os aspectos mais discutidos da relação entre estes dois setores foram: o (des)compromisso social da universidade para com as comunidades com as quais lida; as dificuldades encontradas para a realização do trabalho coletivo e questões relacionadas à democratização/socialização do conhecimento produzido pela universidade.

O quarto capítulo discute, inicialmente, a noção de “espaços multirreferenciais de aprendizagem”, a partir dos seus próprios elementos constituintes, ou seja, das noções de “espaço” e de “aprendizagem”, mediados pela concepção de “multirreferencialidade”. Na segunda parte do capítulo, faz-se uma reflexão sobre as possíveis contribuições que a noção de “espaços multirreferenciais de aprendizagem” pode trazer para a compreensão de situações complexas que envolvem a formação de profissionais de saúde. A última parte do texto trata das aprendizagens que os sujeitos referem ter (re)construído no contexto do trabalho coletivo entre a universidade e a comunidade, ressaltando-se a importância que cada indivíduo ou grupo atribui a estas aprendizagens para a sua formação profissional/ pessoal.

O quinto Capítulo, que tem como título: “Críticas e demandas aos currículos”, traz, na parte introdutória, uma discussão sobre os diversos entendimentos da palavra “currículo”, além da colocação de alguns dos muitos questionamentos que os currículos escolares,

Introdução

sobretudo na universidade, vêm sofrendo nas últimas décadas. Essas críticas têm suscitado muitas discussões e propostas de transformação das formas tradicionais de fazer currículos, exercitando novos formatos acadêmicos. A necessidade de planejar cursos mais sensíveis às demandas sociais de cada contexto onde as universidades estão inseridas, traz a necessidade do estabelecimento de estratégias de *escuta* às práticas curriculares, nos espaços onde elas ocorrem, com a participação dos diversos atores envolvidos. É nesse processo que importantes “demandas” são identificadas e, cuja decodificação, pode trazer elementos para a transformação dos currículos.

A construção deste estudo foi certamente um trabalho árduo, mas cuja dureza foi superada e, muito, pelas aprendizagens e pela alegria de poder registrar um processo de transformação ainda em curso, mas que já começa a dar os primeiros frutos. Tive, nas mãos, como o leitor poderá comprovar, um verdadeiro tesouro em termos de falas e depoimentos dos sujeitos implicados na pesquisa. O conhecimento construído, a partir da análise deste material, está, agora, à disposição de todos aqueles que, por algum motivo se interessam pela formação profissional, especialmente a comunidade acadêmica, para ser analisado, criticado, revisado. Toda contribuição será bem-vinda. Espero, ainda, poder, com este trabalho, contribuir para a reconstrução dos currículos de cursos de graduação, particularmente, os da área de saúde.

2 BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

A VERDADE

A porta da verdade estava aberta,
Mas só deixava passar
Meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a verdade,
Porque a meia pessoa que entrava
Só trazia o perfil de meia verdade.
E sua segunda metade
Voltava igualmente com meio perfil.
E os meios perfis não coincidiam.

Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram ao lugar luminoso
Onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em metades
Diferentes uma da outra.

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
Nenhuma das duas era totalmente bela.
E carecia optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

(Carlos Drummond de Andrade, Corpo).

Construir um referencial de análise que ajudasse a compreender as especificidades da relação entre os espaços das práticas de formação (no caso, o trabalho com comunidades) e a construção de aprendizagens constituiu-se num enorme desafio. Delinear uma pesquisa com múltiplos sujeitos, com distintos saberes e distintas versões sobre o que é a cooperação entre a universidade e a comunidade trouxe a necessidade de se lançar mão de várias abordagens, identificadas no processo da pesquisa, como contributivas para a compreensão do objeto de estudo. Assumir que todo conhecimento humano é relativo, parcial e incompleto foi um aprendizado necessário para a construção desse referencial, que tem, na complexidade e na multirreferencialidade, seus principais substratos.

A construção de um referencial de análise multirreferenciado, exigido pelos objetivos traçados para a pesquisa, fez com que a investigação se defrontasse com o desafio de construir uma proposta metodológica que permitisse o desenvolvimento de um estudo sobre bases teóricas ainda pouco conhecidas e experienciadas.

Porto Carrero (1997, p. 44), evocando Foucault, diz que “os bons métodos são extraídos do problema a ser resolvido; as melhores soluções são locais, singulares, específicas, adaptadas, originais, regionais” e, lembrando Serres, diz que “cada vez que se procura abrir uma fechadura diferente, é necessário forjar a chave específica, sem equivalente no mercado”.

Com base nesses pressupostos, o processo de reflexão e análise sobre as aprendizagens que os sujeitos implicados referem ter (re)construído, em práticas curriculares que envolvam trabalhos com comunidades, e sobre as possíveis demandas que este tipo de prática traz para interpelação e transformação das formas tradicionais de fazer currículo, nos processos de formação de profissionais de saúde, não poderia se dar através do estabelecimento, *a priori*, de elementos constituintes de tais aprendizagens e demandas. O esforço de compreender e analisar “o que se tinha nas mãos”, fez-nos, logo, de partida, reconhecer a não linearidade do processo de análise. Isto nos levou a lançar mão de várias abordagens metodológicas que identificamos como contributivas para explorar e gerar formas e meios de compreender o objeto de estudo.

A identificação e a análise de aprendizagens próprias do espaço “comunidade” e das demandas para os currículos de cursos da área de saúde teve como propósito discutir a relação entre espaço e aprendizagem, entendendo-se que todas as esferas do viver são instâncias onde o indivíduo aprende, na relação com o *outro* e com o contexto social. Em cada espaço social, existem redes locais de conhecimento, tecidas na interação entre as pessoas com diversos tipos de saber (FRÓES BURNHAM, 2000). Neste processo de interação, as aprendizagens são constantemente postas à prova, podendo, inclusive, ser aprofundadas ou transformadas. Por esta compreensão, não se pode conceber a prática, sobretudo aquela que envolve grupos sociais, apenas como uma oportunidade de “aplicação” linear de saberes adquiridos em sala de aula, como pressupõe a organização curricular que orienta a maioria dos cursos de graduação da área de saúde no Brasil (TORALLES-PEREIRA, 1997). Esta forma de conceber o currículo tem contribuído para o enraizamento da reiterada “distância entre teoria e prática”. O currículo estruturado a partir da concepção de que a teoria deve sempre preceder a prática, deixa pouca margem para a compreensão da estreita relação entre estas duas instâncias do saber. Teoria e prática não podem ser vistas como coisas separadas; existe uma interfecundação entre elas, ou seja, a teoria fecunda a prática e a prática fecunda a teoria. Esta

compreensão é fundamental para a ressignificação do ensino e, reflexivamente, do cuidado de saúde.

Sobre a suposta “distância entre teoria e prática”, Fróes Burnham (1992), chama a atenção da impossibilidade de uma separação radical entre esses dois campos: o concreto é um suporte às construções teóricas e a teoria imprime orientação à experiência. Dessa forma, o lastro teórico subsidia a prática e vice-versa. Revela-se, nas palavras de Deleuse, em uma conversa com Foucault (1985, p. 69-70): “A prática é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra e a teoria um revezamento de uma prática a outra. Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro”.

Ao discutir as relações entre teoria e prática, Deleuse fala das duas formas mais comuns de se conceber essa relação: às vezes, concebe-se a prática, como aplicação da teoria. A prática seria uma conseqüência da teoria. Às vezes, ao contrário, concebe-se a prática como sendo uma inspiração para a teoria, como se fosse ela própria criadora em relação a uma forma de futura teoria. Em ambas, as relações são concebidas como processos de totalização, em um sentido ou em um outro, quando, na verdade, as relações entre teoria e prática são parciais e fragmentárias. O que existe é um sistema de revezamentos em um conjunto, em uma multiplicidade de componentes, ao mesmo tempo, teóricos e práticos (FOUCAULT, 1985).

Os elementos teóricos/práticos que compõem os saberes participantes do jogo da formação de novos profissionais são provenientes dos currículos das instituições de formação e dos saberes da experiência, construídos na prática profissional e social. Não existe, portanto, uma separação completa entre “saber prático” e “saber teórico”. O que costuma existir, de fato, é uma desarticulação entre conteúdos trabalhados em sala de aula e o que é praticado nos serviços de saúde. Os saberes construídos nas experiências práticas não são valorizados pela universidade, ainda muito fundamentada na idéia da “prática”, como local de “aplicação” da teoria.

Buscar espaços de integração dos saberes de experiência com os saberes trabalhados em sala de aula, significa pensar que os primeiros não têm correspondência direta com a noção tradicional de objetividade científica. De conotação política em conflito com o saber “dominante”, eles são intrinsecamente participativos e heterogêneos (produto de fontes múltiplas e diversas) (TERRIEN, 1993).

A discussão dos saberes de experiências remete-nos à crise do paradigma da ciência moderna, que atinge, hoje, as diferentes áreas do conhecimento: “A ciência clássica privilegia a ordem, a estabilidade, ao passo que, em todos os níveis de observação reconhecemos, agora, o papel primordial das flutuações e da instabilidade” (PRIGOGINE, 1996, p. 12). A crise da ciência perpassa o discurso e as práticas pedagógicas que constroem e constituem o cotidiano educacional da universidade. As tendências epistemológicas emergentes, no estudo das ciências, afetam a compreensão do conhecimento e do processo de ensino/aprendizagem (TORALLES-PEREIRA, 1997).

Vivenciamos na contemporaneidade “uma ruptura fundante com a possibilidade de uma só forma de conhecimento verdadeiro” (SOUSA SANTOS, 1989, p.36). Para este autor, a ciência moderna, ao buscar se firmar como forma hegemônica do saber, faz uma primeira ruptura – com o senso comum. Uma vez feita essa primeira ruptura epistemológica, o ato mais importante é a ruptura com a ruptura epistemológica – o reencontro da ciência com o senso comum. Esse processo de dupla ruptura é assim descrito pelo autor:

A primeira ruptura epistemológica com o senso comum, conceituada por Bachelar, que interpreta, com fidelidade, o modelo de racionalidade que subjaz ao paradigma da ciência moderna, só é compreensível dentro de um paradigma que se constitui contra o senso comum e recusa as orientações para a vida prática que dele decorrem. A observação científica é, sempre, uma observação polêmica e, por isso, a teoria do objetivo é construída *contra* o objeto ou, mais em geral, conhece-se *contra* um conhecimento anterior. Um paradigma que pressupõe uma única forma de conhecimento válida – o conhecimento científico, cuja validade reside na objetividade de que decorre a separação entre teoria e prática, entre ciência e ética (SOUSA SANTOS, 1989).

Um paradigma que se assenta na distinção entre o relevante e o irrelevante e que se arroga o direito de negligenciar o que considera irrelevante e, portanto, de não reconhecer nada do que não quer ou pode conhecer; um paradigma que avança pela especialização e pela profissionalização do conhecimento, com o que gera uma nova simbiose entre saber e poder, onde não cabem os leigos, que assim se vêem expropriados de competências cognitivas e desarmados dos poderes que elas conferem (SOUSA SANTOS, 1989).

Essa ruptura, no entanto, não se dá, de forma igual, nas ciências naturais e nas ciências sociais; nessas últimas, a ruptura com o senso comum nunca foi totalmente evidenciada. A relação entre ciências sociais e senso comum sempre foi complexa e ambígua.

As mudanças nas formas de pensar, perceptíveis na contemporaneidade, referem-se, principalmente, ao reconhecimento de que a ciência baseada em leis e causas, não estava alcançando os resultados esperados. A partir dos anos 70, até, mais ou menos, meados dos anos 80, emergiu, nas pesquisas da área das ciências sociais, um movimento definido por Geertz (1989, 1997) como “gêneros borrados”, onde se observa uma constante mistura de gêneros entre os diversos campos do conhecimento humano – filosofia, ciências sociais, humanidades, arte, música e outros.

Esse processo foi iniciado com o desenvolvimento de novos paradigmas, métodos e estratégias de pesquisa, tendo como ênfase teorias, tais como: interacionismo simbólico; construtivismo; fenomenologia; etnometodologia; semiótica; hermenêutica; psicanálise; feminismo e vários paradigmas étnicos. Estas correntes teóricas não propõem ou acham possível (ou desejável) a ruptura com o senso comum.

Ao se tornar cada vez mais pluralista, fica cada vez mais difícil e desejável que as ciências sociais, pensem em uma “teoria geral”. A antropologia, mesmo em seus ímpetos mais universalistas – evolucionária, difusionista, funcionalista e, mais recentemente, estruturalista ou sociobiológica – sempre teve um sentido muito aguçado do que aquilo que se vê, depende do lugar em que foi visto, e das outras coisas que foram vistas ao mesmo tempo. Para um etnógrafo, as formas do saber são, sempre e inevitavelmente, locais, inseparáveis de seus instrumentos e de seus invólucros (GEERTZ, 1997). A tarefa central da tendência dos “gêneros borrados” é, portanto, a de dar sentido a situações locais.

Esta situação faz com que um número cada vez maior de pessoas, desejosas de explicações sobre o porquê dos mais diversos temas, busquem respostas na lingüística, na estética, na história cultural, no direito, ou na crítica literária, em vez de buscá-las onde o faziam antes, na mecânica ou na fisiologia. Isto tem provocado alterações, não somente na teoria, na metodologia ou na problemática, mas no próprio objetivo do empreendimento. Esta mudança não traz, apenas, uma versão atualizada de um mapa cultural, por exemplo, mas uma mudança no próprio sistema de mapear, na maneira de como achamos que pensamos, são as formas de raciocínio que estão se modificando (GEERTZ, 1997).

Articulando-se às questões levantadas pela tendência a misturas de gêneros, no início dos anos 80, um outro movimento emerge, caracterizado pela busca por uma atividade reflexiva, na antropologia, que traz para a discussão questões de gênero, classe, etnicidade, entre outras (CLIFFORD, 1998; GEERTZ, 1997).

No seio desses dois movimentos, como é descrito por Denzin (1997), delineia-se um momento plural do ponto de vista dos paradigmas, métodos e das experiências de análise, que se evidencia em tendências visualizadas, no momento presente, onde questões como aquelas referidas anteriormente (classe, gênero e etnicidade), compartilham o processo de investigação, tornando a pesquisa um processo multicultural.

Vemos, hoje, nas ciências sociais, um descentramento da autoridade das disciplinas para falar em nome de alguma categoria e para naturalizar os seus conhecimentos. O que está em jogo é que outras vozes reivindicam espaço para se projetar.

Nas ciências naturais, a ruptura com o senso comum dá-se, de forma diferente, das ciências sociais. As ciências naturais sempre anunciaram uma recusa frontal ao senso comum e outras formas de saber sobre a natureza. Mas é justamente nelas, segundo Sousa Santos (1988), que a ciência moderna sofre seus principais abalos: inicialmente, com a teoria da relatividade, depois com a teoria quântica e com os avanços nos domínios da microfísica, da química e da biologia, que vêm colocando em questão a objetividade, as leis e os princípios de universalização.

A opção predominante entre os cientistas das chamadas ciências naturais tem sido de buscar, cada vez mais, micro-padrões de desordem, indeterminação e incertezas, em lugar dos modelos teóricos baseados na idéia de ordem e determinação. São essas fraturas que preparam o terreno para a segunda ruptura analisada por Santos Sousa (1989): o reencontro da ciência com o senso comum, ou a “ruptura com a ruptura epistemológica”.

Uma ruptura epistemológica decorre de uma crise paradigmática e para que isto ocorra são necessárias, nas circunstâncias presentes, duas condições. A primeira, trabalhada por Kuhn, consiste na acumulação de crises no interior do paradigma, quando as soluções que este vai propondo para elas, em vez de as resolver, geram mais e mais profundas crises. A segunda, consiste na existência de condições sociais e teóricas que permitem recuperar todo o pensamento que não se deixou pensar pelo paradigma e que foi sobrevivendo em discursos

vulgares, marginais, subculturais - tanto lumpendiscursos, como discursos hiperelitistas (SOUSA SANTOS, 1989).

Para Sousa Santos (1989), estas duas condições já começam a estar presentes. A primeira, pelos acontecimentos nas ciências naturais e sociais, anteriormente descritos. A segunda, pela renovação da reflexão hermenêutica e o vincar das suas virtualidades para congregar, no mesmo campo cognitivo, discursos tão díspares como o discurso científico, o discurso poético e estético, o discurso político e o religioso. Esse é um sinal evidente de que a segunda condição está sendo forjada. É, nesses termos, que se concebe o reencontro da ciência com o senso comum (caracterizado por mesclar diferentes modos de organização do discurso).

O senso comum, historicamente, tem sido concebido como um pensamento conservador e fixista, mas, como bem lembra Sousa Santos (1989), opô-lo por essas razões à ciência, como quem opõe as trevas à luz, não faz, hoje, sentido, por muitas razões:

Em primeiro lugar, porque, se é certo que o senso comum é o modo como os grupos ou classes subordinadas vivem a sua subordinação, não é menos verdade que, como indicam os estudos sobre as subculturas, essa vivência, longe de ser meramente acomodatória, contém sentidos de resistência que, dadas as condições, podem desenvolver-se e se transformar em armas de luta.

Em segundo lugar, se se coloca que a principal função do senso comum é reconciliar a consciência social com o que existe, o mesmo viés conservador tem sido assinalado em muitas teorias científicas, que por serem caucionadas pelo paradigma e pelo poder institucional, têm eficácia social muito superior.

Em terceiro lugar, não é correto ter, do senso comum (ou do que quer que seja), uma concepção fixista. O seu caráter ilusório, superficial ou preconceituoso pode ser mais ou menos acentuado, tudo dependendo do conjunto das relações sociais cujo sentido ele procura restituir. Uma sociedade democrática, com desigualdades sociais pouco acentuadas, por certo, “produzirá” um senso comum diferente do de uma sociedade autoritária e mais desigual.

Em quarto lugar, a oposição ciência/senso comum não pode equivaler a uma oposição luz/trevas, até porque, se os preconceitos são as trevas, a ciência nunca se livrou completamente deles. A ciência vem reconhecendo que há preconceitos e preconceitos, e que

por isso mesmo é simplista avaliá-los negativamente. Para Gadamer (1997), não se pode negligenciar o papel positivo dos preconceitos ou pré-juízos em todo o processo da compreensão. Os preconceitos são constitutivos do nosso ser e da nossa historicidade e, por isso, não podem ser levemente considerados cegos, infundados ou negativos. São eles que nos capacitam a agir e nos abrem à experiência e, por isso, a compreensão do nosso estar no mundo não pode, de modo nenhum, dispensá-los. O senso comum é, por isso, de decisiva importância para a vida.

É à luz dessas considerações que Sousa Santos (1989) afirma ser forçoso concluir que caminhamos para uma nova relação entre ciências e o senso comum, uma relação em que qualquer um deles é *feito* do outro e ambos *fazem* algo de novo.

Repensar as relações entre a ciência moderna e o senso comum significa pensar que ambos devem se superar a si mesmos, dando lugar a outras formas de conhecimento, iniciando, talvez, pela superação do etnocentrismo científico, sem perder de vista que o senso comum, deixado a si mesmo, é conservador e pode legitimar prepotências. Mediado pelo diálogo com o conhecimento científico, pode dar origem a uma nova racionalidade, como observa Sousa Santos (1989).

Para Prigogine (1996, p.14) “Assistimos ao surgimento de uma ciência que não mais se limita a situações simplificadas, idealizadas, mas nos põe diante da complexidade do mundo real”. O pensamento complexo questiona a forma de produzir conhecimento fragmentado, reducionista e mutilador, da cientificidade clássica. A complexidade não se reduz a uma única vertente ou linha de pensamento, ao contrário, o que a caracteriza é a capacidade de considerar as influências recebidas, internas e externas. Compreender um objeto na sua complexidade significa também reconhecer a relativa opacidade deste. Tal opacidade significa a impossibilidade de apreender o objeto como um todo e que o conhecimento sobre este será limitado pelo referencial construído para a sua compreensão.

A opacidade que caracteriza os objetos das ciências sociais é discutida por Heidegger (1998), quando fala da falta de sentido em se afirmar que o acesso ao *Ser* faz-se, de modo transparente e total. Para ele, o obscurecimento do mundo nunca atinge a luz do ser. Mas a luz do *Ser* nunca é plena como a do sol, jamais apresenta o esplendor de algo que se oferece em sua plenitude. Trata-se, antes, de caracterizá-la como claro-escuro, como um manifestar-se que se guarda em seu enigma. Esta oposição entre claro/escuro, de objetos que ora se revelam,

ora se escondem, obriga o(a) pesquisador(a) a participar, ativamente, desse jogo, ampliando-lhe o horizonte de expectativa, no exercício de construção de um objeto que não contém em si mesmo todas as condições de sua inteligibilidade.

A crença em uma irremediável opacidade (característica dos objetos) e na incompletude de todo e qualquer conhecimento, é a base do pensamento complexo, que se constitui na grande inspiração da obra de Edgar Morin. A complexidade não é onisciente, pelo contrário, é um pensamento que sabe ser local, situado em tempo e momento. Não é completo pois traz, sempre, a incerteza, mas não cai no ceticismo resignado; ao contrário, lança-se na aventura incerta do pensamento, une-se à aventura incerta da humanidade desde o seu nascimento (MORIN, 1996a).

Para Morin (1998), a complexidade é o desafio, não a resposta; a palavra lembra problema e não solução. O pensamento complexo opõe-se ao da simplicidade, proposto pelo pensamento cartesiano. Nele, para conhecer, é preciso dividir, classificar, para depois tentar compreender as relações entre as partes que foram separadas. Este paradigma, próprio da cientificidade clássica, elimina a desordem do universo, colocando, neste, uma ordem que se reduz a elementos como leis, princípios e invariâncias. Separa o objeto do seu ambiente e do sujeito conhecente, em nome da objetividade. O princípio da simplicidade ou separa o que está ligado (disjunção – as coisas são catalogadas e justapostas, não se comunicam), ou unifica o que é diferente (redução). Apesar de aparentemente contrários, esses dois processos levam à mesma mutilação. Não se trata de um tipo de mutilação que ocorra, apenas, “porque não se têm informações suficientes”, mas porque este tipo de pensamento não é capaz de ordenar os diversos tipos de informações e saberes, é um pensamento que leva a ações mutilantes.

No esforço de entender a complexidade, além da incerteza da ciência, Morin (2000c), fala da importância de distinguirmos os diferentes aspectos do nosso pensamento, não os isolando ou os separando entre si, devido ao fato dos fenômenos apresentarem em si mesmos, uma solidariedade que traz a necessidade de não se isolar os objetos. Este é o cerne do pensamento complexo: *distinguir*, mas não *separar*. Não se trata, pois, de misturar as coisas, trata-se de distingui-las e associá-las, sem contudo homogeneizar, respeitando a diversidade, uma vez que a complexidade contém, em si, a impossibilidade de unificar, a impossibilidade do acabamento. A relação entre as coisas dá-se por *articulação* ou por *associação*.

O paradigma da complexidade diz que o “todo” é complexo. Baseado no pensamento sistêmico, Morin (1996a, 1996b) afirma que o *todo* é mais que a soma das partes. Um sistema tem qualidades próprias, qualidades *emergentes* que só aparecem quando o sistema se constitui. Mas, ao mesmo tempo, existem qualidades e propriedades das partes que são frequentemente inibidas pelo *todo*. Portanto, o *todo* é também menos que a soma das partes.. Os sistemas complexos, têm para Morin, um outro princípio de fundamental importância – o *hologramático*. Segundo esse princípio não é apenas a parte que está no todo, mas o todo que está na parte, como no holograma em que cada ponto contém a totalidade. Cada indivíduo não está somente dentro da sociedade, a sociedade enquanto *todo* está também no indivíduo.

O “todo” a que Morin se refere não tem o sentido de “global”, mas sim de totalidades parciais e provisórias. Para a teoria da complexidade, toda totalidade é potencial, múltipla, conjectural.

Nesses termos, Morin tece críticas ao *holismo*, como uma concepção que julga reducionista, para ele a explicação *holística*, que é globalista, promove o todo, mas rejeita as partes, ignorando que, nestas, operam-se transformações. Remete as partes ao todo, isolando-o; e isto também é um reducionismo. No holismo, não está presente a idéia do circuito relacional, que significa a interligação das propriedades das partes à propriedade do todo e vice-versa (PETRAGLIA, 1995).

Para Morin (1996b, 1998), a epistemologia complexa poderá fazer-nos tomar consciência dos limites do conhecimento (o que por si só já pode ser considerado grande passo na crítica às formas de produção do conhecimento). Mas, a grande contribuição dessa epistemologia é a compreensão de que conhecer é uma aventura incerta, frágil, difícil, trágica. É um processo que não segue um esquema sintético e harmonioso; ele contém brechas entre cada instância. O problema da epistemologia complexa é fazer comunicar estas instâncias separadas. Esta não é uma tarefa individual, ela só acontece coletivamente. O desafio da complexidade faz-nos renunciar, para sempre, ao mito da elucidação total do universo, mas nos encoraja a prosseguir na aventura do conhecimento que é o diálogo com o universo. A complexidade, também, não nega as fantásticas conquistas do conhecimento científico fundamentado no mito da simplicidade; pode-se dizer, até, que a complexidade reside, precisamente, na relação entre o simples e o complexo, porque esta relação é, simultaneamente, antagônica e complementar.

Assumindo, plenamente, a hipótese da complexidade do real, Ardoino (1998, p. 206) propõe uma abordagem *multirreferencial* para uma leitura plural de objetos sociais (práticos/teóricos). A multirreferencialidade “é uma resposta à constatação da complexidade das práticas sociais e, num segundo tempo, o esforço para dar conta, de um modo um pouco mais rigoroso, desta mesma complexidade, diversidade e pluralidade”.

A multirreferencialidade pode ser entendida como uma pluralidade de olhares dirigidos a uma realidade e uma pluralidade de linguagens para traduzir esta mesma realidade e os olhares dirigidos a ela. Entende-se que os diversos sistemas de referências são distintos, reconhecidos explicitamente como não-redutíveis uns aos outros, *escritos* em linguagens distintas. A aceitação da heterogeneidade que constitui o complexo e, portanto, a compreensão de que o exercício de reflexividade requerido por ela vai exigir um amplo espectro de referenciais é o cerne da abordagem multirreferencial (FRÓES BURNHAM, 1998a). Muito mais que uma justaposição de olhares disciplinares, a multirreferencialidade supõe a capacidade de falar várias “línguas” (inteligibilidades) sem as confundir (MACEDO, 1998).

A busca da inteligibilidade dos fenômenos, processos e práticas sociais, através da heterogeneidade de olhares, não significa uma mistura entre eles, ao contrário, o que distingue uma abordagem multirreferencial é o cuidado de se distinguir mas, ao mesmo tempo, buscar formas de comunicação entre os diversos sistemas de referências. Para Ardoino (1998), é a combinação de conjuntos profunda e irreduzivelmente heterogêneos, que permitirão a elaboração de novas significações. O trabalho de análise consiste, então, em localizar essas significações e articulá-las e não em tentar encontrar homogeneidade entre elas.

Na abordagem multirreferencial, cada referente é o limite do outro, cada disciplina deixa de ser pertinente no limite da inteligibilidade permitida por uma outra, como observou Berger (1988, *apud* COULON, 1998, p. 157):

A especificidade da multirreferencialidade não é, portanto, a complementaridade, a aditividade, a pretensão de uma transparência esperada e de um controle possível, mas a afirmação de um luto necessário, da impossibilidade de um ponto de vista, considerando todos os pontos de vista, e a afirmação da limitação recíproca dos diversos campos disciplinares.

A multirreferencialidade não se reduz, portanto, a uma idéia de *multidimensionalidade*. Não basta adicionar “dimensões”, para produzir uma análise, que leve em conta as diferentes posturas que representam. A multidimensionalidade remete à idéia de

que é possível explicar uma realidade, ou um fato, pela demonstração das variáveis explicativas que o constituem e que permitem considerá-lo em sua totalidade. Para Coulon (1998), se isto pode ser considerado uma necessidade, nas ciências da matéria, o mesmo não ocorre nas ciências humanas, porque estas são confrontadas com práticas sociais.

O trabalho com a perspectiva da multirreferencialidade, reivindica a renúncia à visão simplista do conhecimento e o reconhecimento da necessidade de um pensamento ao mesmo tempo sistêmico, compreensivo e hermenêutico (ARDOINO, 2000a).

A multirreferencialidade aparece como uma proposta de que, sem dissolver as competências, as especializações, as teorias, faça-se uma articulação entre os saberes. As competências específicas devem ser mantidas, dentro, no entanto, de outra política de conhecimento.

A concepção de *multirreferencialidade* está intimamente ligada à de *referência*, esta é compreendida por Barbier (1997, p. 161), como “um núcleo de representações de que é portador cada ator social, tanto do ponto de vista organizacional, simbólico, institucional, ideológico, quanto libidinal etc.” Referências ao “sagrado”, ao “transpessoal”, a processos de auto-superação e a características míticas e artísticas, todas elas irredutíveis à interpretação científica e, comumente postas de lado, são incluídas por Barbier na sua compreensão do que seja *referência*, pois todas elas são inseparáveis dos valores últimos do sujeito. Na concepção de *referência* proposta por Barbier, a ciência deixa de ser a única referência e passa a se articular a outras da vida prática, para formar novos saberes, em um processo permanente e infinito.

Uma lógica que tem sido explorada pela multirreferencialidade, na construção de métodos de pesquisa é a da *bricolagem*³. Esta consiste em construir objetos, a partir de referências que são fragmentárias. Nesse processo, não existe a hierarquia dos saberes; a bricolagem pressupõe um produto, que é sempre inacabado, as conclusões são sempre temporárias. Na concepção de bricolagem, como método de pesquisa, tudo é construído, a partir dos dados que se tem para construir.

³ Ao traduzir o termo para o português, Joaquim Gonçalves Barbosa, aponta algumas questões. A primeira por não possuir correspondente direto em nossa língua, as possibilidades de tomá-lo como “trabalho amador”, “pequenas reparações domésticas” e “biscates” só corroboraria a significação pejorativa que Ardoino aponta também para o francês atual. A expressão “trabalho artesanal” poderia satisfazer razoavelmente a proposta de resgate do valor técnico da palavra, mas a sua proximidade com *artesanato* (ofício manual) desaconselha o uso. Daí porque o tradutor optou por simplesmente apontar a forma francesa, com a intenção de resguardar as características do conceito trabalhado por Ardoino (1998).

Para Ardoino (1998), apesar do sentido pejorativo que o termo carrega, atualmente, há uma tendência de reabilitá-lo no nível da técnica e da ciência. Assim é que, na Antropologia, toma o sentido de “trabalho cuja técnica é improvisada, adaptada aos materiais, às circunstâncias⁴”. Nos domínios das ciências cognitivas – a inteligência vem sendo descrita como uma bricolagem permanente (LAPASSADE, 1998).

Ao descrever a bricolagem, como método de pesquisa, Lapassade (1998, p.126), refere-se ao que Lévi-Straus escreve a respeito da bricolagem; “[...] a regra desse jogo é sempre a de se ajeitar com recursos secundários, quer dizer, um conjunto sempre finito de ferramentas e de materiais heteróclitos”. Cita, ainda, o entendimento de Karl Popper sobre a “bricolagem intelectual⁵” que seria “mesmo a regra fundamental e incontornável das “ciências sociais”, as quais estão, de alguma forma, condenadas a esta maneira de trabalhar, porque o seu objeto é, infinitamente, complexo”.

Ardoino (1998) afirma, ainda, que o termo *bricolagem* sempre conteve a idéia de *improvisação hábil* e de *astúcia*, concluindo que se trata, essencialmente, de “ir aqui e lá, eventualmente procurar obter, pelo desvio, indiretamente, aquilo que não se pode alcançar de forma direta”. Para Barbosa (1998), esta é uma definição clara do que seja *bricolagem*.

Lapassade (1998) chama atenção de que, apesar da idéia de “bricolagem” ser aceita, nos domínios da reflexão epistemológica e de parecer ser esta a sina de todo procedimento científico para além das teorias unitárias, ainda é tabu, quando se trata de descrevê-la concretamente, para conduzir uma pesquisa. Ainda são muito raros os pesquisadores que descrevam suas improvisações, intuições e astúcias no desenvolvimento do seu trabalho.

Como já foi dito antes, em uma perspectiva multirreferencial, aborda-se o objeto, de maneira dialética, aceitando e até reivindicando uma certa lógica do antagonismo. Nesse ponto, vale destacar que isso não significa um “vale tudo” teórico/metodológico. A abordagem multirreferencial, atrela-se, antes de mais nada, ao balizamento preliminar das implicações que ligam o(a) pesquisador(a), individual ou coletivo, ao seu campo e ao seu objeto.

⁴ Dicionário da língua francesa - Petit Robert.

⁵ Tradução feita por Lapassade (1998) da expressão “*piecemeal engineering*” utilizada por Karl Popper.

Em suas tentativas de articulação das diferentes referências, o(a) pesquisador(a) assume sempre uma posição. Ele(a) não aborda seu objeto de pesquisa, a partir de uma justaposição de abordagens, em um relativismo cultural em que tudo é igual a tudo, mas ele(a) está situado(a) teoricamente, integrando, de forma singular, as diferentes teorias, a partir de uma posição básica para ele(a), como nos lembra Giust-Desprairies (1998, p.166):

É apenas a partir do momento em que sua posição é elucidada e autorizada que o pesquisador pode situar as linhas de forças teóricas em sua diversidade, tirando, delas, significações e hipóteses para ele e seu objeto. O posicionamento ético do pesquisador parece-nos a condição necessária para chegar além de uma ‘interdisciplinaridade aditiva e fusionante’, aos verdadeiros obstáculos epistemológicos da multirreferencialidade ligados à complexidade dos fenômenos e à sua difícil apreensão na confrontação com o objeto de pesquisa.

Mas não devemos nos esquecer de que a riqueza da abordagem multirreferencial está, justamente, na possibilidade de articulação de várias posturas, visões e teorias para a compreensão e apreensão de uma determinada realidade que é complexa. Assim, o(a) pesquisador(a) deve tomar muito cuidado para não permanecer apenas nas suas próprias referências, para que seu olhar não seja apenas um olhar panorâmico, de quem olha a rua da porta da sua casa.

A multirreferencialidade é um tipo de análise hermenêutica, pois pressupõe a interpretação na produção do conhecimento e requer, sempre, uma compreensão das situações, em que os sujeitos implicados interagem intersubjetivamente. Existe, na multirreferencialidade, uma perspectiva interpretativa que desenvolve a visão hermenêutica de que o investigador está sempre situado e deve compreender o significado das práticas culturais a partir do seu próprio interior.

A palavra hermenêutica remete ao deus-mensageiro-alado, Hermes, da mitologia grega. Hermes é o deus das estradas, que vive a percorrer e a mostrar caminhos, no desenvolvimento do seu trabalho, que é o de ser mensageiro de Zeus para o ser humano. Ele é o tradutor, o mediador entre esses dois mundos diferentes. Enquanto portador e mediador de uma mensagem, tem a função da transmutação – transformar tudo aquilo que ultrapassa a compreensão humana em algo que essa inteligência consiga compreender. Os gregos atribuíam a Hermes a descoberta da linguagem e da escrita – as ferramentas que a compreensão humana utiliza para chegar ao significado das coisas e para transmitir aos outros (PALMER, 1997). Hermes é um deus mundano, gosta de se misturar ao povo; de experimentar a vida cotidiana; precisa conhecer esse mundo para “tornar compreensível” aos

homens as mensagens divinas. As suas traduções jamais podem ser consideradas “perfeitas”, o esforço de dar sentido às mensagens, sempre inclui algum nível de “ruído” ou de “traição” ao texto original.

A hermenêutica tem sido, contemporaneamente, compreendida como uma teoria da interpretação, ou melhor dizendo, como tendências teóricas que lidam com a interpretação, já que existem várias vertentes reflexivas que tratam diretamente desta problemática. A hermenêutica procura desvelar as formas de produzir e de captar sentido, compreender como se dá o sentido, enquanto elemento fundante da ação humana. É o exercício da arte da interpretação, da abertura para o novo, para o devir, para aquilo que ainda não é. O evento é o objeto privilegiado da hermenêutica.

A teoria hermenêutica contemporânea tem suas bases no pensamento alemão; é nele que se encontram os fundamentos filosóficos para um entendimento mais profundo das questões da compreensão/interpretação, nas obras de seus quatro maiores teóricos: Schleiermacher, Dilthey, Heidegger e Gadamer. Entre estes autores, pode-se demarcar as duas principais correntes do pensamento hermenêutico contemporâneo, através da nítida polarização entre seus seguidores. De um lado, tem-se a tradição de Schleiermacher e de Dilthey, cujos partidários encaram a hermenêutica como um corpo geral de princípios metodológicos que subjazem à interpretação. E, por outro lado, tem-se os seguidores de Heidegger que vêem a hermenêutica como uma exploração filosófica das características e dos requisitos necessários a toda a compreensão. Gadamer, na seqüência de Heidegger, orienta seu pensamento para a questão mais filosófica do que é a interpretação em si mesma; defende que a compreensão é um ato histórico e, como tal, está sempre relacionada com o presente. Sustenta que é ingênuo se falar de “interpretações objetivamente válidas”, pois fazê-lo implicaria ser possível uma compreensão que partisse de um ponto de vista exterior à história (PALMER, 1997).

Heidegger em *Ser e Tempo* (1998), enfatiza a idéia de que os sujeitos humanos são formados pelas práticas histórico-culturais nas quais eles se desenvolvem. Estas práticas formam um *background* que não pode nunca se tornar, completamente explícito, e assim não pode ser entendido em termos das crenças do sujeito doador de sentido. As práticas que constituem este *background* podem, entretanto, conter um sentido. Elas incorporam uma maneira de compreender e lidar com as coisas, pessoas e instituições.

O processo de decifração, de compreensão do significado de uma obra e das práticas sociais é o ponto central da hermenêutica; definida como o estudo da compreensão das obras humanas. Nestes termos, a hermenêutica transcende as formas lingüísticas de interpretação e se torna fundamental em todas as humanidades (PALMER, 1997).

A hermenêutica, associada à idéia de tornar compreensível, tem sido uma presença fundamental nas discussões em torno da propalada diferença entre *explicar* (ciências naturais) e *compreender* (ciências humanas). A hermenêutica tem posto em questão essa diferença, ao desfazer a distinção epistemológica entre essas duas formas de fazer ciência.

A hermenêutica tem mostrado que todo saber jamais alcança as coisas como elas realmente são; todas as formas de saber são, na verdade, formas de criação, de leituras, a partir da tradição e da língua, e não formas de descobertas. Como construções culturais, as práticas sociais, de acordo com a avaliação hermenêutica, podem ser percebidas como superficialmente significativas, profundamente significativas, ou, até mesmo, profundamente sem sentido (DREYFUS; RABINOW, 1995).

A hermenêutica tem como tarefa fazer pensamentos estranhos dialogarem. É um exercício que exige mapear vazios e equívocos. Vazios esses não redutíveis. É a partir da irredutibilidade desses vazios que se tem uma nova chave de interpretação: não é só trazer para o familiar, mas repor o estranhamento. Familiarizar e desfamiliarizar, mostrar a estranheza, são tarefas do hermeneuta.

Um outro ponto fundamental da contribuição da hermenêutica, principalmente para quem trabalha com educação, é o reconhecimento de que o horizonte delineado pela linguagem em que nos constituímos como sujeitos é aberto, móvel e susceptível de incorporar o ainda não integrado, o novo. Não fosse assim, o conhecimento não passaria de redundância, tautologia, reiteração do mesmo (SOARES, 1994).

Questões de estudo referentes à educação requerem, também, incursões pela fenomenologia. Esta nasceu do questionamento da dissolução da filosofia, no modo científico de pensar e foi se constituindo como crítica à ciência (mais especificamente à metafísica, considerada como a postura epistemológica que a fundamenta) e, conseqüentemente, também à técnica moderna. Mas a crítica destas questões não consiste, evidentemente, apenas em formulações negativas, mas na formulação de outros modos de se compreender tudo o que

existe e que já tenha significado pelo olhar metafísico, tal como as noções de homem, mundo, corpo, percepção, história (CRITELLI, 1996).

A fenomenologia não é uma teoria única. Formada de *fenômeno* + *logos*, significa o que vem à luz, uma vez que o discurso é o falar inteligível sobre o que se mostra. A realidade, na abordagem fenomenológica, é o que emerge da intencionalidade da consciência voltada para o fenômeno. Ela interroga o que é experienciado pelo sujeito voltado, atentivamente, para o que se mostra. A realidade é o compreendido, o interpretado e o comunicado. É, portanto, *perspectival*, não havendo uma única realidade, mas tantas quantas forem suas interpretações e comunicações. O pensar fenomenológico não prescinde da práxis, isto é, de experiência vivida no mundo-vida (BICUDO, 1994).

A *experiência* (um conceito fundamental nesta pesquisa) é compreendida pela fenomenologia, especialmente a *Fenomenologia da Percepção* de Merleau-Ponty, como experiência vivida. O corpo, como um conjunto integrado de habilidades, organiza a experiência mais do que o ego transcendental. Essa percepção é diferente da experiência compreendida como empírica ou informativa. Na concepção de Merleau-Ponty, não é apenas o pragma que importa, como experiência das coisas de que o sujeito se ocupa, mas importa a práxis, como agir e fazer, de modo criativo e crítico (BICUDO, 1994).

A concepção de *saber social*, que fundamenta a concepção de *saber de experiência* trabalhada nesse estudo, também tem suas raízes na fenomenologia, mais precisamente na chamada *fenomenologia social*. Entende-se o saber social como um conjunto de conhecimentos, habilidades, valores e atitudes, produzidos pelas pessoas, na vida cotidiana, para dar conta dos seus interesses. Estes conhecimentos são provenientes da sociedade, apenas uma pequena parte tem origem na experiência pessoal de cada um. Ele é, socialmente distribuído, significando que o que cada um conhece é diferente do que o outro conhece. As tipificações, as máximas e as definições têm “um horizonte aberto de significados”, elas são, em outras palavras, potencialmente equívocas (LAPASSADE, 1996).

A fenomenologia social aproxima-se muito de outra abordagem que também é de interesse para esse estudo, que é a *etnometodologia*. Entende-se por etnometodologia, não um método (ou uma metodologia) para a etnologia, mas o estudo dos *etnométodos*, termo criado por Harold Garfinkel, fundador dessa corrente, para designar os processos que são utilizados na vida cotidiana, continuamente, mas sem lhes prestar muita atenção, para comunicar e

interpretar o social “para todos os fins práticos” e que são, conseqüentemente, constitutivos do *raciocínio sociológico prático* (LAPASSADE, 1996).

A abordagem etnometodológica identifica-se, explicitamente, com o método hermenêutico de Heidegger, especificamente, com uma interpretação do *Dasein* (estar, ser-no-mundo, na cotidianidade). Para os etnometodólogos, somos seres da prática, estamos sempre construindo/reconstruindo nossas práticas na vida cotidiana. Isto nos dá uma abertura para pensar o currículo, não como algo já dado, mas como algo em permanente construção.

Na perspectiva etnometodológica, as práticas estão localizadas no tempo e no espaço, referidas, portanto, a um contexto. Esta teoria social fundamenta-se, basicamente, em duas noções indissociáveis, que designam propriedades fundamentais das linguagens e das ações sociais. Uma delas é a *indexicalidade* – relativo ao contexto, ao lugar onde o sujeito está inserido (enraizamento) e a outra é a *reflexibilidade* – relação circular entre os elementos constitutivos de um contexto e o contexto mesmo: as ações não estão isoladas, elas se refletem no contexto e o contexto reflete-se nas ações (MACEDO, 2000).

Uma outra vertente de pensamento que tenta atravessar os limites entre a filosofia e a ciência, reivindicando contribuições da hermenêutica é o *pragmatismo*. Este reivindica um “deixar olhar”, um ir direto às coisas mesmas, sem a intermediação de uma teoria. Nasce do conflito entre epistemologia moderna e a ética. Deixa de lado a idéia da diferença entre aparência e realidade; entre sujeito e objeto e a qualquer forma de *a priori*. Os meios onde tudo acontece são as práticas sociais, onde tudo nasce, a partir das relações que vão se constituindo. Um dos principais representantes deste pragmatismo é o americano Richard Rorty.

Para Rorty (1997), não há fundamentos no conhecimento, o jogo hermenêutico estabelece-se pela *conversação*. A comunicação livre, a conversação civilizada é o fim último. O que Rorty não explica, como argüi Rabinow (1986), é como se pode romper o círculo metodológico que a ciência constrói em torno de si, sem o auxílio de uma epistemologia e/ou de uma ontologia. O como o pensamento e as práticas sociais se interconectam, é uma discussão ausente no pensamento de Rorty, além de um claro negligenciamento da questão do poder.

Não obstante estas críticas, o pensamento de Rorty traz contribuições fundamentais

para a discussão sobre a importância das aprendizagens (re)construídas no trabalho com comunidades para a formação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, podemos falar da aposta do pragmatismo na solidariedade social, na resolução de conflitos pela conversação e o acordo (sem ignorar que isto não acontece sem tensões); na prioridade absoluta de que as práticas sociais se inventem e se criem no conflito aberto e renovável e que a educação (que Rorty chama de edificação) possa significar um projeto de encontrar novas, melhores, mais interessantes e mais fecundas maneiras de falar. Ou seja, novas formas de edificar a nós mesmos e aos outros (DAZZANI, 1999).

Todas as abordagens que vimos neste capítulo, estruturam-se, de alguma forma, nos fundamentos da interpretação. A hermenêutica é, sem dúvida, um dos mais poderosos métodos disponíveis para o estudo dos seres humanos, indispensável, portanto, para a compreensão das práticas sociais. Entretanto, apesar da sua grande contribuição, a hermenêutica tem limites que não podem ser desconsiderados.

Foucault, em sua leitura de Nietzsche, encontra bons motivos para desconfiar da abordagem interpretativa. Na sua genealogia, Nietzsche trata da maneira como o poder usa a ilusão do sentido para se favorecer, tanto em sua forma de um comentário da vida cotidiana, quanto na sua forma correlata de exegese profunda do que as práticas cotidianas encobrem. Essa desconfiança, entretanto, não impediu Foucault de utilizar a abordagem hermenêutica, quando a considerava pertinente em seus trabalhos (DREYFUS; RABINOW, 1995).

Em uma crítica mais geral à interpretação, no seu sentido moderno, Sontag (1987) afirma que, desde a sua origem filológica, a interpretação sempre buscou a revelação do “verdadeiro sentido” de um texto. Mas que contemporaneamente esta busca torna-se mais agressiva, num claro desprezo pelas aparências:

O estilo moderno de interpretação escava e, à medida que escava, destrói; cava “debaixo” do texto, para encontrar um subtexto que seja verdadeiro [...] todo conteúdo manifesto deve ser investigado e posto de lado a fim de se descobrir debaixo dele o sentido verdadeiro – o conteúdo latente (SONTAG, 1987, p. 15).

Em uma cultura cujo dilema clássico é a hipertrofia do intelecto em detrimento da energia e da capacidade sensorial, Sontag chama atenção que o que importa, agora, é recuperarmos nossos sentidos. Devemos aprender a *ver* mais, *ouvir* mais, *sentir* mais. Nossa

tarefa não é descobrir o maior conteúdo possível de coisas, como por exemplo, uma obra de arte, ao contrário, nossa tarefa é reduzir o conteúdo para que possamos ver a coisa em si.

Estas são questões que devem ser levadas em conta em qualquer pesquisa de base hermenêutica, mas que de forma alguma devem ser consideradas como restrições à utilização dessa abordagem, sobretudo em pesquisas como a nossa, que buscou compreender o significado de uma prática social (o trabalho conjunto entre a universidade e a comunidade como espaço de aprendizagem para futuros profissionais de saúde), a partir de seu próprio interior. A experiência hermenêutica, ao balançar entre o familiar e o estranho, entre a intersubjetividade do acordo ilimitado e o rompimento da possibilidade de compreensão, presentes em cada contexto, abre amplas possibilidades para o estudo, tanto das interações de comunidades e grupos socioculturalmente heterogêneos, como das relações no interior de conjuntos aparentemente mais homogêneos. A abordagem hermenêutica, ao buscar a compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, muito tem contribuído para o encontro fecundo entre filosofia e ciências sociais, entre a teoria e a prática transformadora (MINAYO, 1996).

Durante todo o processo da pesquisa, uma importante questão metodológica fez-se presente: como se situar nos limites entre a *implicação*⁶, de quem faz parte do próprio objeto da pesquisa (como professora, participante de uma das práticas selecionadas para o estudo – o estágio curricular da escola de enfermagem) e o *distanciamento*, necessário para se permanecer “pesquisadora”. Como encontrar o equilíbrio entre a implicação e o distanciamento? Como participar da vida dos grupos e, ao mesmo tempo, manter o isolamento suficiente para religar o que se aprende no campo com as teorias? Estas foram questões para as quais não tínhamos respostas prontas, o caminho foi sendo traçado no próprio caminhar, orientado pelo referencial construído para a pesquisa. Os procedimentos metodológicos utilizados para construir este caminho foram a análise documental, grupos focais e a observação direta. O desenho da pesquisa, assim como o da análise, serão apresentados a seguir.

⁶ Implicação: sistema de valores últimos (os que ligam à vida), manifestados em última instância, de uma maneira consciente ou inconsciente, por um sujeito em interação na sua relação com o mundo, e sem a qual não poderia haver comunicação (BARBIER, 1996).

2.1 DESENHO DA PESQUISA

O foco deste trabalho está centrado em práticas com comunidades, desenvolvidas pelos cursos de enfermagem, medicina e odontologia da UFBA, na área do distrito sanitário⁷ Barra/Rio Vermelho, escolhido por ser o local onde se concentra a maioria dessas práticas. O que se buscou foi a ressignificação do trabalho cooperativo com comunidades, como práticas formativas, ao mesmo tempo em que são também possibilitadoras da participação social em saúde, a partir das perspectivas dos diversos atores nelas implicados.

Em todo o processo da pesquisa, buscamos nortear nossas ações pela *escuta sensível*, método que vem sendo desenvolvido por René Barbier (1996, 1997, 1998). Trata-se de um “escutar/ver” fundamentado, amplamente, na abordagem não-diretiva rogeriana (Carl Rogers) em ciências humanas, mas pende para o lado da atitude meditativa no sentido oriental do termo. A escuta sensível apoia-se na *empatia*, compreendida como *sensibilidade* (sentimento de ligação a tudo o que vive e a tudo que existe). O(a) pesquisador(a) deve saber sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para “compreender do interior” as atitudes e os comportamentos, o sistema de idéias, de valores, de símbolos e de mitos.

O “ver” e o “escutar” da escuta sensível é um exercício de encontrar, nas falas, a *criação* e, não apenas, a *reprodução*. A escuta sensível é da ordem do instituinte, ela faz surgir novos sentidos que incomodam o instituído, mexe nas suas estruturas.

A escuta sensível reconhece a aceitação incondicional do *outro*. Ela não julga, não mede, não compara. Ela compreende sem, entretanto, aderir às opiniões ou se identificar com o *outro*, com o que é enunciado ou praticado. Mas a escuta sensível não significa a “ausência” do(a) pesquisador(a), ao contrário, este(a) afirma a sua coerência, tanto ao comunicar suas emoções, seu imaginário, suas perguntas e seus sentimentos profundos, como ao poder recusar trabalhar com um grupo, se algumas condições se chocarem com seu núcleo central de valores, sua filosofia de vida.

⁷ Distrito Sanitário – unidade operacional básica do SUS - Sistema Único de Saúde. Criado dentro da política de descentralização e reorganização das práticas sanitárias no Brasil. A sua filosofia vai além de uma mera divisão topográfico-burocrática. O distrito sanitário, como concepção, é um espaço de lutas sociais por mudanças das práticas de saúde (MENDES et al., 1995).

Para falar a respeito da escuta sensível em uma abordagem multirreferencial, Barbier utiliza-se de uma espécie de dialética negativa: fala do que a escuta não é, para poder conseguir esboçar, no vazio, o que ela poderia se tornar no ato mesmo de viver. A multirreferencialidade está ligada a esse assumir um “vazio criador” na complexidade do objeto. Ela é um tipo de questionamento permanente a respeito desse vazio. A prática humana e social é percebida, já de saída, como portadora de uma infinidade de referências que nenhum tipo de análise poderá esgotar.

No método da escuta sensível e multirreferencial é preciso saber apreciar o “lugar” diferencial de cada um no campo das relações sociais para poder escutar sua palavra ou sua capacidade “criadora”. Mas a escuta sensível recusa-se a ser uma obsessão sociológica, fixando cada um em seu lugar e lhe negando uma abertura para outros modos de existência. Antes de situar uma pessoa no seu “lugar”, a escuta sensível começa por reconhecê-la, em seu ser, na sua qualidade de pessoa complexa, dotada de uma liberdade e de uma imaginação criadora.

A escuta sensível e multirreferencial não está assentada sobre a interpretação dos fatos, ela começa por não interpretar para suspender todo julgamento. Busca compreender por “empatia” o “excedente” de sentido que existe na prática ou na situação, deixa-se surpreender pelo desconhecido que, constantemente, anima a vida. Apenas em um segundo momento, após um trabalho que se pode comparar ao de um escultor (que para fazer surgir a forma, deve primeiramente, passar pelo trabalho do vazio e retirar o que é supérfluo), o pesquisador poderá fazer, com prudência, proposições interpretativas, de “atribuir um sentido” e não de impô-lo.

A escuta sensível apóia-se sobre a totalidade complexa da pessoa, dos seus cinco sentidos. Uma pessoa só existe pela existência de um corpo, de uma imaginação, de uma razão, de uma afetividade em permanente interação. A audição, o tato, o gosto, a visão, o paladar são desenvolvidos na escuta sensível. A escuta sensível e multirreferencial é, também, meditativa, no sentido da plena consciência de estar, aqui e agora, no menor gesto, na menor atividade da vida cotidiana. A pessoa que se encontra no estado meditativo, está num estado de hiperobservação, de suprema atenção – o contrário de um estado dispersivo de consciência.

2.1.1 Procedimentos

2.1.1.1 Momento exploratório da pesquisa:

Para a seleção das práticas que fariam parte do estudo, foi realizado, inicialmente, um mapeamento dos cursos, componentes curriculares e respectivos professores que desenvolviam atividades em comunidades. Este mapeamento foi realizado através de contatos com professores, estudantes, lideranças comunitárias, coordenadores de projetos e técnicos de serviços de saúde. Esses contatos foram fundamentais não só para a escolha das experiências que seriam analisadas, mas, também, para melhor delimitar o próprio objeto da pesquisa.

Além das Faculdades de Odontologia e Medicina e da Escola de Enfermagem, foram feitos contatos com a Escola de Nutrição⁸, onde foi verificado que, naquele momento (do trabalho de campo – abril a julho de 2001), não existiam trabalhos sendo desenvolvidos diretamente com comunidades. Devido a esse motivo, a Escola não foi incluída na análise, pois fugia aos critérios estabelecidos para a pesquisa.

De início, pensou-se, também, em incluir os serviços de saúde. Foram realizados alguns contatos, verificando-se, depois, que, nas práticas selecionadas para a pesquisa, não havia uma participação direta destes serviços, a não ser pelo trabalho dos agentes comunitários (estes, apesar de estarem ligados aos serviços, atuam, basicamente, na comunidade). Além disso, consideramos que, se incluíssemos os serviços de saúde, que já representa outro espaço de aprendizagem distinto, o estudo ficaria muito amplo e ambicioso.

⁸ Os contatos com a Escola de Nutrição abrangeu a realização de grupos focais com professores e com estudantes, além da observação de algumas práticas. Este curso foi escolhido, inicialmente, devido ao grande interesse que alguns professores têm demonstrado em ampliar a participação da Escola em projetos junto a comunidades. Entretanto, durante os grupos focais e a observação participante, ficou evidenciado que a atuação na área de “nutrição social” ainda está muito situada nos centros de saúde. A atuação, de forma mais direta, em comunidades é algo que, no período do trabalho de campo (abril a julho de 2001), ainda estava sendo amadurecido. Existem vários projetos de extensão promovidos pela própria Escola nesta direção. Além destes projetos, os estudantes referem também a participação em outros, inclusive do UFBA em Campo e de algumas experiências do Projeto UNI. Mas, em que pese o interesse demonstrado pelos professores e pelos estudantes, no nosso entender, a escola não assume, ainda, de forma institucional (no currículo formal) a atuação no “espaço comunidade” como parte integrante (mesmo que de forma marginal, como acontece nos outros cursos analisados) da formação dos novos nutricionistas. Assim, resolvemos excluir o referido curso da análise, por considerar que este estaria em uma situação diferenciada dos demais.

2.1.1.2 Grupos focais⁹:

Na fase de trabalho de campo, foram realizados oito grupos focais. Destes, três foram com professores (dos cursos de enfermagem, odontologia e medicina – um com cada grupo de professores), outros três foram com os estudantes (seguindo a mesma sistemática dos professores). Foram realizados, também, um grupo com lideranças comunitárias e um com agentes comunitários de saúde. Todas as falas foram gravadas e transcritas. A própria pesquisadora desempenhou o papel de facilitadora da discussão, ao tempo em que tomava notas de aspectos não verbais, ou de qualquer outro aspecto considerado significativo, ocorrido durante cada grupo. A seleção dos participantes, nos grupos focais, foi baseada nos seguintes critérios e procedimentos:

Professores: estar atuando em uma das disciplinas selecionadas para o estudo, durante o período do trabalho de campo ou terem dela(s) participado até dois semestres antes de 2001.1 (período do trabalho de campo). Todos os professores selecionados por esse critério, foram convidados, pessoalmente, pela pesquisadora. Este mesmo procedimento foi repetido na preparação de todos os grupos focais. Em cada grupo, dois dias antes, era feita a confirmação, por telefone, da presença dos convidados. Antes do início de cada grupo focal, eram explicitados os objetivos da pesquisa, bem como o esclarecimento de que as identidades dos participantes seriam mantidas em sigilo. Além disso, foi solicitada, a cada participante, a assinatura de um “termo de consentimento” da utilização das informações prestadas pelos grupos no âmbito da pesquisa (APÊNDICE A). Em todos os grupos, foi pedida a autorização para a gravação das falas. As questões colocadas para discussão, nos grupos, constam no Apêndice B. Entre os professores, em média, 90% compareceram aos respectivos grupos.

Estudantes: estar cursando uma das disciplinas selecionadas, durante o semestre 2001.1, ou a tivessem cursado nos dois semestres anteriores. Os estudantes foram indicados, principalmente, pelos professores, como aqueles que tinham tido, ou estavam tendo, uma atuação destacada nas práticas com comunidades. Alguns foram convidados pela

⁹ *Grupo focal* é uma técnica qualitativa, não diretiva, inspirada em técnicas de entrevistas não estruturadas e técnicas grupais usadas em psiquiatria ou psicologia. A entrevista focalizada, tem suas raízes no trabalho de Carl Rogers e foi introduzida nas ciências sociais, de forma mais elaborada por Merton. Ela pertence à categoria mais geral de pesquisa aberta ou não-estruturada e visa a colocar as respostas do sujeito no seu próprio contexto, evitando-se a prevalência, comum nos questionários estruturados, do quadro conceitual preestabelecido pelo pesquisador (MINAYO, 1996). A organização e o desenvolvimento dos grupos focais foram baseados principalmente nos trabalhos de Chiesa e Ciampone (1998) e Tanaka e Melo (2001).

pesquisadora em contatos realizados na fase exploratória da pesquisa; outros manifestaram o desejo espontâneo de participar. Houve, em média, 20 % de ausência nos grupos de estudantes.

Lideranças comunitárias: foram convidadas aquelas que tinham uma participação mais direta no planejamento, acompanhamento e avaliação das atividades dos estudantes na comunidade. Neste grupo, as ausências foram mais frequentes; na primeira vez, não houve quorum e o grupo teve que ser remarcado. Na segunda vez, compareceram, apenas, 50% dos convidados. Neste segundo momento, tomou-se a decisão de realizar o grupo apenas com os três líderes que atenderam ao convite, com a decisão de avaliar, depois, a necessidade de complementação das informações, através da realização de outro grupo focal. Avaliamos posteriormente que isto não seria necessário, pois as informações dadas pelos participantes foram consideradas suficientes.

Agentes comunitários de saúde – ACS: foram convidados aqueles que estavam participando, ou que haviam participado, recentemente (até um ano antes), de trabalhos com alunos e professores dos cursos envolvidos, em sua área de atuação. Foi considerada, principalmente, a participação, na execução das ações, mas foi verificado que a maioria dos ACS participavam, também, do planejamento; algumas vezes, esta participação se estendia até a avaliação. Para a realização desse grupo, foi solicitada, também, a autorização das enfermeiras supervisoras do PACS às quais os ACS estavam subordinados e da coordenação do distrito sanitário Barra/Rio Vermelho. Os ACS recusaram-se a assinar o “termo de consentimento”. Neste caso, a autorização foi pedida, oralmente, e registrada na fita de gravação. Neste grupo, o percentual de ausência foi de 10%.

2.1.1.3 Observação direta no campo:

A observação direta no campo, teve o sentido de buscar compreender as situações práticas, de maneira mais ampla possível, tentando perceber as suas relações, dinâmicas e contradições. Ou seja, ir além dos seus aspectos aparentes.

Foram observadas ações, nas comunidades do Alto das Pombas (onde se concentravam práticas desenvolvidas pelos cursos de odontologia e de medicina), no Vale das Pedrinhas e no Engenho Velho da Federação (locais onde os estudantes de enfermagem

estavam atuando). O critério inicial era o de observar práticas onde se concentrassem o maior número de escolas, mesmo que estas estivessem desenvolvendo atividades distintas. Mas este critério teve que ser parcialmente modificado, porque não havia nenhuma comunidade em que os três cursos estivessem atuando, simultaneamente, durante o período do trabalho de campo.

Os principais itens de observação e anotação no diário de campo foram: 1) as formas como se dava a participação dos sujeitos implicados (lideranças comunitárias, ACS, estudantes e professores); 2) se a forma de organizar as práticas permitia mais ou menos a participação dos atores; 3) as formas de lidar com o conhecimento, como os representantes da universidade lidavam com o conhecimento da população e vice-versa, e as formas como o conhecimento era compartilhado; 4) as atitudes e os valores das pessoas, os pontos de vista dos participantes, a postura e as formas de condução dos trabalhos. As anotações eram feitas durante a observação e complementadas posteriormente.

O período de observação foi de grande valia, não só para a compreensão das inter-relações que configuram as práticas, revelando a complexidade e a multiplicidade de referências destas, mas também por nos permitir um maior vínculo com os sujeitos, o que nos ajudou a selecionar com mais segurança e pertinência aqueles que seriam convidados a participar dos grupos focais.

2.1.1.4 Leitura e análise de documentos:

A leitura e análise de documentos foi utilizada, principalmente, na fase de contextualização das práticas em estudo. Buscou-se situar estas práticas no interior dos currículos de cada escola envolvida; no contexto da UFBA e da luta por uma maior participação da população nas questões de saúde. Os documentos analisados foram: programas das disciplinas; relatórios de práticas, de cursos e de eventos; documentos produzidos pela pró-reitoria de extensão (relatórios do programa UFBA em Campo), pelo Projeto UNI e pelo MEC.

Estes procedimentos, em conjunto, permitiram-nos apreender melhor a dinâmica de organização das práticas (o que move as pessoas, quais os interesses de cada um) - o que é compartilhado por diferentes categorias de professores, de estudantes e de representantes das comunidades, destacando os significados que esses sujeitos atribuem ao trabalho cooperativo

entre universidade e comunidade; o que isto representa na formação de profissionais de saúde; os aprendizados destas práticas e, reflexivamente, o que estas mesmas aprendizagens aportam de demandas para os currículos. Foi nesse complexo jogo de interações que se buscou compreender as especificidades da relação entre espaço das práticas de formação e aprendizagem.

2.2 DESENHO DA ANÁLISE

O plano de análise traçado para este estudo não se configurou em um momento único, ele foi sendo estruturado e reestruturado no próprio desenrolar da pesquisa. Pode-se dizer que apenas no momento de escrever este relatório, que nos obrigou a lançar um olhar sobre o “como” o trabalho foi construído, é que podemos compreender, de forma mais clara, o caminho percorrido. Portanto, o que será apresentado aqui, foi, em grande parte, construído *a posteriori*, o que certamente contradiz a idéia de *plano* que é por definição, *apriorístico*. Isto não significa dizer que a análise não seguiu um roteiro metodologicamente formulado, o que se está discutindo é que dado o caráter exploratório e processual da pesquisa, o caminho foi sendo traçado no processo mesmo do caminhar.

A tarefa de atribuir sentido às informações coletadas seguiu um roteiro¹⁰ que pode ser assim descrito:

- No primeiro momento, foi feita a leitura do conteúdo de cada grupo focal separadamente. Neste momento, o que se buscava era uma espécie de “impregnação”, que tornasse possível uma compreensão mais global dos depoimentos de cada grupo. Esta leitura, apesar de exaustiva, pode ser considerada flutuante, pois não buscava ainda definir temas significantes para análise. Em seguida a esta etapa, foram feitos recortes no conteúdo, de acordo com os focos dados pelos grupos. Até este momento, ainda estava se trabalhando cada grupo isoladamente.
- No segundo momento, foi feito o levantamento dos temas que apareceram em todos os grupos focais, seguidos daqueles que surgiram somente em alguns grupos, depois, daqueles específicos de um grupo e, finalmente, do que foi dito por

¹⁰ O roteiro construído para a análise do material de campo foi inspirado no trabalho apresentado por Fróes Burnham, intitulado “Análise contrastiva: memória da construção de uma metodologia para investigar a tradução de conhecimento científico em conhecimento público” (2002b) e também nas recomendações de Minayo (1996).

indivíduos, isoladamente. Nesta etapa, o que se estava buscando era a identificação de “núcleos de sentido” significativos para a pesquisa.

- Paralelo a isto, procedeu-se à leitura e organização das anotações realizadas, durante o período de observação direta no campo. Nesta leitura, foi feita a identificação de aspectos atinentes a cada “núcleo de sentidos” levantado nos grupos focais e também de novos, ou seja, de aspectos que não tinham aparecido anteriormente.

Em cada uma destas etapas, foram construídas matrizes de análise. A primeira, do conteúdo específico de cada grupo, teve a seguinte configuração:

Grupo	Focos de discussão	Texto transcrito
- Professores de medicina	- Excessiva fragmentação disciplinar do curso.	- “O curso é dividido em muitas disciplinas, muitas vezes sem uma ligação orgânica entre elas”.

A segunda matriz, para a identificação dos “núcleos de sentido” transversais nos grupos, foi assim construída:

Unidade de análise/ núcleo de sentido	Grupo	Texto transcrito	Observações
- Fragmentação	- Estudantes de enfermagem - Professores de medicina	- “O que a gente aprende aqui na escola não tem muita relação com o que a gente vê na prática” - “Um professor marca uma prova [...], os alunos acabam por abandonar a nossa prática. A gente se depara com isto e até hoje nós não tivemos a capacidade de ter diálogo, preparar um calendário com os outros professores das disciplinas do semestre”.	- O aspecto da fragmentação levantado é da distância entre o que é visto na sala de aula e a prática. - Fragmentação decorrente da falta de planejamento entre as disciplinas de um mesmo semestre.

Esta segunda etapa foi bem mais complexa que a primeira, porque se tratava de uma tentativa de “cruzamento” de discursos de diferentes sujeitos. Estes discursos, como geralmente acontece, eram portadores de inserções em diversas temáticas. Mas a diversidade

encontrada nas falas, não se ateve somente à variedade de temas; os aspectos relacionados a cada temática, também foram muitos diversificados. Aquilo que foi mais enfatizado em cada grupo ou ainda aquilo que foi omitido e/ou silenciado, também aportou muita diferenciação entre os grupos. Os “núcleos de sentido” foram aparecendo pela codificação das palavras ou frases que se repetiam, dos realces que cada um dava a determinados temas ou palavras, dos lapsos e dos jogos de palavras.

Vencida esta etapa, buscou-se o estabelecimento de relações entre os “núcleos de sentido”, agora já codificados em categorias analíticas. Para facilitar este trabalho, a segunda matriz apresentada acima, foi transformada em um “lençol”, sobre o qual foram feitas várias tentativas de “colagem” até se chegar aos “temas analíticos” da pesquisa. Este trabalho foi, certamente, muito difícil, pois o conhecimento teórico e a experiência anterior não bastaram. Foi preciso ultrapassar essas duas instâncias para poder se chegar a uma forma de compreensão da situação em foco.

Para a delimitação dos temas analíticos da pesquisa, nos fundamentamos, na definição de Bardin (1979, p. 105), que diz que: “o tema é a unidade de significação que se liberta, naturalmente, de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Na percepção de Minayo (1996, p. 209) “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

A análise temática, comumente, apresenta muitas dificuldades para a sua realização. A nossa não fugiu a esta regra: temas freqüentemente misturados entre si, variação da importância atribuída a cada um deles, diversas nuances de um mesmo tema diluído nas falas. Entretanto, mesmo reconhecendo tais dificuldades, optamos por este tipo de análise, pois acreditamos como Laville e Dionne (1999), que a pesquisa por temas pode melhor aproximar o pesquisador do sentido do conteúdo, pois ele se vê obrigado a construir suas unidades de análise, a partir de sua compreensão desse conteúdo, mais do que se ele optasse por uma unidade de análise constituída apenas de palavras ou expressões.

A opção por um tipo de análise temática que trabalha com significados, em lugar de inferências estatísticas, aproximou-nos da “análise de enunciação”, sobretudo na busca de conexões entre os temas abordados, das regularidades, das contradições e dos conflitos que

estruturam o discurso (MINAYO, 1996). Assim, os discursos foram analisados, visando extrair deles enunciados significantes. Na concepção de Jacques (1987, *apud* CHARLOT 2000, p. 56), um enunciado é considerado significativo, quando tem um sentido (plano sintático, o da diferença), quando diz algo sobre o mundo (plano semântico, o da referência) e quando pode ser entendido em uma troca entre interlocutores (plano pragmático, o da comunicabilidade). “Significar é sempre significar algo a respeito do mundo, para alguém ou com alguém”. É significativo o que produz inteligibilidade sobre algo, o que aclara algo no mundo, o que é comunicável e pode ser entendido em troca com outros. E o sentido é algo que é produzido no estabelecimento de relações, dentro de um sistema, ou nas relações com o mundo ou com os outros.

Da análise do material dos grupos focais e da observação direta, foram extraídos quatro temas analíticos que se constituíram, cada um deles, num capítulo: o primeiro refere-se ao contexto, no qual emerge o interesse pela “comunidade”, na formação de profissionais de saúde na UFBA; o segundo diz respeito às mudanças e permanências nas relações entre a UFBA e a “comunidade”; o terceiro está relacionado às aprendizagens referidas pelos sujeitos como (re)construídas no espaço “comunidade” e o quarto e último tema refere-se às críticas e demandas aos currículos das escolas implicadas na pesquisa.

3 A “COMUNIDADE” NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA INTRODUÇÃO À QUESTÃO

O ciclo básico do curso é página de livro, poeira de giz, página de caderno, tinta de caneta (Estudante 8. Med. Fonte GF).

Este capítulo tem o objetivo de situar o leitor no campo da pesquisa. Para traçar o contexto no qual emerge o interesse pela “comunidade”, como um espaço de formação de profissionais de saúde na UFBA, toma-se como base fontes primárias (programas de disciplinas, projetos, relatórios e conteúdos das falas) e alguns estudos sobre a problemática da formação de profissionais de saúde no Brasil. Trata-se de um capítulo introdutório ao processo de análise e discussão do material produzido/recolhido no campo. O aprofundamento da análise das temáticas da pesquisa se dará nos três capítulos subsequentes.

A formação dos profissionais de saúde, no Brasil, tem sido uma área reconhecidamente crítica, o que se evidencia pelo grande número de estudos, debates e pesquisas sobre o tema, particularmente nas últimas décadas, onde o discurso da necessidade de mudanças tem sido constantemente reiterado (PAIM, 2001).

Os problemas apontados têm um diagnóstico bastante consensual no que se refere à formação desses profissionais, pela sua inadequação, quer quantitativa, quer qualitativamente, frente às necessidades de saúde da população brasileira. Os determinantes externos dessa inadequação estão relacionados a interesses capitalistas médico-industriais (medicamentos, equipamentos), organização dos serviços, mercado de trabalho e políticas de saúde. Os internos referem-se à desintegração do ciclo básico e ciclo profissionalizante; conservadorismo docente; descompasso entre os serviços de saúde e a universidade; compartimentalização do ensino – com repetição de conteúdos, muitas vezes irrelevantes para a prática profissional; descompromisso ético, humano e social com os usuários dos serviços de saúde. A relação dialética entre estes fatores internos e externos, também já foi bastante identificada (PAIM, 1994).

A reorientação da formação dos profissionais de saúde enfrenta-se com a matriz flexneriana¹¹ que, apesar de questionada, tem demonstrado fôlego até em países que introduziram mudanças significativas na organização dos serviços de saúde. Esta orientação tem como reflexos na formação: a instrumentalização clínica, a valorização da incorporação tecnológica vinculada ao complexo médico-industrial e a reprodução das relações simbólicas e culturais, dos valores da medicina mercantilizada (TEIXEIRA; PAIM, 1996).

A separação entre teoria e prática, entre ciência e ética existente no modelo de orientação flexneriana é subjacente ao paradigma da ciência moderna, que se constituiu contra o senso comum e cuja forma de conhecimento caracteriza-se por transformar a relação eu/tu em relação sujeito/objeto, uma relação de estranhamento mútuo e de total subordinação do objeto ao sujeito; um paradigma que pressupõe uma única forma de conhecimento válido - o conhecimento científico, cuja validade reside na objetividade (SOUSA SANTOS, 1989).

A auto-homogeneização promovida pelas recomendações do relatório Flexner trouxe, sem dúvida, um enorme progresso científico e tecnológico para a solução de muitos problemas de saúde mas, em contrapartida, trouxe a segmentação e um inusitado aumento da complexidade da assistência. Um dos resultados da segmentação do cuidado e da crescente especialização foi a perda do elo ontológico que estabelecia a relação entre o cuidador e o cliente, baseada não apenas na técnica mas em todo um processo comunicativo e de conhecimento que transcendia o puro e simples ato de intervir e prescrever (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001).

Nas últimas décadas, têm surgido muitos movimentos nacionais e internacionais que tentam modificar essa tendência, seja para tentar tornar a atenção à saúde acessível a todos,

¹¹ Relativa aos informes de Abraham Flexner (1910) a respeito da realidade do ensino médico que teve influencia decisiva nos E.U.A., Canadá e posteriormente da América Latina.

As propostas decorrentes desse informe consignaram um modelo de ensino médico e conseqüentemente de outras profissões na área de saúde. Suas principais características são:

- Sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos do curso, como ocorria nas escolas alemãs (anatomia, fisiologia, bioquímica, farmacologia, histoembriologia, bacteriologia e patologia);
- Pouca ênfase nos aspectos de prevenção e promoção da saúde e concentração nos aspectos da atenção médica individual;
- Valorização da aprendizagem dentro do ambiente hospitalar, recomendando-se que as faculdades tivessem seu próprio hospital de ensino, e considerando impróprio o uso de outros serviços;
- Limitação da assistência ambulatorial apenas aos casos que precisassem de internação;
- Organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade;
- Ensino da assistência obstétrica dentro do hospital e não fora dele.

*A “Comunidade” na Formação de Profissionais de Saúde:
uma Introdução à Questão*

pautada no compromisso com as necessidades da maioria da população, seja com a humanização do cuidado. Estes movimentos têm conclamado as escolas de formação na área de saúde a assumirem um papel indelegável, que no dizer de Campos e Belisário (2001, p. 141):

Significa o reencontro do elo perdido, o de uma medicina humanizada, que alie uma sólida formação ética com elevado compromisso social por parte de seus egressos. Ninguém terá mais autoridade para pregar a possibilidade de se manter a relevância social, sem abrir mão da excelência técnica. Para tanto, faz-se necessário promover um profundo processo de mudança, que alce os estudantes à condição de sujeitos do processo de aprendizagem, que tome como ambientes de prática a comunidade, o domicílio, a rede básica do SUS, que possa promover um real entendimento daquilo que causa sofrimento e morte.

As tentativas de romper com o modelo flexneriano de ensino hospitalocêntrico, introduzido no Brasil com a reforma do ensino médico nos anos 40, inicia-se, ainda que timidamente, nos anos 60, com uma nova reestruturação dos cursos de formação na área de saúde. Essa reestruturação teve a influência do discurso da “participação comunitária”, presente em ações da Igreja Católica e de outras experiências de trabalho comunitário. Nesse período, cursos da área de saúde desenvolveram algumas experiências de extensão, em espaços comunitários (FAGUNDES, 1987). Posteriormente, no final dos anos 70, influenciados pelo movimento da “medicina comunitária”, estudantes e professores da área de saúde defendem uma articulação mais efetiva entre a formação dos profissionais e os serviços de atenção à população, sobretudo aqueles ligados à atenção primária de saúde. Em meio a este movimento, surge a proposta da chamada Integração Docente Assistencial - (IDA)¹², inspirada em experiências internacionais de participação da universidade na organização e na assistência prestada pelos serviços de saúde (MARSIGLIA, 1995). Nesta proposta, a criação de vínculos mais permanentes entre a comunidade e a universidade não era, pelo menos, de forma explícita, priorizada. A participação comunitária era prevista no processo organização dos serviços de saúde, mas não em uma relação direta com a universidade. Contudo, alguns cursos, mesmo priorizando a participação mais efetiva nos serviços de saúde, não deixaram de desenvolver experiências de trabalho com comunidades, na maioria sob a forma de “extensão”.

¹² A REDE IDA-Brasil foi criada em 1985, congrega, até hoje, experiências situadas em sua maioria em universidades públicas com apoio da Fundação W.K.Kellogg, envolvendo os cursos da área da saúde, principalmente Medicina, Enfermagem e Odontologia (MARSIGLIA, 1995).

No início dos anos 90, surge uma outra proposta de construção de alternativas ao modelo flexneriano – o Projeto UNI¹³. Uma das premissas desse projeto é a criação de grupos de trabalho tripartites onde têm assento a *academia*, o *serviço* e a *comunidade*. Visava-se com isso o estabelecimento de uma parceria entre a universidade, as instituições prestadoras de serviços de saúde e organizações comunitárias. O propósito desta parceria era de produzir mudanças sincrônicas nas universidades, serviços de saúde e comunidades participantes, bem como nas relações entre eles. Partiu-se do pressuposto que, na América Latina, de profundas desigualdades sociais e democracia incipiente, somente se poderia construir a relevância social das universidades e dos serviços de saúde por meio de sua abertura a relações democráticas com a população e suas organizações (FEUERWERKER; SENA, 2002).

O Projeto UNI-Bahia elegeu, como área de atuação, o Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho – DSBRV, devido ao fato desse já ser caracterizado, desde 1992, como “Distrito Sanitário Docente Assistencial¹⁴” da UFBA. O DSBRV é um dos 12 distritos sanitários em que se divide a cidade do Salvador, corresponde a 21 agrupamentos de bairros localizados no quadrante sul da cidade. Possui uma área de 20,22 km² e uma população de 329.344 habitantes (SALVADOR, 1999). O DSBRV abrange quatro regiões administrativas (Centro-I, Barra-VI, Rio Vermelho-VII e Pituba-VIII) e 15 zonas de informação.

Caracteriza-se por uma grande heterogeneidade na sua paisagem, com áreas e assentamentos ordenados de residências de padrões alto, médio alto e médio, ao lado de áreas de encostas e baixadas, com assentamentos irregulares de precária infra-estrutura urbana, que caracterizam bolsões de pobreza. É uma área de imensos contrastes sociais. Concentra grande número de equipamentos de saúde públicos e privados, duas universidades privadas e três *campi* da Universidade Federal da Bahia. Entre os bairros que compõem o DSBRV, o Projeto

¹³Projeto UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade. Projeto patrocinado pela Fundação W.K.Kellogg, foi implantado em universidades de vinte e três cidades da América Latina, entre elas, seis são brasileiras (Salvador, Natal, Brasília, Botucatu-SP, Marília-SP e Londrina-PR). Foi iniciado em Salvador em 1994 pela Universidade Federal da Bahia, juntamente com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e pelas Organizações Comunitárias da Cidade do Salvador. O Projeto UNI/Bahia encerrou suas atividades em junho de 2001.

¹⁴ Distrito escolhido para ser um espaço de desenvolvimento de experiências integradoras entre os vários cursos da área de saúde, na perspectiva de uma ação conjunta em um determinado território. A justificativa dessa ação conjunta é a de centrar esforços para a consecução dos objetivos de produzir mudanças na formação dos profissionais, na participação social (das comunidades envolvidas) e no funcionamento do sistema de saúde na área do distrito escolhido para ser “docente-assistencial”.

UNI atuou, de forma mais permanente, com o Alto das Pombas, Nordeste de Amaralina, Santa Cruz, Engenho Velho da Federação e Calabar.

O incentivo do Projeto UNI à participação das organizações comunitárias na área do DSBRV, contribuiu, como será visto no Capítulo 3, para o fortalecimento do vínculo entre a universidade e a comunidade e impulsionou o desenvolvimento de novas e/ou a ampliação das já existentes práticas curriculares em comunidades.

A partir dos meados dos anos 90, esteve também presente no cenário de práticas da Universidade Federal da Bahia, um projeto denominado “UFBA em Campo”. A participação, neste projeto, foi referida, sobretudo pelos estudantes, como uma experiência que trouxe aprendizagens significativas relacionadas a questões que eles consideram importantes para a formação, mas que não fazem parte do conteúdo de nenhuma disciplina isoladamente. Entre as questões levantadas pelos estudantes, está a oportunidade de trabalhar em equipes multiprofissionais e também de discutir problemas de forma interdisciplinar:

Eu gostei muito de participar do UFBA em Campo, porque este é um projeto que agrega pessoas de várias áreas, acho que este convívio promove um enriquecimento muito grande. Participar de um trabalho interdisciplinar amplia a nossa visão de muitas coisas, a integração, a troca de conhecimentos também é muito importante (Estudante 3. Enf. Fonte: GF).

O UFBA em campo foi uma das melhores experiências que eu já tive dentro da faculdade. Ele consiste em dar ao aluno a oportunidade de estar vivenciando novas experiências, de estar aplicando o conteúdo teórico na prática, de estar contextualizando melhor este conteúdo, vendo outras experiências, vendo outras realidades que muitas vezes não é a sua. Um dos objetivos do UFBA em campo é também a interdisciplinaridade, no meu grupo tinha Farmácia, Medicina, Nutrição e Engenharia Sanitária. Esta troca é muito importante porque a gente vê sobre uma mesma coisa visões totalmente diferentes, tanto que a gente que faz Nutrição, a gente leva nosso pensamento sempre para a forma como aprendemos o que é nutrição aqui na faculdade e de repente você vê a visão de Farmácia, a visão de Medicina que são diferentes, embora estejam falando da mesma coisa, da mesma área. Você conhece pessoas novas, novas áreas, abre seu horizontes para outras coisas que você não pensaria antes (Depoimento de uma estudante de nutrição¹⁵ sobre o que ela aprendeu no UFBA em Campo).

¹⁵ Apesar dos grupos focais relacionados à Escola de Nutrição terem sido excluídos, no momento específico da discussão do que representa para os estudantes o trabalho interdisciplinar e/ou multiprofissional, consideramos justificável trazer esta fala de uma das estudantes, como uma forma de enriquecimento da discussão de uma temática atual, que está posta e que foi muito pouco abordada pelo conjunto dos sujeitos implicados na pesquisa.

Nesta última fala, a estudante traz elementos bastante significativos para a compreensão do que seja a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade na formação dos futuros profissionais de saúde. Este é um aprendizado que só se constrói na participação em projetos ou atividades organizadas com o propósito de promover esta interdisciplinaridade e esta multiprofissionalidade no processo de formação.

O UFBA em Campo é um programa da Pró-Reitoria de Extensão, implantado, a partir do segundo semestre de 1996, concebido como uma alternativa para a renovação das atividades de extensão da Universidade Federal da Bahia e como uma busca de caminhos que permitissem a construção de uma interface ativa entre pesquisa - ensino e sociedade. O programa tomou, como prioridade, a crítica a um conceito tradicional de extensão que se exime da responsabilidade de desenvolver produção acadêmica, limitando um universo de perspectivas bastante amplas à mera prestação de serviços, ou à repetição de cursos e eventos. Essa crítica traz, em si, a dimensão de uma mudança cultural, dentro da Universidade, afetando, de forma profunda, a própria definição do contorno da instituição e os critérios de uma divisão interna em áreas cada vez mais estanques. Os objetivos principais do UFBA em Campo foram: 1) Colocar em prática a possibilidade da articulação pesquisa-ensino/sociedade. 2) Sensibilizar a comunidade interna da UFBA (estudantes e docentes) e as comunidades dos municípios. 3) Dar origem a uma elaboração de temas relevantes para pesquisa e empreendimento. 4) Buscar novas formas de produção de conhecimento, valorizando a própria comunidade como fonte de saberes. 5) Despertar novas alianças e parcerias com diversos segmentos da sociedade (UFBA, 1998).

Na avaliação de alguns professores que participaram mais diretamente do UFBA em Campo, a experiência mostrou que existe uma compreensão por parte de muitos professores e estudantes, que o trabalho, somente nos espaços físicos da universidade, não basta. Mostrou, também, que existe uma disposição, um propósito de tornar mais sistemáticas as experiências que promovem o diálogo entre a academia e a população que a ela não tem acesso, assim com uma maior interação entre os cursos. Estas experiências demonstram que a universidade, como diz Serra (1998), não precisa ser um arquipélago onde os ilhéus dispersos raramente se encontram, e só sabem de sua relação como um mesmo conjunto quando olham o mapa.

Com uma forte herança do UFBA em Campo, em 2001, foi criada a proposta denominada: Atividade Curricular em Comunidade - ACC. Apesar das semelhanças com

objetivos e o formato do seu antecessor, a ACC apresenta uma diferença fundamental, que é a de estar inserido na estrutura curricular como uma disciplina optativa. Por este motivo, a ACC facilita a participação de um número muito maior de estudantes, além de possibilitar um trabalho mais continuado, de maior vínculo, que nem sempre as atividades de extensão (por uma tradição de se manterem fora do ensino), permitem (UFBA, 2001).

Este movimento de “encontro” com grupos comunitários iniciado pela UFBA, nos anos 90, além de ser um contraponto à formação enclausurada de profissionais que atuarão em um mundo complexo, caracterizado por mudanças rápidas e pela afirmação das diferenças culturais e étnicas é, também, uma tentativa de resposta ética às críticas e pressões de vários setores da sociedade à universidade pública brasileira.

A grave crise financeira que esta instituição atravessa e a luta pela produtividade, tem feito com que a “responsabilidade social” da universidade esteja, hoje, como fala Sousa Santos (1997), praticamente reduzida aos termos de sua cooperação com a “comunidade” industrial. Paralelo a isto está a pressão de grupos oriundos de classes sociais menos favorecidas, que reivindicam da universidade um maior compromisso com a resolução de problemas que os afeta diretamente. Estes problemas são amplos e variados, vão desde aqueles decorrentes de uma assistência jurídica deficiente, à precariedade da assistência à saúde, a questões relacionadas à educação, até questões ligadas à violência, ao desemprego, entre outros. Tais grupos demandam da universidade uma maior participação na busca de soluções de problemas locais.

Fróes Burnham (2000) traz um outro aspecto a esta discussão, que é a mudança visualizada na contemporaneidade nas relações com o conhecimento. Esta mudança tem provocado muitos questionamentos à universidade, que tem sido conclamada a assumir uma nova relação com o saber, com a construção de um novo compromisso ético e político/solidário com outros espaços sociais, que lutam por fazer emergir sua cultura, seus saberes. Esta nova relação com o saber requer não somente a democratização do conhecimento produzido e/ou socializado pela universidade, mas também que esta instituição se constitua em um lócus de encontro de diversos tipos de saberes.

Esta é, certamente, uma grande dificuldade para a universidade que, tradicionalmente, tem atuado, quase que exclusivamente, com a cultura universalizante do conhecimento científico. Do ponto de vista da universidade, o saber popular (e, por extensão, acrescenta-se

outros tipos de saberes que não o acadêmico), tem valido apenas como objeto de estudo (CHAUÍ, 2001b).

No setor saúde, na década de 90, pelo menos em termos da legislação, houve um avanço nas formas institucionais de participação popular. Por iniciativa institucional/legal foram criados conselhos de saúde em todos os âmbitos (federal, estadual, municipal e local). A criação desses conselhos teve como objetivo, a institucionalização da participação dos vários setores relacionados com a saúde e da representação popular, na formulação e controle da execução das políticas de saúde. Muitos municípios que aderiram a modelos de gestão participativa contribuíram, significativamente, para o amadurecimento de questões ligadas ao controle social do setor. Em outros municípios, como é o caso de Salvador, observou-se um retardo muito grande, se comparado a outras capitais, do processo de descentralização. Isto causou muitos entraves à participação social nos serviços de saúde. No grupo focal com lideranças comunitárias, foi referido que mesmo com a legislação federal que recomenda a organização dos conselhos locais de saúde (CLS), isto não acontece em todos os serviços. A criação dos CLS no município de Salvador tem sido uma conquista do próprio movimento popular dos bairros e não uma política de governo. Para as lideranças comunitárias, este conselho é um espaço estratégico, na atual conjuntura da luta pelos direitos sociais.

No âmbito federal, a política do “Estado Mínimo” implementada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, de alcançar uma maior capacidade de governo com o menor custo possível, deixa pouco espaço para investimentos nas áreas sociais. Setores como saúde, educação, habitação, que têm sido historicamente pouco considerados nas planilhas governamentais, são ainda mais desprivilegiadas. Em meio à ambigüidade da palavra de ordem - *flexibilização*, as políticas para tornar o Estado “mínimo” não diziam de forma explícita de que modo seriam assegurados serviços essenciais à população. Isto em um país de enormes desigualdades como o Brasil. Contudo, o próprio processo de implementação dessa política, com suas palavras de ordem como privatização, transparência, responsabilidade, flexibilidade na gestão, qualidade e orientação para a clientela, forçosamente recolocou no plano da discussão temas como descentralização, papel de estado, cidadania, consumismo, equidade, direitos, participação (MELO, 2001).

É neste contexto que ressurge, nos anos 90, o tema *família* no debate político brasileiro, trazido, em parte, pelo problema da criminalidade das crianças e adolescentes,

vivendo na rua e das reações violentas de setores da sociedade a esta situação. Isto ajudou a criar o clima cultural propício à reorientação das políticas de saúde. As epidemias de cólera e dengue também contribuíram para evidenciar as limitações dos serviços de saúde, principalmente no que tange à implementação de ações de promoção à saúde mais integradas ao cotidiano da população. Nessa conjuntura, expandem-se programas como o de Saúde da Família - PSF¹⁶ e o de Agentes Comunitários de Saúde - PACS¹⁷. Estes programas estão fundamentados no trabalho da “equipe de saúde” e em um modelo de atuação local. A participação comunitária, sobretudo na eleição dos problemas a serem priorizados, é, também, um dos pilares destes programas (VASCONCELOS, 1999).

Além dos problemas apresentados acima, pode-se observar, tanto nos programas da UFBA, como nos do setor saúde, a busca de alternativas à falta de respostas satisfatórias dos procedimentos convencionais no equacionamento dos problemas peculiares a cada um desses dois setores sociais.

Entretanto, a colocação da participação social, na pauta dos anos 90, não pode ser entendida, apenas, como um movimento institucional. Muito pelo contrário, o que se observou não foi uma de antecipação das instituições em relação aos graves problemas da maioria da população brasileira, nem o acolhimento imediato dos anseios de participação popular na instituição e execução das políticas sociais, mas, sim, apenas, uma forma de responder, até com certo atraso (em relação ao tempo) às demandas postas pela sociedade, através das suas organizações.

¹⁶ PSF (Programa de Saúde da Família). Programa criado pelo Ministério da Saúde, em 1994, como uma estratégia de reorganização da atenção à saúde em novas bases e substituição do modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família. Prioriza a atenção integral (prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas). O PSF traz para o espaço da atenção primária de saúde, a idéia de uma “equipe” atuando num processo de trabalho multiprofissional. A equipe mínima é formada por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais como odontólogos, nutricionistas, assistentes sociais podem ser incorporados à equipe, ou formar uma equipe de apoio, a depender das necessidades e das possibilidades locais. O PSF tem também como referência para sua atuação, a participação comunitária na organização local dos serviços de saúde e na priorização dos problemas a serem atacados (BRASIL, 1998).

¹⁷ PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Programa proposto pelo Ministério da Saúde em 1991, tendo a sua implantação iniciada neste mesmo ano. O PACS foi criado, inicialmente, com o objetivo de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões norte e nordeste do país. Com as experiências acumuladas, sobretudo no estado do Ceará, o papel dos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) foi ampliado e, hoje no âmbito do PSF (Programa de Saúde da Família), as competências dos agentes abrangem áreas como: trabalho em equipe; visita domiciliar; participação no processo de planejamento das ações de saúde, relativas à área de abrangência da sua atuação; promoção da saúde; prevenção e monitoramento das doenças prevalentes; acompanhamento e avaliação das ações de saúde e outras atividades que visem o fortalecimento da atenção básica no sistema municipal de saúde. A idéia é que este programa funcione como um “elo” entre a comunidade e os serviços de saúde. A equipe do PACS, que é parte integrante da equipe do PSF, é composta por uma enfermeira coordenadora e um grupo de agentes comunitários de saúde. Estes últimos, por definição do programa, devem ser moradores das áreas em que o PACS atua (BRASIL, 1998).

Um exemplo disso foi a tematização e a proposição de formas de enfrentamento de problemas sociais como a fome, a violência, as questões ambientais, o uso abusivo de drogas, a AIDS, que contou mais com o trabalho de grupos como ONG(s) (Organizações Não Governamentais), setores religiosos e algumas empresas de cunho assistencial, do que propriamente com o trabalho da universidade e outras instituições governamentais.

A luta pela transformação da sociedade, via movimentos sociais, na história recente do País, tem feito surgir novas identidades coletivas, tais como grupos de interesses étnicos, culturais; reagrupamentos de desprovidos como “sem terra”, “sem teto”, várias entidades associativas, entre elas, as associações de moradores de bairros. Muitas lutas encampadas por estas organizações sociais estão relacionadas a questões de sobrevivência como trabalho, alimentação, moradia, posse da terra, mas, também, ao acesso a serviços como a educação e a saúde.

A busca de um maior controle sobre os serviços e de maior autonomia na gestão da própria saúde, tem fomentado o surgimento de novas identidades coletivas neste campo, tais como: conselhos locais de saúde, grupos de ajuda mútua (diabéticos, hipertensos, alcoólicos, entre outros). Esses coletivos têm se constituído em importantes espaços de aprendizagem (FRÓES BURNHAM, 2000), não somente para as pessoas/organizações que os instituí, mas também para estudantes, professores e profissionais de saúde. Muitos desses espaços têm se caracterizado por serem lócus de troca de informações, de intercâmbio de saberes, de construção compartilhada de conhecimentos, de desenvolvimento da capacidade de escutar uns aos outros e da busca de soluções coletivas e criativas para os problemas.

Nos últimos tempos, a *Internet* vem se constituindo em um poderoso aliado de grupos de auto-ajuda. Serres (2000) discutindo o poder das novas tecnologias na alteração das formas de controle na sociedade (entre essas formas de controle, o poder da palavra do especialista), cita exemplos bastante ilustrativos desta questão para a área de saúde. Em um *site*, nos Estados Unidos, onde se pronunciam livremente mulheres que tiveram câncer de mama, oncologistas e outros profissionais referem ter aprendido muitas coisas. Por quê? Porque as mulheres se sentem livres para dizer o que querem e nas condições que elas querem; nesse processo revelam coisas que são fundamentais para o tratamento, que provavelmente não teriam como revelar no espaço de uma consulta.

Estes exemplos mostram o quanto o interesse pela saúde é uma questão que extrapola o setor específico, a saúde é cada vez mais uma questão de interesse da sociedade como um todo. Os locais onde se articulam saberes/práticas relacionadas à saúde, cada vez mais se ampliam e diversificam. Deixam de ser apenas os locais mais tradicionais como hospitais, centros e postos de saúde e universidades, para ocupar outros espaços da vida social. As fontes de informação sobre saúde não são mais apenas os compêndios e tratados de medicina e saúde, estas passam a ser provenientes também de fontes não tão “nobres” como a imprensa, a televisão, a internet, as conversas informais entre as pessoas. Esta extrapolação do interesse pela saúde, relacionada com aumento do conhecimento científico e com as respostas tecnológicas da área, juntamente a necessidade crescente de mais controle social do setor, e do aumento do interesse das pessoas em auto-cuidar-se, tem colocado muitas questões para os processos de formação dos profissionais de saúde.

Além destas questões, a necessidade de transformação dos processos de formação dos profissionais de saúde está também relacionada à insatisfação de professores e de estudantes com as formas tradicionais de aprender e de ensinar que caracterizam os currículos atuais. É desta insatisfação que surge o desejo de uma maior interação com outros setores da sociedade, de experimentar novas formas de trabalho que dêem mais prazer e satisfação profissional. Sair dos muros da universidade e dos tradicionais campos de prática tem sido uma motivação para a implementação de práticas curriculares em espaços da comunidade (LIMA, 1998). As experiências selecionadas para análise, neste estudo, fazem parte desta problemática e desejo. Tais experiências, como já foi dito, são implementadas pelos cursos de enfermagem, odontologia e medicina e fazem parte do currículo obrigatório. Poderia se dizer que são formas de “extensão” (nos moldes do UFBA em Campo, ou seja, com preocupação em relação às aprendizagens e com a produção acadêmica) incorporadas ao currículo, sob a forma de disciplinas. Entretanto, esta “incorporação” não se deu de forma tranqüila; como ficou evidenciado nos grupos focais¹⁸. Em todos os cursos estudados, existiram lutas por parte dos professores para que disciplinas com práticas em espaços que não os estritamente escolares ou dos serviços de saúde, fizessem parte do currículo. E são exemplos dessas práticas que foram selecionadas para estudo, como se pode observar a seguir:

¹⁸ As falas dos professores e dos estudantes nos grupos focais que evidenciam a insatisfação, o desejo e a luta por mudanças nos currículos, farão parte dos três capítulos subseqüentes, cada um deles enfocando uma temática de análise identificada no material produzido/recolhido no campo.

3.1 ESTÁGIO CURRICULAR EM REDE BÁSICA – ESCOLA DE ENFERMAGEM

O estágio curricular, na Escola de Enfermagem da UFBA, é parte obrigatória do currículo que foi implantado em 1996. O estágio ocorre nos dois últimos semestres da graduação (oitavo e nono). Um semestre é dedicado à prática hospitalar e o outro à prática em rede básica de serviços públicos de saúde (Postos e Centros de Saúde) e em espaços das comunidades situadas nas áreas de abrangência dos centros de saúde. O estágio curricular em rede básica, que é a modalidade que interessa neste estudo, tem carga horária de 300 horas.

No primeiro semestre escolar do ano de 2001 (semestre da realização do trabalho de campo), o estágio de rede básica foi desenvolvido nos bairros do Engenho Velho da Federação, do Alto das Pombas, Calabar, Santa Cruz e Vale das Pedrinhas. Estes bairros estão situados na área do Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho.

A implantação do estágio curricular, na Escola de Enfermagem, é resultado de muitas discussões entre professores e estudantes, no sentido de buscar formas de oportunizar ao aluno exercitar o trabalho da profissão ainda dentro do período da graduação. No currículo anterior a 96, existiam, apenas, os chamados “estágios” no interior das disciplinas “profissionalizantes”. Faltava o momento de uma prática mais global, menos fragmentada, mais próxima da atuação profissional. Além desta questão, a criação do estágio curricular estava, também, relacionada à necessidade de superação de algumas práticas tradicionais na escola, tais como, a de definir as atividades práticas das disciplinas apenas como sendo uma forma de demonstração da “teoria” estudada em sala de aula. Este tipo de prática, como aponta Araújo (1998), leva a professora a fazer *um recorte* na “realidade” para que essa possa dar conta de tal “demonstração”. Nesta forma de organizar as práticas, a tendência é de se criar um ambiente diferenciado, uma situação artificial para os alunos desenvolverem as suas atividades. A professora e seus alunos *assumem* um setor, ou um certo número de pacientes e pouco interagem com os profissionais do serviço. Isto acontece, tanto nos hospitais como na rede básica. Proporcionar novas formas de interação entre estudantes e professores e entre esses e os profissionais e os usuários dos serviços, foi referido pelos professores como um dos principais objetivos do estágio.

Entretanto, esta intenção de mudanças, no conteúdo das relações nas quais o processo de formação está imerso, não parece se refletir no programa escrito da disciplina. Ali, o

principal propósito definido para o estágio, é o da “inserção do aluno como protagonista no processo de trabalho, de forma que lhe possibilite exercitar e consolidar os conhecimentos e habilidades adquiridos no seu processo inicial de formação, tendo em conta uma situação real de trabalho” (ANEXO 1). De acordo com este enunciado, a forma tradicional de relação com o conhecimento (pelo menos em termos de concepção), continua inalterada: a prática segue sendo entendida, como um local de “aplicação” e “consolidação” de conhecimentos previamente adquiridos. Sem se perceber as relações que tecem a prática como geradora de novos e/ou transformadora de conhecimentos já existentes, o desejo de mudanças significativas, pode ser apenas uma figura de retórica.

A implantação do estágio curricular em rede básica coincidiu com o início das atividades do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) nos serviços de saúde. A inserção dos estudantes nas atividades desse programa foi considerada de fundamental importância, porque, assim, os estudantes teriam oportunidade de atuar, não somente no interior dos centros de saúde, mas, também, com um vínculo maior com as comunidades das áreas de abrangência dos centros. Para o desenvolvimento desta proposta, os estudantes foram inseridos nas equipes do PACS, atuando em colaboração com as enfermeiras supervisoras (que coordenam o trabalho dos ACS). Estas enfermeiras também desempenham o papel de preceptoras dos estudantes. As atividades geralmente realizadas, são: acompanhamento dos ACS nas visitas domiciliares, participação em reuniões de acompanhamento e avaliação do PACS no nível local, participação em reuniões dos conselhos locais de saúde, realização de atividades de treinamento e capacitação dos ACS, contatos com outras instituições ou setores que sejam de interesse para o equacionamento de problemas de saúde identificados na prática. Os estudantes desenvolvem suas atividades, de acordo com um plano de trabalho formulado a partir de discussões com a enfermeira preceptora, com a professora orientadora do estágio, com os ACS e, em alguns casos, com lideranças comunitárias. Na percepção de uma das docentes, a escolha de trabalhar com o PACS deve-se, principalmente, à necessidade de:

Inserção do aluno na realidade concreta e, dentro dessa realidade, a escolha do que seria mais significativo para contribuir com a questão da atenção à saúde da população. O mais significativo nesse momento, a gente viu que seria atuar no PACS, este seria um espaço que a gente poderia exercitar a saúde coletiva. Porque, uma das questões que a gente queria muito, era que o aluno compreendesse e percebesse essa dimensão do que é atuar na perspectiva da saúde coletiva. Por que eles trazem das outras disciplinas, uma carga muito grande de doença e do individual e não conseguem nem inserir esse indivíduo no seu contexto, muito menos trabalhar na saúde coletiva (Docente 4. Enf. Fonte: GF)

*A “Comunidade” na Formação de Profissionais de Saúde:
uma Introdução à Questão*

A opção de trabalhar, tendo como eixo articulador das ações, os problemas de saúde de um determinado território, tem, na percepção das professoras, levado a estreitar a parceria com a comunidade, ao desenvolvimento de ações intersetoriais e, conseqüentemente, a uma atuação mais ativa dos estudantes:

O levantamento de problemas envolve alunas, enfermeira/preceptora, os agentes comunitários e a própria comunidade. Este trabalho tem levado os alunos a constatarem a complexidade dos problemas e a perceberem que a solução deles não se restringe ao interior do próprio setor saúde. Isso tem levado os estudantes a buscarem outros setores, como por exemplo, com a Limpurb, setor de saneamento, algumas igrejas, em alguns momentos com escolas da área, em outros momentos, por exemplo, com grupos de candomblé, com comerciantes. Eles têm buscado, também, no intuito de resolver os problemas, criar parcerias com outras unidades de ensino da UFBA, por exemplo, buscaram muito a faculdade de engenharia, para a questão ambiental; os cursos de educação física, de psicologia, em função dos problemas que estão sendo enfrentados, das demandas concretas (Docente 4. Enf. Fonte: GF).

Acrescenta ainda:

Um exemplo disso é que eles detectaram que no Engenho Velho [da Federação] tinha um problema de alcoolismo muito sério. Então, eles foram identificar no próprio setor privado, no filantrópico que atende à clientela do SUS dentro e fora da área, em todos os lugares que lida com alcoolismo. Eles mesmos estabeleceram as parcerias, começaram a encaminhar e os pacientes, que começaram a ser atendidos e desintoxicados... uma maravilha.

Na avaliação dos estudantes, o estágio curricular em rede básica contribui muito para a formação do enfermeiro. Mas para eles, este estágio seria mais bem aproveitado se não fosse a primeira oportunidade assumida, formalmente pela escola, de um trabalho com comunidades. Esta é, na percepção dos estudantes, a principal dificuldade em relação ao estágio. As práticas fragmentadas, nas várias disciplinas que compõem a área da saúde coletiva, não permitem uma visão mais global do que seja o processo saúde-doença na comunidade.

O estágio [curricular em rede básica] foi muito importante porque foi a primeira vez que a gente trabalhou com a comunidade, de ir nas casas, descobrir os problemas que a comunidade está passando e descobrir até coisas que a gente pensava que não existia” (Estudante 4. Enf. Fonte: GF).

A este argumento, outra estudante acrescenta:

Aqui na escola [de enfermagem], a gente tem uma ênfase muito forte no hospital. Quando a gente chegou no estágio curricular de rede básica, a gente não tinha uma experiência naquele nível de atuação, é por que a gente teve uma bagagem muito fragmentada durante o processo de formação. Hoje,

*A “Comunidade” na Formação de Profissionais de Saúde:
uma Introdução à Questão*

atuando em um programa de saúde da família¹⁹, eu me pergunto se a gente tivesse tido uma outra visão da saúde coletiva, se a gente não teria um trabalho bem melhor, pois a nossa autonomia de trabalho nessa área é grande, mas a verdade é que a gente não sabe o que pode fazer junto com a comunidade (Estudante 3. Enf. Fonte: GF).

3.2 INTRODUÇÃO À MEDICINA SOCIAL - IMS - FACULDADE DE MEDICINA

É uma disciplina complementar obrigatória, oferecida no 3º semestre do curso de graduação em Medicina da UFBA. Tem uma carga horária de 90 horas, sendo 30 horas de atividades teóricas e 60 horas de atividades teórico-práticas e/ou práticas. A disciplina está dividida em seis módulos temáticos, que são:

Módulo 1 – Introdutório	1.1 Medicina Social: conceito e história. 1.2 Cultura, Sociedade e Saúde 1.3 As práticas em Medicina Social e Saúde Pública: Educação e Comunicação em Saúde.
Módulo 2	2.1 Estado e Sociedade Civil 2.2 Saúde e Cidadania 2.3 Saúde e Constituição.
Módulo 3	3.1 A ética na Saúde: a Bioética e a Medicina Social.
Módulo 4	4.1 Serviços de Saúde no Brasil: organização, gestão e financiamento.
Módulo 5	5.1 Saúde e Trabalho.
Módulo 6	6.1 Formação médica no Brasil 6.2 Organização do trabalho médico; perfil dos médicos no Brasil.

Fonte: Anexo 2.

Na concepção de um dos docentes, esta disciplina nasceu da necessidade de sensibilizar o estudante para as questões sociais que envolvem a prática da medicina, ainda no início do curso, quando este não estivesse, ainda, com a cabeça voltada para a medicina individual, curativa, mercantilizada:

¹⁹ A estudante tinha concluído a graduação no semestre anterior ao do trabalho de campo da pesquisa e estava naquele momento fazendo um curso de “Residência em Saúde da Família”, orientado pelo Ministério da Saúde.

A “Comunidade” na Formação de Profissionais de Saúde:
uma Introdução à Questão

A disciplina Introdução à Medicina Social nasceu no novo currículo. Currículo este que já se está pensando em mudar. A questão é a seguinte: nós sentíamos a necessidade de uma disciplina que desse conta do estado de saúde da população do ponto de vista coletivo. Não pelo lado da epidemiologia ou do planejamento em saúde, que já têm disciplinas específicas. Mas por um terceiro braço da saúde coletiva, que era as ciências sociais aplicadas à saúde.[...] Uma disciplina de um caráter introdutório que tivesse um sentido estratégico de pegar o aluno ainda no início, quando ele não tivesse ainda com a cabeça totalmente voltada para a medicina individualizada, curativa, tecnicista, com pouca ou nenhuma sensibilidade para a área social. Nesse sentido, nós achávamos que para sensibilizar o aluno, entendendo os limites disso, para as questões que considerávamos relevantes, nós precisávamos ter um contato com o aluno no momento inicial. Um esforço de colocar o aluno em contato com a comunidade, no sentido de sensibilizar, antes mesmo deste aluno estudar a doença (Docente 2. Med. Fonte: GF).

Acrescenta ainda:

No nosso currículo anterior, o aluno saía das disciplinas básicas e ia para o hospital terciário, sem ter nenhum contato com as ações coletivas de saúde, sem um contato direto com a população. Hoje, temos a nossa disciplina, mas ela representa o único contato que o aluno tem, no início do curso com alguma coisa que não seja laboratório e cadáver. Não é à-toa que esse médico, formado nesse sistema, esteja sendo um tecnocrata, com a nossa co-responsabilidade enquanto professores responsáveis pela formação. Com quem é que o estudante lida primeiro? Ele lida, primeiro, com o cadáver, que é o ser humano deshistorizado e coisificado. Ele não tem nem a representação do cadáver como um todo, mas apenas de partes, de peças. Então, o nosso desafio era, no primeiro semestre do curso, ao mesmo tempo em que o aluno estivesse lidando com o cadáver, que é inexorável, fundamental na formação médica os conhecimentos da anatomia etc, ele estivesse ao mesmo tempo lidando com indivíduos enquanto totalidade. O indivíduo com sentimento, com linguagem, história, é a partir disso que iniciamos o nosso trabalho comunitário.

A disciplina trabalha com várias temáticas, cada uma delas com seus objetivos específicos. Para os fins deste estudo, serão focados, apenas, os objetivos relacionados à educação em saúde, pois é nela que as práticas em comunidades acontecem. A prática de educação em saúde, consta de “ações educativas dirigidas à população, usuários de serviços ou alunos das escolas públicas e comunitárias, cujos locais de execução serão definidos, levando-se em conta, áreas de atuação do Departamento, a partir de critérios de viabilidade, interesse, benefícios e possibilidades de continuidade” (ANEXO 2). Os objetivos definidos para estas práticas educativas, são:

- Explicar a importância das ações educativas em saúde no que se refere à prevenção de doenças, elevação da consciência sanitária e a conquista da cidadania.

A “Comunidade” na Formação de Profissionais de Saúde:
uma Introdução à Questão

- Realizar ações educativas de saúde em comunidades, escolas e/ou serviços de saúde.
- Praticar diferentes formas de sociabilidade, no sentido da construção dos princípios de solidariedade e cooperação (ANEXO 2).

No enunciado da disciplina, assim como vimos no caso do estágio curricular da escola de enfermagem, a construção de novas relações com o conhecimento também não parece fazer parte das preocupações. A idéia dominante é do “repasso” de informações, da ação “dirigida à população”, de alguém que vai “realizar” a ação, onde o *outro* é concebido como o “receptor” passivo do conhecimento. Sabe-se que, na prática, as coisas nem sempre acontecem assim, mas a intenção manifestada no documento escrito é relevante, porque ela deixa transparecer a compreensão e as expectativas que se tem com uma determinada prática.

Um exemplo de que os programas nem sempre refletem as práticas, pode ser visto na fala deste professor:

Tem alunos que chegam para mim e dizem: ‘eu não tinha a dimensão real, quando eu fui na casa, quando eu visitei o barraco...’. Conhecer as condições concretas da população com suas carências, com a sua extrema dignidade e muita consciência política. As lideranças comunitárias, como eu costumo dizer que na Bahia, as líderes comunitárias são verdadeiras amazonas, as amazonas negras, mestiças da Bahia. A maioria das líderes são mulheres, muito experientes, verdadeiras PhDs em política, que aprendem no processo mesmo do viver. O estudante aprende a ver isso, não é aquela coisa de piedosos, ele vê uma pessoa com sua dignidade e com suas carências, mas lutando e vendo a saúde como algo relevante. Vendo a repercussão do que é a doença e o sofrimento, redefinindo as suas estratégias. Por exemplo, uma estudante de medicina que, naturalmente, vai com a sua imagem de uma mãe de classe média, que pode amamentar, que tem a proteção de uma seguridade social, encontrar uma mulher que não tem esta proteção. Então nesse momento também não cair no basismo, não é ela abdicar do conhecimento que ela está aprendendo e aceitar o “engrossante”, mas é entender que aquela mãe não pode apenas amamentar, mas que dê importância, na medida do possível, à amamentação. É não culpar a mãe por ela não conseguir a amamentação exclusiva. Então introduzir uma complementação que seja discutida de acordo com as possibilidades reais da família. Os estudantes costumam também fazer coisas do tipo: ‘você sabe que não pode ter cachorro ou gato em casa,’ esta é uma forma de projetar em outras pessoas a sua experiência de apartamento. Aprender que é uma outra realidade que existe nesses bairros populares, que é a convivência com os bichos, com o mico, com o gato, com o cachorro... tem porco! Então esses são objetivos da disciplina e os estudantes aprendem muito com essa vivência. A maneira como ele é preparado para se colocar, acho que é uma responsabilidade da disciplina, na construção dos seus objetivos, na preparação dos alunos (Docente 2. Med. Fonte: GF).

*A “Comunidade” na Formação de Profissionais de Saúde:
uma Introdução à Questão*

Os trabalhos da disciplina IMS vêm sendo desenvolvidos no Bairro do Alto das Pombas, em Salvador e nos municípios de Pintadas e Subaúma, no interior do estado. A sistemática de trabalho não difere muito nestes três espaços: a comunidade traz demandas de ação relacionadas aos problemas que eles consideram prioritários naquele momento, os professores juntamente com os alunos estudam a viabilidade e o interesse da disciplina em relação aos problemas levantados pela comunidade e sugerem linhas de ação. Depois de acordado entre as partes, os estudantes preparam as atividades que serão desenvolvidas na comunidade. Estas atividades, normalmente, são palestras, feiras de saúde, peças de teatro. O trabalho é preparado durante o semestre e apresentado à comunidade no final. Os critérios para a escolha dos espaços de atuação da disciplina são descritos por um dos docentes:

Nós temos alguns critérios para atuar com a população. A gente prioriza áreas onde o Departamento tem articulações e desenvolve projetos de forma mais contínua para que a prática não seja uma coisa pontual, factual e que depois nunca mais aconteça. Claro que nem sempre conseguimos isso. Às vezes, em algum momento até fazemos práticas que depois não têm continuidade, mas os critérios que a gente prioriza são as áreas onde o Departamento já realiza atividades, projetos em comum, onde a população seja organizada, para que se possa fazer um trabalho articulado com as organizações daquela população, ou seja, não é chegar num lugar que você não conhece e começar a fazer educação em saúde, na praça, sem nenhum tipo de estrutura organizativa que garanta que essa prática seja inserida dentro de algum projeto mais amplo, de cidadania, de... enfim, de desenvolvimento daquela população. A gente se articula com as organizações da área (associações, ONGs, algumas de governo, sobretudo nas prefeituras do interior que a gente trabalha), junto com essas estruturas a cada semestre é planejado as ações a partir das demandas daquela área e dos interesses nossos no sentido da formação do aluno. O planejamento é sempre uma coisa combinada, entre nós da equipe da universidade, os estudantes, eles também trazem idéias, levantam possibilidades, tudo articulado com as demandas e as possibilidades da área em que a gente vai trabalhar. Então ou surge de lá a demanda e a gente traz a demanda aqui estuda a viabilidade dela com os alunos, ou às vezes, os alunos dão idéias, a gente leva até lá, e discute na comunidade (Docente 1. Med. Fonte: GF).

O trabalho em Pintadas e Subaúma segue esta mesma sistemática:

Uma coisa nova é essa experiência de alunos da graduação atuarem no interior, com a população rural. Essa é uma coisa muito recente, e se deve à facilidade que nós estamos tendo em duas áreas: Subaúma e Pintadas [município do semi-árido baiano]. Subaúma demanda alguma coisa, a gente vê o que tem possibilidade de fazer, e também o que é que nós gostaríamos de fazer. A partir daí, geralmente, surge um consenso das atividades, em Pintadas é a mesma coisa (Docente 3. Med. Fonte: GF).

No Alto das Pombas, o trabalho começou no início da década de 90, antes mesmo da disciplina IMS existir no currículo, com uma pesquisa de hipertensão arterial na área, desenvolvida por professores do Departamento de Medicina Preventiva. Esta pesquisa apontou a hipertensão arterial como um problema de alta prevalência no bairro. A partir de então, a população, juntamente com profissionais de saúde atuantes na área, começaram a buscar formas de enfrentar o problema. Em 1996, foi iniciado um programa de Educação e Controle da Hipertensão Arterial no bairro, que passou a ser implementado por meio da articulação entre Universidade/Associação de Moradores/Serviço de Saúde, com apoio do Projeto UNI (FORMIGLI, et al., 1999). A participação ativa da população e dos serviços de saúde foi facilitada, na percepção dos professores, pela forma com que a pesquisa foi desenvolvida:

O planejamento do trabalho sempre foi com a participação ativa da comunidade. A pesquisa só aconteceu após a aceitação das lideranças comunitárias, depois de várias negociações (Docente 2. Med. Fonte: GF).

Este enunciado traz elementos sobre aquilo que estávamos falando anteriormente, de que a prática, muitas vezes, supera o que “está escrito”. Em todos os programas analisados, existe uma distância entre o que os professores falam sobre a prática e o que está escrito no papel. Os programas escritos, de um modo geral, não refletem o que os professores e os estudantes falam do quanto as situações da prática os têm ajudado a construir novas formas de conceber a participação, o “trabalhar junto”, o aprender com a prática. Sem esta reflexão, o discurso sobre a prática tende a permanecer inalterado, dificultando a percepção das possibilidades que cada prática tem de produzir aprendizagens significativas nos sujeitos nela implicados. Entretanto, vale ressaltar que esta distância entre concepção e prática não se dá, de forma igual, entre os professores. Para alguns deles, como veremos no próximo capítulo, a rigidez do discurso escrito reflete-se na prática e ainda no discurso sobre a prática.

3.3 ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA - OSC I, II e III – FACULDADE DE ODONTOLOGIA

No curso de odontologia, pensou-se, inicialmente, em trabalhar com uma das três disciplinas que compõem a área de Odontologia em Saúde Coletiva. Mas, no contato com a

*A “Comunidade” na Formação de Profissionais de Saúde:
uma Introdução à Questão*

coordenadora da área, verificou-se que as três disciplinas tinham um fluxo, que as práticas que começam em um semestre tinham continuidade no outro. Verificou-se, também, que os professores se revezam entre essas disciplinas e que ficaria difícil para eles falarem, isoladamente, de cada uma. Assim, optou-se por trabalhar com o conjunto das três disciplinas, para não se correr o risco de ter uma idéia muito fragmentada do processo.

Eu acho que uma coisa que estamos tentando construir é uma continuidade entre as três disciplinas OSC I, II e III, que o aluno passe e sinta o caminho... nós buscamos com estas disciplinas ajudar a formar um profissional mais aberto para trabalhos com outros grupos de profissionais, a interdisciplinaridade (Docente 10. Odonto. Fonte: GF).

O que se espera do aluno, neste fluxo de disciplinas, é que ele não saia somente com capacidade de realizar um levantamento epidemiológico bem feito, de sistematizar idéias num formato de um planejamento de saúde; espera-se, também, que ele passe pelas disciplinas e saia um pouco melhor enquanto pessoa, enquanto cidadão, enquanto profissional de saúde como um todo, mesmo que ele vá ser um ortodontista responsável pelo canino superior direito, mas que ele possa ter uma relação com a profissão, com a realidade social em que ele vive, um pouco diferenciada, esses são objetivos implícitos ou explícitos nas disciplinas (Docente 7. Odonto. Fonte:GF).

As disciplinas OSC I (Odontologia em saúde coletiva I), OSCII (Odontologia em saúde coletiva II), e OCSIII (Odontologia em saúde coletiva III) fazem parte do currículo de graduação da Faculdade de Odontologia. A disciplina OSC I tem a carga horária de 75 horas, sendo 15 teóricas e 60 práticas. OCS II tem carga horária total de 90 horas, destas 30 são teóricas e 60 são práticas. OCS III tem, também, um total de 90 horas, com 30 teóricas e 60 práticas. As três disciplinas estão localizadas, respectivamente, no quarto, no sexto e no nono semestres do curso.

As práticas dessas três disciplinas vêm sendo desenvolvidas em unidades de saúde e em comunidades dos bairros do Alto das Pombas, Nordeste de Amaralina, Calabar, Santa Cruz e Vala das Pedrinhas, todas situadas na área do Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho.

Na parte introdutória desse processo (OSC I), visa-se, principalmente, uma aproximação do estudante de odontologia do campo da saúde coletiva, através do marco conceitual e prático da educação em saúde (ANEXO 3). No segundo momento (OSC II), a ênfase é na instrumentalização do estudante para a identificação de problemas de saúde bucal em grupos populacionais, utilizando-se para isto os arsenais teórico-metodológicos da epidemiologia e do planejamento em saúde (ANEXO 4). A disciplina OSC III tem como

preocupação central a discussão das condições de inserção dos futuros profissionais no mundo do trabalho. No programa desta última disciplina, percebe-se, também, uma preocupação em discutir o papel do cirurgião-dentista na “equipe de saúde bucal” (ANEXO 5).

Os objetivos definidos nos programas para estas três disciplinas são:

Odontologia em Saúde Coletiva I:

- Preparar para uma prática profissional socialmente comprometida;
- Introduzir uma primeira atuação na área de Saúde Bucal Coletiva (ANEXO 3).

Odontologia em Saúde Coletiva II:

- Dar continuidade à capacitação do aluno para atuar no campo da Saúde Bucal Coletiva;
- Instrumentalizar o futuro profissional para a identificação de problemas de saúde bucal em grupos populacionais, usando o arsenal teórico-metodológico da epidemiologia;
- Rever e aprofundar, criticamente, elementos da organização dos serviços de saúde no Brasil;
- Introduzir os elementos essenciais do planejamento, programação e gestão em saúde, no contexto do SUS, com ênfase no Programa de Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ANEXO 4).

Odontologia em Saúde Coletiva III:

- Instrumentalizar o aluno para a realização de uma análise crítica sobre o exercício profissional no contexto atual, criando as condições para uma inserção consciente, ética e criativa no mundo do trabalho odontológico, com sensibilidade social e capacidade de incorporar o desenvolvimento técnico e científico no exercício da profissão (ANEXO 5).

Os professores relatam que a preocupação de trabalhar com comunidades e outros setores (escolas, creches) fora dos muros da universidade não é recente na história da

*A “Comunidade” na Formação de Profissionais de Saúde:
uma Introdução à Questão*

Faculdade de Odontologia. Nas décadas de 70 e de 80, já existiam várias iniciativas, mas estas ocorriam, de modo esporádico e com pouca ligação com o currículo. Desde o início da década de 90, a Escola vem refletindo sobre estas questões, no sentido de buscar formas de desenvolver um trabalho mais permanente e que pudesse dar respostas mais significativas aos problemas de saúde da população com as quais se estava trabalhando. Além disso, as práticas teriam, ao mesmo tempo, o objetivo de contribuir para criar condições de inserção dos futuros odontólogos no mercado de trabalho da saúde coletiva:

Os professores responsáveis pela disciplina Odontologia Sanitária, naquela época [início dos anos 90], passaram a visitar os locais, a conversar com as pessoas, a fazer contato com as associações de moradores dos bairros. O que se queria era encontrar locais onde se pudesse desenvolver um trabalho em parceria, que pudesse atender aos objetivos acadêmicos da disciplina, dos alunos terem uma vivência na área de saúde bucal coletiva, de diagnóstico epidemiológico, da possibilidade de planejamento e de desenvolvimento de atividades de promoção saúde, mas tudo isto relacionado às demandas e necessidades de cada área onde estávamos atuando.

[...] Iniciamos as atividades no Vale das Pedrinhas e em Santa Cruz, depois veio o Calabar, Alto das Pombas, Nordeste de Amaralina. Com o surgimento do Projeto UNI, as atividades foram fortalecidas, passaram a ter maior visibilidade e também se expandiram para outras áreas. Daí em diante esta coisa se desenvolveu e, hoje, no nosso currículo, temos três disciplinas na área da saúde coletiva e antes só tínhamos uma, que era Odontologia Sanitária.

[...] Após a instalação do distrito sanitário docente/assistencial, os estudantes fizeram um diagnóstico de tudo que havia na área em termos de atenção odontológica, seja público, privado ou filantrópico. Estas unidades foram visitadas, e já neste primeiro momento de diagnóstico começou-se a identificar parceiros mais sensíveis e receptivos. A gente já tinha, naquele momento, uma idéia de que não poderíamos mais cair de pára-quadras numa escola, numa creche ou numa unidade de saúde, para fazer uma prática durante um determinado período e depois virar as costas e ir embora.

[...] As disciplinas oferecem um corpo de conhecimentos, de métodos, de técnicas que são de aplicação no campo da saúde bucal coletiva, visando uma inserção em uma determinada fatia do mercado de trabalho: seja como dentista nas secretarias de saúde, na equipe de saúde da família, ou seja, nos espaços onde eles vão precisar deste conteúdo (Docente 7. Odonto. Fonte: GF).

A forma de conceber a ação em comunidades propostas nos programas das disciplinas do curso de odontologia, não difere muito da dos cursos de enfermagem e de medicina. As ações planejadas, a partir de uma fundamentação na razão instrumental técnica, deixam pouca margem para o multirreferencial, para o distinto, para a alteridade, para a interatividade.

Questionar a razão instrumental, na organização das ações de saúde, é, certamente, muito difícil pelos inegáveis avanços da tecnologia no combate a muitos problemas de saúde, mas devido à complexidade destes mesmos problemas, o cuidado não pode se resumir à técnica (AYRES, 2000).

As formas de ensino mais utilizadas, nos cursos de saúde, tal como a forma de conceber o cuidado, são muito presas a um racionalismo estritamente instrumental. Isto tem criado barreiras para a valorização de uma sabedoria prática no “que fazer”, tanto na prática pedagógica do professor, como no desempenho dos estudantes. Compreender a razão prática nos processos de ensinar e de aprender a cuidar de pessoas, tem um sentido para Ayres (2000) de resgatar o potencial resubjetivador desses atos como desmistificação da auto-regulação tecnológica.

O próprio Ayres (2000, p.118) não se mostra muito seguro em fazer uma separação entre “tecnologia” e “cuidado”, como ele mesmo afirma: “temo incorrer no vício acadêmico de buscar um rigor conceitual de pouco ou nenhum significado pragmático”. Mas tomando como base as definições mais conhecidas de tecnologia, o autor argüi:

a idéia de **procedimentos bem definidos e destinados a produzir certos resultados** já não implica um certo **fechamento** de meios e fins, contrário à idéia de emancipação do usuário como sujeito da sua assistência? Em outros termos, será possível preservar o sentido forte de **espaço relacional** quando se fala do uso de **procedimentos bem definidos** visando **certos resultados**? (grifos do autor).

O momento do cuidado, pelo seu caráter relacional, segundo Ayres (2000), tem um enorme potencial para subverter o paroxismo “objetivador” das práticas de saúde. A intersubjetividade viva do momento assistencial permite escapar a uma objetivação “dessubjetivadora”, exatamente porque ali se efetiva uma troca, num espaço relacional, que extrapola o tecnológico. Apóia-se na tecnologia, mas não se subordina a ela, subverte-a, estabelece-se a partir e em torno dos universais que ela carrega, mas lhe cobra os limites. A co-presença de um assistente e de um assistido põe, inexoravelmente, em cena, um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício da subjetividade criadora de um produtor de artefatos. Trata-se, portanto, da práxis, ou atividade prática, ou ainda, sabedoria prática que não cria objetos, mas “realiza sujeitos diante dos objetos” (p. 119).

A noção de cuidado, quando compreendida como uma preocupação com a promoção do bem-estar e não somente como correção de distúrbios, traz uma maior abertura para que o usuário dos serviços de saúde possa ser verdadeiramente sujeito na relação terapêutica. Esta noção amplia, também, o próprio entendimento do que seja *participar* em saúde. Pois, como fala Ayres (2000), se pensamos no indivíduo apenas como portador de um problema a ser resolvido, esse tende a ser visto, apenas, como um objeto dos técnicos da saúde. Mas, se se compreende esse indivíduo como aspirante ao bem-estar, ninguém pode subtrair a ele o poder de julgamento de seu próprio modo de vida, portanto, o poder de juízo sobre suas necessidades.

Neste sentido, é preciso “problematizar” a própria idéia de “problema” como eixo organizador das práticas curriculares em comunidade. Nos programas das disciplinas e na fala dos professores, observa-se uma ênfase no “problema de saúde”. Esta ênfase é, atualmente, muito observada, tanto entre os autores que discutem a organização das práticas de atenção à saúde, como entre aqueles que discutem a formação dos profissionais da área.

O avanço do conhecimento em torno de problemas, no âmbito da saúde coletiva, como discutem Paim e Almeida Filho (1998), tem contribuído para mudanças não só nas formas de intervenção, mas, também, para a definição do que é saúde, dentro de uma perspectiva mais ampla.

Nos cursos de formação dos profissionais de saúde, o Projeto UNI tem apoiado e/ou desencadeado discussões sobre as práticas pedagógicas, com destaque na preocupação em uma formação orientada para os problemas de saúde da população. De acordo com o ideário desse Projeto, os próprios currículos deveriam ser organizados por problemas. A proposta curricular de Aprendizagem Baseada em Problemas – PBL (Problem Based Learning) é o eixo principal do aprendizado teórico do currículo de algumas escolas de medicina no Brasil, cuja filosofia de ensino é definida como de “aprendizado centrado no aluno”. Os conteúdos curriculares são organizados, a partir de problemas previamente definidos, contendo um elenco de assuntos que os alunos deverão estudar. Esta metodologia visa à integração entre as disciplinas e o desenvolvimento, no aluno, de uma atitude de busca do conhecimento (SAKAI; LIMA, 1996).

A prática tem mostrado que as formas de identificação dos problemas predominantes, em um determinado espaço, assim como as possibilidades de intervenção, quando discutidas, a partir de distintas leituras da realidade, pode, efetivamente, trazer para o estudante com mais facilidade, a compreensão da complexidade do processo saúde & doença. Pode trazer, também, uma maior compreensão do “espaço” profissional de cada um, através da percepção de que existe uma série de questões que vão além dos referenciais de cada profissão, que precisam ser tratadas pelo conjunto dos “cuidadores” de saúde e não por um profissional isoladamente. Pode contribuir, assim, para um melhor entendimento do que seja “trabalho multiprofissional”. Além disso, pode contribuir, também, para a compreensão da “intersectorialidade”, através da percepção de que existem questões que são ainda mais amplas, que demandam ações intersectoriais, decisões políticas, avanços técnico-científicos, que os profissionais de saúde, isoladamente, não podem dar conta.

No campo específico do ensino, Pozo (2002), discute que a proposição de tarefas de aprendizagem como problemas é um requisito importante para o ato de *compreender*. Mas para isto, os “problemas” não podem ser confundidos com meros “exercícios” para os quais já existam respostas prontas, situações “preparadas” apenas visando ao consumo cognitivo de algum conteúdo. Um problema, segundo Lester (1983, *apud* POZO, 2002, p. 253) “é uma situação que um indivíduo ou um grupo quer ou necessita resolver e para a qual não dispõe de um caminho rápido e direto que o leve à solução”. Um problema não é uma coisa universal, não é uma coisa dada, o que é problema para uma pessoa ou para um grupo, pode não ser para outro. Esta diferença está relacionada ao interesse pela situação (algo que não me interessa em nada, pode ser problema para outras pessoas, mas não para mim), ou porque já se possui os mecanismos para resolver quase sem investimento de recursos cognitivos. Neste caso, seria um simples exercício e não um problema. Perceber algo como problema requer, também, conhecimentos prévios sobre a situação em foco. Sem isto, é muito difícil perceber a relevância do “problema”. Perceber algo, como problema, exige uma motivação do estudante para a tarefa, para além das recompensas que este possa receber por fazê-la bem.

No entanto, como alerta o próprio Pozo (2002), é importante assinalar que nem todas as atividades de aprendizagem têm necessariamente de propor um problema para o estudante. Os exercícios (mobilização de mecanismos que o estudante já dispõe e que o leva, de forma imediata, à solução) são também necessários. Existem muitas habilidades técnicas

instrumentais, cuja aprendizagem requer a repetição. As práticas, independentes de serem “problema” ou “exercício” devem ter um vínculo com a realidade, com o trabalho da futura profissão; para isto, elas devem ocorrer em contextos significativos, organizadas de forma que favoreça a cooperação e o intercâmbio. O importante é que o estudante possa compreender o sentido de porque ele está fazendo aquilo.

Uma ênfase muito grande nos “problemas”, como argüi Young (2000), reforça a idéia da “patologia”, seja ela social, do saber, da escolaridade, da forma de compreender a saúde. Ainda segundo Young, os estudantes formados nesta concepção tendem a situar os problemas e as soluções deles no contexto imediato, pois os currículos baseados em problemas negam aos estudantes o acesso a conceitos que, ligando suas experiências práticas ao contexto mais amplo que as determinou, poderiam ajudá-los a entender os problemas enfrentados e permitir-lhes melhorar sua prática.

A idéia de “problema” faz com que se pense o *outro* sempre pelo que lhe falta, pelas suas “carências”. Isto traz uma leitura “negativa” da realidade social. A leitura negativa, como fala Charlot (2000), postula uma causalidade pela falta. Uma outra postura seria também prestar atenção naquilo que as pessoas fazem, conseguem, têm e são, e não somente nas suas carências, no que precisa de uma “correção”. Uma leitura “positiva”, na concepção do autor, é antes de tudo uma postura epistemológica e metodológica, que não se resume a perceber conhecimentos adquiridos ao lado das carências, mas é ler de outra maneira *o que é lido como falta* pela leitura negativa. Mais que levantar as carências, as deficiências, a questão deve ser: o que está ocorrendo? Como a comunidade percebe esta situação/problema? Como lida com ela? Que soluções busca para o problema?

A discussão a respeito da primazia absoluta da razão instrumental na concepção das práticas, bem como a discussão na ênfase em “problemas” como eixo norteador do currículo, trazem importantes subsídios para a reflexão sobre a mudança contemporânea das relações da sociedade com o conhecimento e as possíveis conseqüências dessa mudança para a universidade. Estas são questões que estarão no centro das discussões do próximo capítulo.

4 RELAÇÕES ENTRE A COMUNIDADE E A UNIVERSIDADE: MUDANÇAS E PERMANÊNCIAS

Num mundo caracterizado pela
compartimentalização acadêmica, um intelectual
é aquele que consegue romper esses obstáculos
para construir caminhos que o coloquem
debatendo temas fundamentais de sua época.
(Edgar Morin)

Nenhum problema pode ser resolvido pelo
estado de consciência que o criou.
(Albert Einstein)

A temática tratada neste capítulo está relacionada às diferentes concepções referidas pelos sujeitos sobre o trabalho dito cooperativo/parceiro entre a universidade e a comunidade. Tais concepções, apesar de distintas, apresentam muitos elementos de identificação entre elas. A compreensão dos diferentes sujeitos a respeito do trabalho cooperativo não fez parte, diretamente, do elenco das questões formuladas para os grupos focais, no entanto, à medida que as pessoas foram falando sobre as possíveis aprendizagens (re)construídas, nas experiências de trabalho conjunto entre a universidade e a comunidade, referiam-se, sempre, à forma de como concebem este tipo de trabalho. Os temas mais recorrentes em relação à concepção da parceria/cooperação, foram: o compromisso social da universidade para com as comunidades com as quais trabalha; as dificuldades encontradas e as questões relacionadas à democratização/socialização do conhecimento produzido pela universidade e as formas de relacionamento entre os dois setores sociais em questão.

A mudança contemporânea das relações da sociedade com o conhecimento e as possíveis conseqüências disto para a universidade trazem a necessidade de uma discussão em torno da própria idéia do conhecimento: do que é o conhecimento e de como ele é criado.

O que é o conhecimento? Esta pergunta tem permeado toda a história da filosofia desde o período grego até a contemporaneidade (LAVILLE; DIONNE, 1999).

As duas grandes tradições epistemológicas na filosofia ocidental – o racionalismo e o empirismo – diferem, radicalmente, quanto ao que constitui a verdadeira fonte do

conhecimento. O racionalismo argumenta que o verdadeiro conhecimento não é produto da experiência sensorial, mas, sim, de um processo mental ideal. Segundo essa visão, existe um conhecimento *a priori* que não precisa ser justificado pela experiência sensorial. A verdade absoluta é deduzida de uma argumentação racional, baseada em axiomas (a matemática é um exemplo disso). O empirismo, por sua vez, alega que não existe conhecimento *a priori* e que a única fonte de conhecimento é a experiência sensorial. Segundo essa visão, tudo no mundo tem uma existência intrinsecamente objetiva, mesmo quando se tem uma percepção ilusória (a ciência experimental é um exemplo clássico dessa visão) (BHASKAR, 1996).

Para o racionalismo, o método através do qual se obtém conhecimento, é a *dedução*; para isto, recorre a construtos mentais como conceitos, leis ou teorias. O empirismo, por sua vez, argumenta que o conhecimento é obtido por *indução*, a partir de experiências sensoriais específicas.

Apesar das diferenças fundamentais entre o racionalismo e o empirismo, tradicionalmente, conhecimento tem sido definido como uma crença de legitimidade justificada, conceito este introduzido por Platão. Ao longo do século XX, uma crescente consciência da mutabilidade do conhecimento, pela qual as obras de Karl Popper, T.S. Kuhn, I. Lakatos e P.K. Feyerabend foram as principais responsáveis, comprometeu o argumento do fundamentalismo (BHASKAR, 1996). Nos últimos tempos, temos visto o surgimento de muitos questionamentos às discriminações entre conhecimento comum e conhecimento científico (SOUSA SANTOS, 1989, 2000). Além disso, outros autores têm trazido para discussão a distinção entre conhecimento prático e conhecimento propositivo, que Polanyi (1967, *apud* BHASKAR, 1996) designa de distinção entre conhecimento tácito e explícito; Wittgenstein (2001), de distinção entre consciência prática e discursiva. Todas essas distinções ajudam a demolir o antigo conceito unitário e indiferenciado de conhecimento.

Para Sousa Santos (2000), a forma tradicional habituou-nos a conceber o conhecimento, como um princípio de ordem sobre as coisas e sobre os *outros*, que é difícil imaginar uma forma de conhecimento que funcione como princípio de solidariedade. No entanto, para o autor, tal dificuldade é um desafio que precisa ser enfrentado. A solidariedade é uma forma de conhecimento que se obtém por via do reconhecimento do *outro* e o *outro* só pode ser reconhecido como produtor de conhecimento.

Reconhecer o *outro*, na qualidade de produtor do conhecimento, remete a pensar como o conhecimento é criado. Para discutir esta questão, foi utilizado o trabalho de Nonaka e Takeuchi (1997) que, apesar de ter sido pensado para o setor industrial/empresarial, oferece subsídios significativos para o contexto de análise deste estudo, na medida em que discute formas interativas de produção de conhecimento nas atividades criativas dos seres humanos. A interação que os autores chamam de “conversão do conhecimento”, auxilia na compreensão não só da diferenciação entre os tipos de conhecimento, mas, também, de como estes podem gerar aprendizagens.

A teoria da criação do conhecimento organizacional, proposta por Nonaka e Takeuchi (1997, p. 63) adota a definição tradicional do conhecimento como “crença verdadeira justificada”. Entretanto, ao contrário da epistemologia tradicional, a ênfase não é dada à *verdade*, mas sim, à *crença justificada*. Enquanto a epistemologia tradicional enfatiza a natureza absoluta, estática e não-humana do conhecimento, geralmente expressa em proposições e pela lógica formal, os autores consideram o conhecimento como “um processo humano dinâmico de justificar a crença pessoal com relação à verdade”.

A divisão cartesiana entre sujeito e objeto, conhecedor e conhecimento, deu origem a uma visão da organização como mecanismo para “processamento de informações”. Segundo essa visão, uma organização processa informações, a partir do ambiente externo, para se adaptar a novas circunstâncias. Embora tenha demonstrado sua eficácia, no sentido de explicar como as organizações funcionam, tal visão tem uma limitação fundamental, que é a de não explicar a inovação. Quando as organizações inovam, elas não só processam informações, de fora para dentro, objetivando resolver os problemas existentes e se adaptar ao ambiente em transformação. Elas criam, também, novos conhecimentos e informações, de dentro para fora, a fim de redefinir tanto os problemas quanto as soluções e, nesse processo, recriar seu meio (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

A pedra fundamental da abordagem proposta por esses dois autores é a distinção entre o conhecimento tácito e o explícito¹⁹.

¹⁹A teoria da criação do conhecimento proposta por Nonaka e Takeuchi é influenciada pelo pensamento de Michael Polanyi, renomado químico húngaro, que aos cinquenta anos resolveu dedicar-se à filosofia. A filosofia de Polanyi apresenta conformidades implícitas e explícitas com as filosofias “posteriores” de Wittgenstein e Merleau-Ponty em termos de sua ênfase na ação, no corpo e no conhecimento tácito (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

O segredo para a criação do conhecimento está na mobilização e conversão do conhecimento tácito. O conhecimento tácito é pessoal, específico ao contexto e, assim, difícil de ser formulado e comunicado. Já o conhecimento explícito ou “codificado” refere-se ao conhecimento transmissível em linguagem formal e sistemática. Na concepção de Nonaka e Takeuchi (1997), a objetividade científica não constitui a única fonte de conhecimentos. Grande parte de nossos conhecimentos é fruto de nosso esforço voluntário de lidar com o mundo.

Em uma linha de raciocínio semelhante a esta, Foucault (2000), também afirma que o saber (conhecimento) não é exclusividade da ciência, este não está contido apenas em demonstrações. O saber também se encontra em outros tipos de discursos como ficções, reflexões, narrativas, regulamentos institucionais, decisões políticas. Na “arqueologia do saber”, Foucault trata, basicamente, da questão de que *toda ciência é saber, mas nem todo saber é ciência*.

O conhecimento da prática, no sentido da experiência, tende a ser tácito, físico e subjetivo, enquanto que o conhecimento da racionalidade tende a ser explícito, metafísico e objetivo. O conhecimento tácito é criado “aqui e agora” em um contexto prático específico. O compartilhamento do conhecimento tácito entre os indivíduos, através da comunicação, exige uma espécie de “processamento simultâneo” da complexidade dos problemas compartilhados por esses indivíduos. O conhecimento explícito, por sua vez, lida com acontecimentos passados ou objetos “lá e então” e é orientado para uma teoria independente do contexto (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

Quando explicitado pela linguagem, o conhecimento tácito torna-se estático, podendo, então, ser focalizado para fins de reflexão. Distanciando-se do sujeito do conhecimento pela linguagem ou por símbolos, o conhecimento pode ser distribuído, criticado e, com isso, ampliado. Como normalmente sabemos mais do que aquilo que expressamos, o resultado é que o que foi articulado e formalizado é menos do que aquilo que sabemos de modo tácito. O conhecimento explícito, na forma de fatos é, portanto, metaforicamente falando, apenas a ponta do *iceberg* do conjunto de conhecimentos como um todo. A linguagem por si só não é suficiente para transformar todo conhecimento em conhecimento explícito (SVEIBY, 1998).

O conhecimento tácito e o conhecimento explícito não são entidades totalmente separadas, mas, sim, interdependentes. Interagem um com o outro e realizam trocas nas atividades cotidianas dos seres humanos. Esta afirmação está ancorada no pressuposto crítico de que o conhecimento humano é criado e expandido através da interação social entre o conhecimento tácito e o conhecimento explícito. É nesse processo que ocorre a “conversão do conhecimento”, entendida como um processo “social” *entre* indivíduos, e não confinada *dentro* de um indivíduo. Para Nonaka e Takeuchi (1997), existem quatro modos diferentes de se fazer conversão do conhecimento. São eles:

- Socialização (do conhecimento tácito em conhecimento tácito): é um processo de compartilhamento (trocas) de experiências e, portanto, de criação de conhecimento tácito. Por exemplo, os aprendizes, quando trabalham com seus mestres, aprendem a perícia profissional por meio da observação, da imitação e da prática. A linguagem não é suficiente. O segredo para a aquisição do conhecimento tácito é a experiência. Sem alguma forma de experiência compartilhada, é extremamente difícil para uma pessoa projetar-se no processo de raciocínio do outro indivíduo. A mera transferência de informações muitas vezes fará pouco sentido, se estiver desligada das emoções associadas e dos contextos específicos nos quais as experiências compartilhadas ocorrem.
- Externalização (do conhecimento tácito em conhecimento explícito): é um processo de articulação do conhecimento tácito em conceitos explícitos. É através desse processo que o conhecimento tácito expressa-se, na forma de metáforas, analogias, conceitos, hipóteses ou modelos. O conhecimento tácito é convertido em conhecimento articulável, através da linguagem falada ou escrita. É uma forma de criar conhecimento normalmente cheio de discrepâncias e lacunas entre as imagens e as expressões. Mas como lembram os autores, é exatamente isto que ajuda a promover a “reflexão” e a interação entre os indivíduos.
- Combinação (do conhecimento explícito em conhecimento explícito): é um processo de sistematização de conceitos em um sistema de conhecimento. Envolve a combinação de conjuntos diferentes de conhecimento explícito em um novo conhecimento explícito por meio da análise, da categorização e da reconfiguração de informações. Essa forma de conversão de conhecimento ocorre nas

universidades e em outras instituições de educação formal. Os bancos de dados e as redes de computadores são as novas ferramentas para esse tipo de conversão de conhecimento.

- Internalização (do conhecimento explícito em conhecimento tácito): é o processo de incorporação do conhecimento explícito no conhecimento tácito. É intimamente relacionado ao “aprender fazendo”. Quando são internalizadas nas bases do conhecimento tácito dos indivíduos sob a forma de modelos mentais ou *know-how* técnico compartilhado, as experiências através da socialização, externalização e combinação tornam a organização com maior capacidade de produzir seus próprios conhecimentos. A internalização, também, pode ocorrer sem que, na verdade, se tenha de “reexperimentar” as experiências de outras pessoas. Para isto é necessário a verbalização e diagramação do conhecimento, sob a forma de documentos, relatórios, manuais ou histórias orais. A documentação ajuda os indivíduos a internalizarem suas experiências, aumentando, assim, seu conhecimento tácito. Além disso, os documentos auxiliam outras pessoas, proporcionando-lhes condições de ter acesso aos conhecimentos produzidos na experiência.

O conteúdo do conhecimento criado por cada um destes modos de conversão é, naturalmente, diferente. A socialização gera o que pode ser chamado de “conhecimento compartilhado”. A externalização gera o “conhecimento conceitual”. A combinação dá origem ao “conhecimento sistêmico” e a internalização produz o “conhecimento operacional”. Esses modos não são independentes entre si, suas interações produzem uma espiral, quando se introduz o tempo como uma terceira dimensão.

O modo de produzir “conhecimento operacional”, ou seja, a mediação entre ciência e outros saberes em situações da prática, é uma categoria fundamental para a compreensão do processo de formação de trabalhadores de saúde. A essa mediação, na qual o conhecimento científico é recriado, transformado, Gonçalves²⁰ denomina de *saber operante da ação*. É uma categoria própria da teoria do trabalho, que diz respeito ao aspecto em que o agente só será alguém que domine sua ação se detiver seu saber operante. Ao introduzir essa categoria para o

²⁰ Estamos nos valendo aqui principalmente do texto de Lilia Schraiber, apresentado em um painel realizado para homenagear Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (SCHRAIBER, 1996).

trabalho em saúde, Gonçalves a explora não como no trabalho industrial. Ele a concebe em relação ao trabalhador de saúde, como detentor e produtor desse saber e não como um mero aplicador mecânico de saberes produzidos de forma externa a esse trabalhador. No trabalho, ele sempre reinterpreta, articula diversos saberes. Este é um processo que sempre envolve criatividade.

Esta reflexão é igualmente válida para o trabalho docente dos profissionais de saúde, comumente imbricado com a própria concepção que cada um tem do ato de cuidar e de ensinar. No seu dia a dia de trabalho o professor se utiliza de saberes para a ação. Estes saberes não são construídos, apenas, com base em uma aplicação direta de conhecimentos científicos, mas com o diálogo, com outras formas de saber que constitui cada um de nós, como religião, ética, inserção cultural, entre outros.

Autores da área de educação, que têm discutido essa forma de fundar o ato pedagógico, têm se inspirado em Dewey que, já no início do século XX, diferenciava o legado da ciência à educação. Para ele, a contribuição da ciência à educação é indireta. Ela poderá fornecer ao educador as ferramentas intelectuais para ajudá-lo na sua ação. Assim, ela pode lhe permitir melhor dirigir suas observações, afinar sua percepção, mudar sua atitude mental, guiar suas interpretações, constituindo-se, portanto, num terreno intelectual para estimular sua perspicácia. Entretanto, a elaboração de regras de ação, apesar de indiretamente alimentada pelos dados da ciência, não se pode dizer que seja diretamente derivada desta. A ação envolve reorganização, deliberação intelectual e a passagem pelo espírito do educador. É por esta razão que, para Dewey, em educação, a pertinência de um dado científico só pode ser avaliada em uma situação real de ensino (GAUTHIER; TARDIF, 1997).

A socialização do conhecimento é entendida por algumas correntes da educação, como sendo a elaboração do conhecimento historicamente produzido, através de meios e métodos pelos quais as novas gerações podem se apropriar do conhecimento sistematizado por gerações passadas, sem terem que iniciar do zero. Isto define a importância política do ato de educar (SOUZA, 2002). A socialização do conhecimento é considerada por Fróes Burnham (1992), como um processo de construção permanente da história da humanidade – da ciência, da tecnologia, da arte e de diversas outras formas de representação da cultura – construção esta que se faz, a partir e nas relações do ser humano com a natureza e com os outros seres humanos. Este processo tem como lastro a sistematização de conhecimentos, que passam a ser

bases, quer de (re)construção de novos conhecimentos, quer da negação e descontinuidade daqueles já existentes. A socialização do conhecimento na percepção destas duas autoras, diz respeito ao conjunto das formas de conversão do conhecimento proposto por Nonaka e Takeuchi (1997) e não apenas a uma das modalidades desse processo. Assim, a expressão “socialização do conhecimento”, no contexto deste trabalho, refere-se ao sentido mais amplo, discutido por Souza e por Fróes Burnham. Ao que Nonaka e Takeuchi chamam de “socialização do conhecimento”, será referido como “construção compartilhada do conhecimento”.

A construção compartilhada do conhecimento, como argumenta Souza (2002, p. 113), é uma das atuais ocupações dos intelectuais mais comprometidos com a perspectiva da *educação e saúde* atenta à conquista da soberania popular, isto é, da democracia. Trata-se de uma prática intencional, refletidamente consciente, mesmo quando ocorre em âmbito não-formal ou informal, do ponto de vista da sua institucionalização. Por ser um trabalho educativo, implica, necessariamente, em um trabalho de sistematização. Não dá mais para aceitar que as práticas educativas em saúde se resumam a um mero “repasso” de informações, muitas vezes desconectadas da realidade, como tradicionalmente tem acontecido. Onde a “informação” muitas vezes apenas substitui a “higiene” do discurso eugênico/higienista. “Bane-se a limpeza, instaura-se o primado da informação. Se com a higiene haveria “saúde do civilizado”, com informação haverá “saúde do instruído”.

Estas são questões fundantes, quando se pensa que o ensino universitário deva contribuir para o desenvolvimento de uma nova relação com o saber, baseada na idéia de que o conhecimento científico, tecnológico e artístico, gerado na universidade e institutos de pesquisa, não são as únicas formas de conhecimento. Existem outras formas surgidas da prática, do pensar e do agir dos inúmeros segmentos da sociedade, ao longo de gerações que, por não serem caracterizadas como científicas, são desprovidas de legitimidade institucional. Recuperar essas práticas é uma atividade orgânica que os intelectuais sintonizados com esta questão devem se empenhar.

Uma das formas de se medir a democratização da universidade é pelo respeito ao princípio da equivalência dos saberes e pelo âmbito das práticas inovadoras de sentido que convoca. A universidade será democrática, se souber usar o seu saber hegemônico para recuperar e possibilitar o desenvolvimento autônomo de saberes não-hegemônicos, gerados

nas práticas das classes sociais oprimidas e dos grupos ou estratos socialmente discriminados. (SOUSA SANTOS, 1997).

Na percepção de Sousa Santos (1997), um novo senso comum estará sendo gestado, quando as classes e grupos sociais referidos anteriormente se sentirem competentes para dialogar com o saber hegemônico e, vice-versa, quando a universidade (professores, estudantes e técnicos), começar a: “ter consciência que a sua sabedoria de vida não é maior pelo fato de saberem mais sobre a vida, uma consciência que se adquire em práticas situadas nas fronteiras da competência profissional. Para tais situações-limite não há receitas nem itinerários. Cada um constrói os seus” (p. 228).

Contribuir para mudar ou ampliar as capacidades de ação e de reflexão de uma comunidade não significa desconsiderar o que a população sabe. O que se tem a fazer é estabelecer relações entre o saber popular e o saber sistematizado, para que se possa construir novos saberes na ação. Nesse sentido, questões como *intersubjetividade*, *autorização*, *alteração*, *comunicação*, *interatividade*²¹ não podem deixar de ser consideradas.

As discussões colocadas até aqui, neste capítulo, têm o sentido de trazer algumas questões que estão postas e que podem ajudar na difícil tarefa de compreender e analisar nas falas dos sujeitos, suas concepções sobre o trabalho cooperativo e a relação com o conhecimento que este trabalho implica.

4.1 MÚLTIPLOS SIGNIFICADOS DO TRABALHO COOPERATIVO PARA OS SUJEITOS ENVOLVIDOS NA PESQUISA

Uma das grandes áreas de significação do trabalho em comunidades, na percepção dos professores e dos estudantes, é a possibilidade de *oferecer* à população conhecimentos técnico-científicos relacionados a questões de saúde, sobretudo aqueles mais diretamente ligados à prevenção e também à organização e funcionamento dos serviços, além de questões relacionadas ao direito à saúde. Essa preocupação em *doar* o conhecimento é verbalizada de diversas formas. Entre elas, podemos citar: “repassar”, “distribuir informações”, “orientar” a população. O conhecimento valorizado é, basicamente, aquele sistematizado pela academia e

²¹ Para isto ver Jacques Ardoino: “*Les avatars de l'éducation: problématiques et notions em devenir*”. Paris: PUF, 2000a.

a preocupação centra-se no aproveitamento de oportunidades para a “transmissão” desse conhecimento. Observa-se, algumas vezes, que a população continua sendo percebida, apenas, como “objeto”, como “receptora”, do pensamento acadêmico e extensionista da universidade. A democratização do conhecimento, em alguns momentos, parece se resumir a um convite da universidade à comunidade para que esta consuma e receba seus produtos. Alguns enunciados ilustram isto:

*A disciplina tem uma preocupação com a questão da equidade, por exemplo, na **distribuição** dos recursos de saúde, entre os quais a **informação**. E quando a gente opta por uma população que tem menos acesso à informação, ao atendimento, aos profissionais de saúde, a gente está, de uma certa forma, ajudando, também, a construir essa equidade.*

*[...] Pelo enfoque da prática que a gente faz, que é uma prática de educação em saúde, com alunos de terceiro semestre, quer dizer, alunos que ainda estão muito novos na formação acadêmica e que a gente entende que eles vão ser mais **úteis** nesse trabalho de educação em saúde, exatamente com aquelas pessoas que detém **menos informação**, detém **menos conhecimento**. Então a comunidade e as escolas públicas do bairro são prioridades. No caso aqui, a nossa prática é uma prática de educação em saúde e a gente privilegia de fato a população, quer dizer, o **receptor** final dessa educação e saúde que seria a população (Docente 1. Med. Fonte: GF).*

*A dificuldade nesse tipo de prática, é que a gente vê muitas coisas que não pode mudar, não existe uma **conduta técnica** que possa tirar a pessoa da situação em que ela se encontra, a gente fica de mãos atadas, sem poder fazer muita coisa, então a gente usa o que a gente tem de mais rico que é **conhecimento**, é a **orientação** e a gente acaba se apegando nisto, para **dar** o melhor de si (Estudante 1. Enf. Fonte: GF).*

*Eu acho que o mais importante, às vezes, não é nem **levar informação**, porque você pode chegar e ficar falando um monte de coisas, de informações novas, mas o importante mesmo é você **tirar conceitos errôneos** deles, porque o básico mesmo da prevenção que eu acho que é o objetivo desse tipo de trabalho é você **quebrar certos tabus** que a população tem (Estudante 12. Med. Fonte: GF).*

*Esses trabalhos com a universidade trazem, sempre, muitas **informações** e isto é importante porque a informação é necessária. Em uma comunidade como a do Engenho Velho que é carente, não só de informação, como de outras coisas. Mas a informação ajuda; hoje em dia, todo mundo fala de informação, ela é o foco das atenções (Líder comunitário 2. Fonte: GF).*

Estas falas mostram como muitas vezes estamos tão preocupados em “transmitir” o conhecimento sistematizado, em “dar” informações, que nem sequer nos apercebemos que para que este conhecimento possa, efetivamente, contribuir para melhoria da vida das pessoas, ele precisa ser significado. A possibilidade de significação destes conteúdos é uma grande

questão, pois em um processo de formação (institucionalizado ou não), é preciso que a *informação* seja, efetivamente, um elemento *formativo*, seja uma (in)formação. Isto quer dizer que a informação deva ser algo que a pessoa possa trabalhar para transformar em conhecimento, em construção da sua própria subjetividade, portanto em aprendizagem. Na universidade e na educação de um modo geral, trabalha-se muito a informação pela informação; “passa-se” e “repassa-se” saberes que foram construídos em outros contextos, sem uma preocupação de fazer um vínculo, uma ponte com a história e os saberes daquelas pessoas que estão ali, naquele espaço, naquele lugar²². A fala do líder comunitário ilustra bem isto: considera a informação importante, mas não sabe precisar para que mesmo.

Ao trazermos esta discussão, não significa que não consideramos a informação importante, pelo contrário, sabe-se que ela é o lastro sobre o qual se constrói o conhecimento. A informação proporciona um novo ponto de vista para a interpretação de eventos ou objetos, o que torna visíveis significados antes invisíveis ou produz conexões inesperadas, que podem se constituir em novos conhecimentos. Por isso, a informação é um meio ou material necessário para construir ou para tornar explícito o conhecimento. Afeta o conhecimento, acrescentando-lhe algo ou o reestruturando (NONAKA; TAKEUCHI, 1997). Quanto mais ampla é a possibilidade de transformação social via processos democráticos, mais fundamental e decisiva a informação é. O que se quer ressaltar, aqui, é que a informação pela informação não basta. Como dizia o saudoso Betinho²³ informar e bem, significa democratizar os conteúdos, apresentar a democracia como centro do próprio processo, dar oportunidade a muitas vozes, priorizar a maturidade da ética.

Entretanto, *informar-se* não é sinônimo de *conhecer*. Conhecer refere-se ao processo pelo qual a informação, assimilada e incorporada às experiências anteriores do sujeito, leva à ação. O conhecimento é, aqui, visto como tácito e explícito, ou seja, inerente ao ser humano, e se transforma em ação ou é inscrito, explicado, sob a forma de informação. A informação está contida no conhecimento, mas é este quem permite a formação de novos padrões, por sua aplicabilidade. Não é suficiente haver o acesso à informação para produzir ação (conhecimento). É preciso haver uma conscientização da necessidade desta informação, de

²² Este texto reconstruído a partir da fala de Teresinha Fróes Burnham, em discussões realizadas durante o processo de orientação da tese.

²³ Herbert de Souza – “*Informação pela informação não basta*”. In Saúde e imprensa: o público que se dane.

um “acultramento”, de uma pré-disposição para receber e usar as informações. Conhecimento é um termo que envolve mais subjetividade, mais difícil, portanto, de transmitir do que a informação (CIANCONI, 1999). O conhecimento, diferentemente da informação, também é crença, compromisso e ação (NONAKA; TACHEUCHI, 1997). A palavra conhecimento tem alguma coisa de religar saberes, é mais individualizado, enraizado subjetivamente, que informação. A informação se quer, pelo menos idealmente, como objetiva. O conhecimento é mais intersubjetivo.

Um outro aspecto a ser ressaltado, nas falas dos sujeitos mencionadas acima, é o que, no entender de Chauí (2001a), significa a permanência de um comportamento tradicional da universidade de considerar o seu saber como superior e melhor concebido que outros saberes. Assim, a universidade costuma assumir como meta dos trabalhos fora dos seus muros, a difusão desse saber. Este centramento em si mesma cria dificuldades para que a universidade possa ouvir o apelo do *outro*. Isto impede o verdadeiro encontro.

Esta visão elitista da universidade, como uma instituição que produz, difunde e dissemina o conhecimento, segundo seus próprios critérios, é mais uma vez reforçado no capítulo sobre a Universidade na nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação, como argüi Fróes Burnham (1998b). A idéia de uma universidade que intercambia experiências e conhecimentos não parece fazer parte das preocupações do principal instrumento legal que rege a educação no país.

O comportamento habitual da universidade, especificamente dos professores/pesquisadores da área de saúde de definir as necessidades da população, a partir, exclusivamente, dos seus próprios saberes, tem deixado de fora, no dizer de Cecílio (1999), demandas mais subjetivas da população que não se enquadram neste tipo de saber.

Atuando, a partir de modelos muito prescritivistas, os professores e estudantes não compreendem que as demandas espontâneas e “caóticas” da população estão prenhes de necessidades de saúde não atendidas, o que aponta para a necessidade de uma maior predisposição para escuta e decodificação destas necessidades, para a construção de processos de trabalho atentos a um universo mais amplo de necessidades da população.

Um dos principais problemas da academia com relação às classes populares é a crença de que o contato simples é suficiente para compreendê-las (VALLA, 1999), quando, na

verdade, este processo requer uma observação crítica e sistemática da realidade para poder contribuir com respostas alternativas adequadas a cada situação. Ou seja, primeiro é preciso compreender a realidade, evitando já chegar ensinando, como historicamente a universidade costuma fazer.

Para Chauí (2001a), tomar um saber já dado (uma “teoria” como modelo explicativo acabado), uma prática já dada (os efeitos passados erigidos em ações exemplares a imitar ou evitar), um discurso já dito (as palavras de ordem de “eficácia” comprovada) é uma forma de autoritarismo. O autoritarismo, erguido sobre o já sabido, já feito e já proferido, inutiliza a necessidade de pensar, aqui e agora, supõe a inutilidade do pensamento e da reflexão na compreensão do real, levando à crença na possibilidade de passar, imediatamente, à sua transformação, porque já existiria, pronta e acabada, a explicação definitiva – uma “ciência”, como se costuma dizer – à espera de aplicação. Sob o ativismo transformista esconde-se o medo de enfrentar o real, como algo a ser compreendido e que, sendo histórico, está sempre na encruzilhada do saber e do não saber. Abdicando da necessidade de pensar, de desentranhar o sentido de uma experiência nova e os caminhos de uma ação por fazer, a tendência é repetir sempre os modelos adestrados e a prática à aplicação mecânica desses modelos sob a forma de táticas e estratégias. Dessa maneira, não é apenas o trabalho do pensamento que se perde, mas a própria idéia da ação como práxis social, uma vez que a atividade, longe de ser a criação de um possível histórico, consome-se numa pura técnica de agir circunscrita ao campo do provável e do previsível.

Nas ações educativas ligadas à prevenção em saúde, a importação de modelos articulados em outros contextos, muitas vezes sem uma “adaptação” ao novo local, é uma prática comum. Modelos estes, na sua maioria, orientados por uma idéia de comunicação unidirecional, dogmática, autoritária e baseados na visão de aprendizagem como simples aquisição de informações. A transposição de modelos prontos de “como se comportar”, de “como se prevenir”, de “como se organizar” para reivindicar o direito à saúde termina por reforçar mais a idéia de “consumidor” do que de “cidadão”. Consumir é um direito de cidadania, mas esta não se resume ao consumo (PAIVA, 2002).

O indivíduo pensado como consumidor é sujeito do direito de escolher e consumir o que existe formatado em outro lugar por algum produtor (de idéias e valores disseminados pela mídia, por instituições religiosas, educacionais, de saúde). Consumidor de serviços, de

produtos, de informações previamente definidas como relevantes. O consumidor deve aprender a usar adequadamente produtos (preservativos, medicação) e conseguir realizar os comportamentos para os quais ele está sendo “treinado”. O pressuposto, mesmo que inconsciente, é de que o produtor sabe o que é mais adequado e aceitável para “todos”, e age com a pressa e boa intenção, de quem não quer correr o risco (público) de que o consumidor não realize o que se espera dele. E escolhe o meio (que funciona como “mídia”, “estratégia de marketing”) que trata de “vender” a idéia, produto ou comportamento (PAIVA, 2002).

A natureza complexa das questões de saúde faz com que esta “pedagogia” tenha muito pouca eficácia. A superação desse tipo de prática e desse conceito estreito de cidadania, passa por uma resignificação do que seja a educação no campo da saúde. Este processo pode ser iniciado, na percepção de Ayres (2002), pelo estabelecimento de uma relação entre “educadores” e “educandos”, permitindo que ambos entrem, efetivamente, em contato com a “pauta”, para que possam apreender o que se trata, de fato, e o que deve ser feito. É assim, como exemplifica o autor supracitado, que a comunidade gay norte-americana trocou as estéreis estratégias de abstinência pelo “*safer sex*”, ou sexo mais seguro. Foi assim que se “reinventou”, ali, a camisinha como parte das relações sexuais. É ainda assim que, no Brasil, alguns grupos que trabalham com a prevenção da AIDS têm tentado transformar as “palestras” para transmissão de informação em “grupos de reflexão”, buscando fomentar a construção de processos de emancipação de pessoas e grupos.

Estas propostas reconhecem sua inspiração na tradição inaugurada por Paulo Freire, de educação como prática da liberdade. Pedagogia esta, formulada nos anos sessenta e que ainda hoje, participa em várias partes do mundo, de movimentos sociais contra a pobreza e outras formas de exclusão social. Nessa tradição, ter acesso à educação é, em si mesmo, um passo crucial, mas, apenas, quando a linguagem popular (palavras e sintaxe) e os temas relevantes da vida dos oprimidos são valorizados. Só têm sentido e eficácia as ações educativas que conseguirem quebrar o silêncio e a invisibilidade social dos que, hoje, são chamados de excluídos (PAIVA, 2002).

No discurso dos sujeitos aparecem elementos de crítica ao isolamento da universidade, como se pode observar no enunciado a seguir:

O que eu acho interessante, no trabalho na comunidade, além de aspectos como conhecer e respeitar outras culturas tem também o fato de aproximar a

*Relações entre a Comunidade e a Universidade:
Mudanças e Permanências*

*universidade da população. Eu acho que o fato de aproximar a universidade da população é importante para que esta possa sentir que a universidade, no fundo, é dela. Ela paga a universidade, ela paga na hora que está pagando impostos, ela tem o direito de usufruir os serviços que a universidade pode oferecer em relação à pesquisa, ao conhecimento em geral. A universidade é uma fonte **transmissora e produtora** de conhecimento e quem tem que usufruir disto é a população. Então, acontece que a universidade fecha-se, nas paredes e não **repassa** isto para a população. Fora que o trabalho do profissional de saúde, do médico, da enfermeira, precisa muito ter este tipo aproximação com a comunidade, é importante para que se conheça a pessoa, para você curar, tratar, promover a saúde. É preciso que você tenha, realmente, aproximação com a pessoa, não adianta você ir lá com a função superior. Na verdade, não é assim que funciona (Estudante 15. Med. Fonte: GF).*

A crítica à “irresponsabilidade social” da universidade, formulada pela estudante, coincide com aquela feita por outros autores, como se pode ver a seguir.

A idéia perene que se tem da universidade é que esta deva cumprir as três tarefas básicas, nomeadas de: investigação científica, ensino das profissões, transmissão da cultura. A busca desinteressada da verdade, a escolha autônoma de métodos e temas de investigação, a paixão pelo avanço da ciência constituem a marca ideológica da universidade moderna. Esta marca aprofundou a dicotomia entre teoria e prática onde a primeira tem prioridade absoluta. Esta ideologia universitária entrou em crise no pós-guerra e nos anos sessenta viu-se frontalmente confrontada com a reivindicação do envolvimento da universidade e do conhecimento por ela produzido na resolução de problemas econômicos e sociais prementes. A vertente principal do apelo à prática foram as exigências do desenvolvimento tecnológico, da crescente transformação da ciência em força produtiva, da competitividade internacional das economias feita de ganhos de produtividade cientificamente fundados. Mas o apelo à prática teve uma outra vertente, mais sócio-política, que se traduziu na crítica do isolamento da universidade, da torre de marfim insensível aos problemas do mundo contemporâneo, apesar de sobre eles ter acumulado conhecimentos sofisticados e, certamente, utilizáveis na sua resolução (SOUSA SANTOS, 1997).

Para Romano (2002), apesar do tom marcadamente crítico da vertente dos que discutem a necessidade da universidade assumir um compromisso social para além do meramente cosmético com as classes mais pobres, não se percebe, ainda, mudanças significativas nos programas de extensão universitária. Para o autor, a extensão tem, historicamente, acompanhado a tradição assistencialista da sociedade brasileira, de

benemerência dos que podem para os mais pobres. Ao não se preocupar com a extensão social do conhecimento (produção e consumo), estes programas mantêm as tradicionais relações assimétricas: uma elite e uma massa discriminada.

Aliado à crítica à universidade como um todo, a estudante faz referência a uma questão muito discutida, na formação dos profissionais de saúde, que é o fato dos estudantes terem poucas oportunidades de desenvolver práticas ligadas à área social, o que poderia trazer para eles uma visão mais ampla dos problemas de saúde, com os quais lidam ou vão lidar na vida profissional. Este aspecto, bastante discutido pelos estudantes, é onde se concentra a maior parte da crítica aos currículos, como será visto no quinto capítulo.

Sair dos seus muros pode ser uma forma da universidade perceber a grande endogenia das questões que giram em torno da formação profissional e buscar outras referências para os currículos:

Guimarães Rosa tem uma frase linda. Ele diz que mestre é aquele que, de repente, aprende. Eu acho que o ensino, essas práticas, de vez em quando eu fico, eu me sinto orgulhoso, é difícil porque a gente está muito dentro dela, mas, em alguns momentos, nem sempre, mas em alguns momentos, eu tomo um certo distanciamento para ver como é isso, e isso me muda. A experiência de Pintadas, quando eu me pego dentro de um barracão, eu gosto muito de citar isso, à luz de lampião, aquele coaxar de sapos, grilos cantando, tinham quase trezentas pessoas dentro daquele barracão. Os alunos da disciplina Medicina Social apresentando um trabalho, discutindo saúde, com uma seriedade, com uma atenção, aquela coisa produzida conjuntamente nos trabalhos com as diversas comunidades, eu me digo assim, meu Deus do céu, eu estou no alto sertão baiano, e é incrível isso, é importante isso, é um trabalho relevante, a gente se sente útil, é uma coisa importante para a vida da universidade, a gente fica muito intramuros, questiona muito o trabalho da universidade e de repente, esse trabalho dessa forma, o sentido e o valor que ele tem para o estudante, para comunidade e também para nós professores. Acho que enriquece muito a atuação do docente (Docente 2. Med. Fonte: GF).

O grupo das lideranças comunitárias foi o que mais discutiu a importância do trabalho cooperativo com a universidade. Os aspectos levantados foram muito diversificados. As falas apresentadas a seguir, ilustram esta diversidade:

*Eu acho que nesse tipo de trabalho o ganho é mútuo, tanto ganha a comunidade quanto ganha a universidade. Temos, hoje, um intercâmbio que abre para uma troca de informações. Porque, quando a universidade se dispõe a ir para a comunidade, **ela aprende com o pessoal da comunidade coisas que eles nunca viram antes**, os estudantes, professores até, passam a saber coisas que jamais pensaram que existia. Eles chegam e conferem logo que **tem a sabedoria do povo**. Então, a universidade leva o quê? Ela é acadêmica, ela tem*

*Relações entre a Comunidade e a Universidade:
Mudanças e Permanências*

o conhecimento acadêmico, ela vai pra comunidade pegar experiência daquele povo, que vive aquilo ali, no dia-a-dia, que é violentado, que passa fome, que é maltratado, que é discriminado, mas que tem sua sabedoria, tem suas crenças (Líder comunitário 3. Fonte: GF).

Acho que estes trabalhos sensibilizam o aluno, isto é importante para a formação profissional dele. Nos depoimentos dos alunos que a gente escuta, eles dizem que vão ser profissionais diferentes, até na relação dele com o outro. Porque eles aprendem a ver que não é só: o profissional sabe e o paciente só recebe a ajuda. Eu acho que este trabalho, pelo menos, pelos depoimentos que a gente ouve, mostra que a relação não é bem assim, a relação é de troca. Como em educação, você, como educador, nunca pode pensar que você é quem sabe das coisas, você sabe de algumas coisas que pode ajudar o outro e este outro pode lhe ajudar em alguma coisa que você não sabe (Líder comunitário 1. Fonte: GF).

As falas dos líderes comunitários trazem muitas questões para reflexão. Entre elas uma desmistificação de que somente a universidade “presta serviços à comunidade”, quando na realidade, a comunidade também “presta serviços à universidade”. Este fato é raramente assumido pela universidade. As atividades de extensão, como argüi Sousa Santos (1997), costumam ser traduzidas em aplicações técnicas, tornando-se, somente, um modo de “estender” a universidade, sem a transformar. Daí, a importância fundamental que se conceba a prestação de serviços a outrem como prestação de serviços à própria universidade. É a partir desse pressuposto que se pode pensar em um compromisso social efetivo entre a universidade e a comunidade. Este compromisso é capaz de tornar genuíno um valor expresso pelos líderes comunitários, que é o valor da *troca*.

As lideranças comunitárias, e podemos acrescentar, também, os agentes comunitários de saúde, expressam, de uma forma muito clara, o que é o trabalho com a universidade, no que enriquece o trabalho deles, a vida deles, o que precisa mudar, o que efetivamente já mudou. Já as pessoas da academia, principalmente os professores, têm uma certa dificuldade em expressar no que efetivamente as práticas com a comunidade altera (se é que altera) as suas práticas. Alguns professores dizem que “foi bom”, “foi interessante”, “enriqueceu”, “houve uma troca”, mas sem aprofundar como e no que a relação com a comunidade alterou suas práticas. O que se observa é que, nem os professores nem os estudantes referem-se a qualquer coisa de relevante que tenham aprendido com o saber da comunidade.

Assim, como é importante que os membros da comunidade tenham consciência do fato de que têm o que dizer aos professores, pesquisadores e estudantes, é também importante,

como aponta Valla (1999), que a academia reconheça que as classes populares têm pensamento próprio e que constroem seus conhecimentos, a partir de outras referências que não somente o saber acadêmico. O conhecimento acadêmico e o conhecimento popular constituem-se, efetivamente, em dois tipos de saberes distintos e irredutíveis um ao outro, mas isto não quer dizer que não haja comunicação entre eles. As interações entre conhecimento acadêmico e conhecimento popular, constituem-se numa fonte inesgotável de criação de novos conhecimentos.

Um dos líderes comunitários argumenta que “Quando a universidade se dispõe a ir para a comunidade, ela aprende com o pessoal da comunidade coisas que eles nunca viram antes”. Mas se a universidade (professores, estudantes), não tiver uma disposição para escutar, acolher isto, de pouco adianta o líder comunitário dizer que a universidade também aprende com eles, se isto não é nem mencionado nas falas dos representantes desta instituição. Se a *troca* não é assumida pela universidade, não se pode pensar em construção compartilhada de conhecimentos. Assim, o trabalho tende realmente a apresentar o caráter de um mero “repasso” de informação, de “aulas” com prescrições de medidas preventivas (muitas vezes distantes do cotidiano das pessoas, das suas reais preocupações).

Sabe-se que, em alguns momentos, a transmissão de informações é importante, mas para que essas informações possam vir a se transformar em ações, é preciso que haja um processo de “conquista” do sujeito, para que ele queira “conquistar” a informação. Isto ocorre, com mais facilidade, quando existe um vínculo. A consciência da necessidade do vínculo e, em alguns momentos da “conquista”, é um dos traços marcantes das experiências que estão sendo analisadas neste estudo. Este processo foi referido pelas lideranças comunitárias como o mais conseqüente em termos de resultados concretos para a população:

*Das atividades que eu participei, que teve a presença de alunos, eu acho que todas foram marcantes, mas a que deixou uma resposta mais objetiva para comunidade, um ganho assim mais concreto, eu acho que foi o trabalho sobre hipertensão, que a princípio começou com uma equipe multidisciplinar, tinha alunos de enfermagem, de farmácia e de medicina. Foi feito primeiramente um grande levantamento, a partir do levantamento foi feita uma prática educativa, foram dadas informações e orientações sobre a hipertensão. Este trabalho teve algum retorno para a comunidade, foi um grande ganho. Segundo este levantamento, esta pesquisa, o Alto das Pombas, tem um número elevadíssimo de hipertensos: 44%. A partir daí já tem sido feito um trabalho. O Posto de Saúde, mesmo com as deficiências, diante desses dados alarmantes, foi **forçado** pela situação a participar do trabalho, criou dois grupos de*

*Relações entre a Comunidade e a Universidade:
Mudanças e Permanências*

hipertensos, que hoje se mantêm com a ajuda dos agentes comunitários e com a participação da Faculdade de Medicina (Líder Comunitário 1. Fonte: GF).

Para uma melhor compreensão do que dissemos sobre a importância da “conquista”, e de como ela pode resultar em um trabalho de integração efetiva entre a comunidade e a universidade, traremos, agora, a fala do professor que iniciou o trabalho de controle da hipertensão, no bairro do Alto das Pombas, ao qual o líder comunitário estava se referindo:

Eu sou assessor do Alto das Pombas [isto porque a comunidade me considera um assessor], então eu queria fazer lá uma pesquisa de casos de hipertensão, baseado na constatação de que este é um problema alarmante no país e, além disso, eu tinha indícios de que, naquela área, o número também era grande. Eu fiz a proposta, mas as lideranças comunitárias disseram que não era prioridade, que no bairro não tinha um número significativo de hipertensos. Eu dizia: ‘olha, é um problema no país inteiro, pode ser aqui também’. Depois de várias discussões, pedi autorização para fazer um censo junto com os alunos. O que eu queria com este censo era não só ver a questão da hipertensão, mas também iniciar um trabalho de contato dos estudantes com a comunidade. Mesmo sem a aplicação rigorosa da metodologia científica, o resultado do censo foi um percentual muito alto de hipertensão na área. Depois disto foi feita uma pesquisa, um estudo sistematizado que confirmou os resultados do censo. Mas o que eu quero ressaltar aqui é a importância do respeito, do diálogo, do discutir e até divergir na relação com a comunidade. É assim que os laços se fortalecem (Professor 2. Med. Fonte: GF).

Este é um exemplo efetivo de que a informação pela informação não basta. Se o professor se limitasse a uma palestra ou a qualquer outra dinâmica para “repassar” a informação sobre o problema da hipertensão, talvez o resultado não fosse tão significativo, em termos de poder mobilizar a comunidade para o enfrentamento do problema identificado pela pesquisa. Neste exemplo, pode-se perceber claramente que, quando o trabalho é participativo, ele gera compromissos, partilhas, mobiliza as pessoas.

Neste caso, a universidade mobilizou um saber técnico que, na relação com a comunidade, gerou uma ação, portanto, um conhecimento, com poder de mobilizar a comunidade, a ponto de “forçar” o centro de saúde a de alguma forma priorizar o problema da hipertensão. Sem esta pressão, o centro de saúde, pela sua organização burocratizada, vertical, possivelmente nem se daria conta da existência do problema, na sua área de abrangência. Este é um ponto que se considera muito importante de ser ressaltado porque, além da autoridade da voz (a reivindicação), tem, também, a construção da autoridade do processo (do intercâmbio,

promovendo mudanças no comportamento dos serviços de saúde, da universidade e da comunidade).

Um outro ponto ressaltado pelas lideranças comunitárias foi como a interação com a universidade qualifica-os (forma) para o desempenho do papel de “líder comunitário”:

A partir do momento que a universidade foi para comunidade, começou a abrir coisas novas, começou a se discutir, e aí a comunidade comprou a luta por uma maior participação ou até mesmo organizar instâncias como os conselhos locais e o conselho municipal de saúde (Líder comunitário 2. Fonte: GF).

O nosso trabalho de líder comunitário melhorou muito, quando passamos a ter acesso a dados que são produzidos pela universidade. Dados sobre os problemas de saúde, de violência, de saneamento, de uso de drogas. Antes os dados até existiam, mas ficavam na universidade, a comunidade não tinha acesso a eles, agora o processo é diferente, a comunidade também tem acesso aos dados de pesquisas feitas pela universidade. Então, isto foi um grande ganho, virou um instrumento fortíssimo do nosso trabalho (Líder comunitário 3. Fonte: GF).

Vimos, aqui, mais uma vez, retratada a relevância do relacionamento mais estreito entre a universidade e a comunidade, no sentido de mobilizar as lutas da população e para auxiliar no equacionamento dos problemas. O “agente” mobilizador citado pelos líderes é o acesso ao conhecimento. Os “dados” aos quais eles estão se referindo, são as estatísticas referentes aos bairros onde eles residem, que são produzidos e/ou disponibilizados pela universidade.

Além dos dados estatísticos, as lideranças comunitárias valorizam outras formas de conhecimentos produzidos a partir de informações locais:

Nós tivemos um trabalho muito bom no Engenho Velho da Federação que foi com um pessoal de vários cursos que estavam fazendo um programa do UFBA em campo. O tema era "Conhecer Salvador". Nós tivemos um trabalho muito bom, muito participativo e oportuno com este pessoal. No final, até criaram livrinho, um relatório muito bom, muito rico, com informações que, ainda hoje, servem à comunidade. Os estudantes que querem conhecer alguma coisa da comunidade, ainda hoje se baseiam neste documento que ficou pra comunidade. Foi um trabalho de conhecer nossa comunidade, desde quando começou, o que se faz na comunidade. Tudo isto eles fizeram um apanhado muito rico e nós temos tudo isto documentado e ainda hoje serve de base, como referência do nosso trabalho na comunidade (Líder comunitário 3. Fonte: GF).

No conjunto das falas dos representantes da comunidade, uma coisa tem chamado a nossa atenção, que é como a comunidade, na sua simplicidade (sem sofisticação verbal), vem apontando uma série de coisas que, talvez, a universidade não esteja ainda receptiva para elas, ou, talvez, não esteja nem ainda muito consciente, mas que se bem “escutadas” podem ser elementos fundamentais para a transformação da relação entre estes dois setores. Nas entrelinhas, a comunidade parece querer “ensinar” à universidade qual é o verdadeiro sentido do trabalho cooperativo, dizer que este não se resume à prestação de serviços, nem à “doação” de alguns produtos do conhecimento produzido pela universidade. É preciso ir além disso, é preciso partilhar mais para que haja, efetivamente, uma cooperação, uma parceria.

4.2 MUDANÇAS E PERMANÊNCIAS NAS RELAÇÕES ENTRE A UNIVERSIDADE E A COMUNIDADE

A necessidade de melhorar a qualidade de vida, via ações de saúde, tem gerado um grande impulso de participação na comunidade. Como uma das formas de viabilizar esta participação, ela passa a exigir um maior vínculo, um compromisso efetivo, por parte dos serviços de saúde e da universidade. Cansada de ser tratada apenas como “objeto” de pesquisa e “receptora” da ação dos profissionais e dos estudantes da área de saúde, a população começa a reivindicar direitos não só aos produtos mas, também, a uma participação mais efetiva na organização e planejamento das ações:

Desde que eu cheguei no Alto das Pombas, eu tenho participado de várias atividades com a UFBA e me lembro que uma das primeiras foi com um pessoal de Psicologia em 1994, onde três alunas chegaram com a proposta de continuar uma pesquisa. Esta pesquisa tinha sido problemática no Alto das Pombas, porque as alunas que iniciaram a pesquisa, fizeram e defenderam suas teses e não deram nenhum retorno para a comunidade. Isto deixou as pessoas um pouco preocupadas. De repente, este pessoal volta querendo continuar a atividade; aí a gente começou a sentar com eles para definir critérios. A partir de então, várias outras escolas apareceram e começaram a seguir os mesmos critérios que são: em qualquer atividade feita pelo aluno, o professor deve vir junto para discutir com a comunidade, a gente quer ver se é interessante para comunidade e que retorno a comunidade poderia ter com isto. Logo em seguida deste trabalho com psicologia, fomos, também, procurados pelos professores de odontologia, a professora fez uma proposta de trabalho e nós fizemos uma contra-proposta para ela, que era trabalhar não somente um semestre, fazer uma pesquisa para ver como é que estava a situação da cárie em crianças ou adulto e depois ir embora. A gente pediu que ela tentasse fazer um trabalho com adolescentes, que estes tivessem, pelo menos, algumas noções básicas de

*Relações entre a Comunidade e a Universidade:
Mudanças e Permanências*

saúde bucal para poder orientar outros adolescentes. E, a partir daí foi feito um programa de multiplicadores de saúde bucal. Durante dois anos, este programa atuou na comunidade e foi considerando um sucesso. Uma outra escola que já participava de trabalhos, no Alto das Pombas, há muito tempo, que nunca deixou de participar, foi a de medicina, através do Departamento de Medicina Preventiva (Líder comunitário 1. Fonte: GF).

Este enunciado mostra as formas de como as lideranças se organizam para reivindicar sua parcela de poder nos projetos que a universidade desenvolve nas comunidades: a participação no planejamento, a definição de critérios de participação, a necessidade da existência de um vínculo mais permanente, a participação na escolha das ações. Isto mostra que a comunidade (ou pelo menos as lideranças) sabe muito bem o que quer da universidade e o que ela não quer. Sabe também as formas de pressionar para que as coisas se encaminhem de uma forma mais conveniente para a comunidade. Este saber político, que a comunidade parece dominar com maestria, é chave para a compreensão do que os líderes comunitários referem como sendo as “mudanças na relação com a universidade”:

Em relação especificamente à pesquisa do curso de psicologia, à qual o líder comunitário se referiu, como sendo a primeira que a comunidade demandou uma “contrapartida”, resultou na articulação de um programa de atenção integral à saúde do adolescente no bairro do Alto das Pombas. Este programa tornou-se a meta prioritária Projeto UNI–Bahia, nos primeiros anos (SOUZA, 2002). Percebe-se, aí, o início de uma nova postura de alguns setores da universidade de acolher as demandas da população.

A grande diferença, o que eu acho que foi o grande passo, a grande diferença que nós sentimos nestes trabalhos, nesta parceria, foi a relação com a universidade. Antes a universidade ia lá, usava a comunidade, fazia suas pesquisas, mas a gente não tinha nenhum retorno. Hoje, a gente já sente que há uma parceria verdadeira, onde o que a universidade faz ela sempre tem por obrigação, a gente não precisa nem mais fazer cobrança, eles já sentem que eles precisam dar um retorno, todos os lados ganham com isso. Existe hoje uma maior abertura da universidade para isto, já tivemos a experiência de participar da aula inaugural de alguns cursos [disciplinas] da UFBA, de sermos chamados para dar aula inaugural. Isto mostra a mudança de atitude da universidade em relação aos trabalhos comunitários (Líder comunitário 1. Fonte: GF).

Esta fala mostra como a universidade está sendo “forçada” a mudar, se quiser continuar a pesquisar e a ter a comunidade como espaço de prática. Isto nos parece interessante porque, mesmo por vias transversas, a universidade está se vendo obrigada a

encarar, de alguma forma, a questão da responsabilidade social, da construção de saberes com algum nível de compartilhamento, de troca.

A mudança na relação com a universidade, segundo as lideranças comunitárias, começou nas comunidades, que passaram a exigir uma mudança na postura da universidade:

Eu acho que dois pontos foram essenciais na mudança que hoje existe nas relações entre a universidade e a comunidade de Alto das Pombas, o primeiro, foi uma mudança da própria comunidade, uma reação diante da atitude da universidade de desenvolver trabalhos sem nenhum envolvimento da comunidade. O segundo, eu acho que foi o surgimento do projeto UNI, que começou a discutir entre o corpo docente da universidade, uma mudança de atitude e esta mudança, aqueles professores que eram mais sensíveis, puderam aproveitar bem a “deixa” e fizeram com que a atuação deles dentro das comunidade, pudesse ser diferenciada e não apenas os meninos [estudantes] irem lá, pensando apenas numa atividade para ter uma nota. Eu acho que esta atitude mudou. Tem alguns alunos que você percebe que eles não incorporaram bem este novo jeito de ser, de atuar na comunidade, mas tem turmas que são excelentes, vestem mesmo a camisa, fazem um trabalho que você consegue ver claramente o produto. Eu tive a oportunidade de trabalhar durante dois anos com cinco alunos de medicina; durante este tempo eles participaram praticamente de todas as ações que a gente tinha na comunidade, fosse à noite, fim de semana, eles estavam sempre disponíveis para estar acompanhando. Isto mostra a sensibilidade de muitos alunos para a proposta. Eu acho que muitos professores não entendem muito isto. A gente tem muitos outros cursos que vão em um semestre, atuam, fazem uma atividade, porque têm que fazer uma atividade comunitária e não aparecem mais. Atualmente nós temos parcerias com quatro escolas, que pelo menos há quatro anos fazem um trabalho conjunto com a gente, que é medicina, odontologia, psicologia e teatro. A gente sente que há um comprometimento, pelo menos dos professores com as atividades que se realizam nas comunidades (Líder comunitário 1. Fonte: GF).

Nesta fala, percebe-se, mais uma vez, como as pessoas das comunidades, de uma forma sutil, fazem muitas críticas à universidade: “os professores mais *sensíveis* que puderam aproveitar bem a deixa”, “não apenas os meninos [estudantes] irem lá pensando apenas numa atividade para ter uma nota”, “tem alunos que não incorporam bem este novo jeito de ser”, “tem muitos professores que não entenderam bem isso”, “atuam só porque têm que fazer uma atividade comunitária”. Estes são alguns elementos que mostram que, apesar dos avanços na construção de vínculos entre a universidade e a comunidade, muita coisa ainda precisa ser feita. É necessário um permanente trabalho de reflexão, de crítica, de avaliação, se a intenção é a construção (que também é permanente) de um compromisso efetivo.

*Relações entre a Comunidade e a Universidade:
Mudanças e Permanências*

Professores e estudantes percebem a mudança de postura da comunidade, alguns deles expressam a necessidade de criar novas formas de lidar, de se relacionar com a comunidade, pois sem isto o trabalho poderá ser dificultado ou até mesmo impedido. Alguns enunciados revelam como isto é percebido pelos integrantes da universidade:

As comunidades que a gente trabalha são organizadas politicamente, são comunidades que não aceitam como eles mesmos dizem: "nós não aceitamos mais sermos cobaias, sermos campo de estudo, queremos ter um retorno disto aí, a gente quer participar, a gente quer ter um retorno para a comunidade". A gente chega no Alto das Pombas, no Calabar, encontra aquela coisa bem organizada, se você não souber como tratá-los, se você não souber como conversar, se você não tiver um vínculo, tanto de você para com eles, como deles para você, a coisa não anda. Várias vezes a gente ouve em reuniões de avaliação do Projeto UNI, as pessoas dizerem que gostam muito da gente, ou outras vezes dizerem abertamente que tal curso está indo lá para enrolar, eles realmente jogam na cara" (Docente 8. Odonto. Fonte: GF).

As estudantes de enfermagem comentam a mudança de atitude da comunidade em relação à universidade, descrevem situações onde elas perceberam isto. Para as estudantes, as dificuldades que elas têm na relação com a comunidade está ligada à escassez de oportunidades que a escola oferece em relação a isso. A atuação em comunidades de uma forma mais integrada, só acontece no estágio curricular, que é quando os alunos já estão se formando:

Logo na chegada do estágio curricular eu tive logo um impacto: 'O quê vocês vieram fazer aqui? Estamos cansados de receber vocês, de dizer o que a gente faz e vocês não darem retorno nenhum ao grupo' [se referindo aos agentes comunitários de saúde]. Isto fez com que a gente pensasse o que era mesmo que a gente estava querendo, porque a gente já foi com um propósito: o que é que eu vou aprender, sem se preocupar com o que é que eu vou ensinar, o que eu vou passar. Faltava uma sensibilização para o trabalho, que deveríamos ter antes do estágio curricular. Aí a gente tinha que aprender no processo, mas o estágio tem um tempo, que é o tempo da universidade, tem hora para terminar... aí a gente faz o que pode, mas a gente sai com aquela falta, acha que faltou alguma coisa... foi bom, foi, mas poderia ter sido melhor (Estudante 4. Enf. Fonte: GF).

A mudança na relação entre a comunidade e universidade tem outras nuances que nos parecem interessantes de ser discutidas.

Alguns professores justificam o interesse de trabalhar com comunidades, porque consideram importante que os estudantes conheçam as lutas e a história da população. Para estes professores, isto ajuda a criar no estudante uma outra visão da comunidade, diferente

daquela de que “nas comunidades pobres só tem marginais”, “a população pobre é acomodada”. A fala de um professor de odontologia mostra bem esta preocupação:

A gente trabalha com comunidades organizadas, que lutam pelos seus direitos, eu acho que é muito bom para os alunos participarem desta luta de alguma forma. Estas comunidades, apesar de serem socialmente desassistidas, sabem que têm o direito à saúde, sabem que têm direito a uma série de coisas, então eles procuram estes direitos. Quando os alunos vão ao Calabar, eles ficam sabendo que a escola foi construída tijolo por tijolo pela comunidade, que tem a creche porque eles acamparam no Palácio da Aclamação durante uma semana, que a unidade de saúde foi uma luta também (Docente 10. Odonto. Fonte: GF).

Este aspecto foi também levantado pelas lideranças comunitárias:

Existe uma de certa forma uma sensibilização dos alunos. Vocês vêem isto pelos próprios discursos que eles fazem, que eles ficaram sensibilizados com atuação dos grupos organizados. E há uma mudança de conceito que eles têm da comunidade, especialmente de bairros como Alto das Pombas, Engenho Velho da Federação. Eles pensavam que lá só existiam marginais, violência e quando chegam lá eles conhecem e vêem o trabalho que se tem, pessoas que pensam em melhorar e que lutam para transformar a situação em que a comunidade vive, eles vêem que lá tem pobreza, mas extremamente digna e que há, até, gente com formação universitária (Líder comunitário 1. Fonte: GF).

Entretanto, esta postura dos estudantes de pensar que nas comunidades pobres tem mais violência que em outros lugares, não é uma questão simples, ela causa muito desconforto e mal-estar entre os grupos que representam a comunidade, sobretudo o de agentes comunitários de saúde:

Eu, algumas vezes já cheguei até a me sentir um pouco constrangida com o trabalho com a universidade, algumas vezes pensei até em desistir por causa do comportamento dos estudantes. Como somos de uma comunidade pobre, eles chegam assim de início muito assustados, preocupados, achando que estão sempre se metendo em alguma casa de marginal, alguma coisa assim. Eu percebo isto, até pelo jeito de ficarem desconfiados, de ter uma preocupação de segurar suas próprias coisas. Com isto até me sinto ofendida, porque eu também sou uma pessoa pobre, vivo em uma comunidade pobre. Eles ficam sempre como se es tivessem se preparando para serem assaltados, atacados. Eu até já pensei em deixar este trabalho por alguns se comportarem deste jeito, mas por outro lado, eu vejo que mesmo com tudo isto, como a comunidade é carente e precisa, então eu acho que o trabalho pode ser proveitoso para alguns, é por isto que eu ainda continuo a participar deste trabalho (ACS 2. Fonte: GF).

Esta questão do medo que os estudantes demonstram de atuar nas comunidades pobres, foi uma questão recorrente nos grupos focais com professores, sobretudo os de odontologia; apareceu, seguidamente, no grupo com as lideranças comunitárias e foi, como já dissemos, a mais comentada no grupo dos agentes comunitários de saúde. É curioso notar que esta questão não foi nem tocada nos grupos de estudantes, parece que eles não têm consciência disso. Este é um problema que tem muitos determinantes, cuja discussão foge aos objetivos deste estudo, mas pelo peso que ela teve nos grupos, consideramos da maior relevância que seja discutida em outros fóruns.

O trabalho dito cooperativo/parceiro entre a universidade e a comunidade é, ao mesmo tempo, fonte de satisfação e de frustração para as pessoas nele implicadas. Se, de um lado, as pessoas se sentem úteis, orgulhosas por estarem participando destas experiências, por outro, apresentam graus de insatisfação e de descrença nas possibilidades do trabalho. Para alguns professores, o trabalho com a população representa um desafio em muitos sentidos. Esse desafio significa trabalhar com situações onde nem tudo sai conforme o planejado, cujo controle escapa das mãos do professor. Isto se transforma em fonte de frustração e de insatisfação:

*O trabalho de parceria tem alguns imponderáveis que são muito problemáticos para quem está na universidade ensinando. Você depende tudo da parceria, sem isto não pode acontecer o trabalho. Você pode fazer o maior planejamento, belo, maravilhoso, mas de repente tudo que você planejou pode ir por água abaixo, se acontecer algum problema na comunidade que possa impedir a realização das práticas. Isto **frustra** os alunos que normalmente investem muito no preparo das práticas. Neste tipo de situação, o professor fica sempre com um enorme problema nas mãos: onde e como fazer a prática? Os imprevistos acontecem, mas isto é sempre muito problemático. Esse trabalho não é como a sala de aula, não temos controle da situação, ele tem às vezes surpresas e dificuldades que são complicadas. Embora tenhamos clareza de que isso também é aprendizado, os alunos ficam muito frustrados. Mesmo trabalhando com eles a questão de que não é possível ter o controle de todas as situações em um trabalho de parceria, o sentimento de frustração permanece e às vezes eles avaliam muito mal a disciplina por conta disso (Docente 1. Med. Fonte: GF).*

A esta fala podemos agregar esta outra, pela semelhança do conteúdo:

No início do semestre quando as coisas começam a dar errado, às vezes é um tanto quanto angustiante, porque os estudantes têm aula aqui na faculdade às duas horas da tarde, então, eles saem correndo, uns vão de ônibus, outros têm carro, vão com tudo preparado, preparam atividades, levam materiais, aí

*Relações entre a Comunidade e a Universidade:
Mudanças e Permanências*

*chegam lá e não aparece nenhuma das pessoas que tinha marcado para se reunir naquele dia. É aprendizado, porque é uma forma deles saberem lidar com esse tipo de trabalho. Saber que, em qualquer situação da vida, acontece isso. Lá, não é um laboratório que está tudo **controladinho, arrumadinho**, que você pode ver antes se as coisas estão funcionando ou não. Mas para mim, como professora é difícil, uma dificuldade pessoal minha, eu tenho dificuldade de lidar, porque eu fico querendo que as coisas aconteçam, que seja tudo bem, que eles gostem, que dê certo, então isso realmente é um aprendizado...* (Docente 7. Odonto. Fonte: GF).

E mais esta:

*Eu sou uma pessoa que tem uma certa obsessão por planejamento, por organização e tal, então trabalhar em situações de parceria, significa trabalhar com pessoas diferentes, com dinâmicas diferentes que a gente **tem que respeitar**, que se adequar, que negociar, eu acho que isso com certeza, é um aprendizado mesmo. Eu tenho revisto muita coisa. Às vezes me dá agonia. Às vezes eu estou em uma reunião de trabalho no bairro tal e as coisas não andam, eu querendo **discutir, avançar** e as outras pessoas estão com outros interesses, com outras prioridades no momento e aquela conversa vai rendendo e eu fico com aquela ansiedade. Isto tem batido muito em mim. Aprender a ter mais capacidade de negociar, de estar aberto pra aceitar essas dificuldades, esses problemas que a gente tem no trabalho de parceria, de estar mais **tolerante e paciente** com esses problemas, essas dificuldades, entender qual é o processo de cada um. Acho que enquanto professor a gente está elaborando isso de uma forma permanente. O mais difícil é **transferir** isso para alunos, que estão acostumados com a sala de aula [onde quase sempre o processo de negociação é excluído]. Eu não considero que nenhum de nós, principalmente eu, estejamos prontos para isso, tem momento em que a coisa pega, fica difícil, mas eu acho que o principal é isso, aprender essa capacidade de negociar, de dividir, é por aí* (Docente 1. Med. Fonte: GF).

Durante todo o período de análise e da organização do trabalho, ficamos na dúvida se os enunciados acima deveriam compor o “capítulo das aprendizagens” ou se estariam mais próximos da discussão das “relações entre a universidade e a comunidade”. Estão imbricados, nas falas, muitas aprendizagens construídas no processo das interações mas, ao mesmo tempo, as formas de conceber o trabalho com a comunidade também estão muito presentes. Defrontamo-nos, nesta situação, com uma das grandes dificuldades da análise temática, que é onde e como fazer os cortes, definir o que vai constituir cada tema. Nos conteúdos das falas, geralmente, muitas coisas se misturam, elas não são divididas em categorias, em blocos distintos. Para o (a) pesquisador (a), na maioria das vezes, isto é muito difícil, pois se corre sempre o risco de mutilar as falas. Tentando minimizar esta questão, decidimos que os enunciados deveriam permanecer aqui, na discussão das mudanças (ou ausências de

mudanças) da relação entre a universidade e a comunidade, mas isto não significa que não estejamos atentas para aprendizagens que aparecem nas falas.

A formação profissional, sobretudo a dos profissionais de saúde, vem a cada dia se complexificando mais, devido ao grande aporte de conhecimentos mas, sobretudo, pela diversidade de processos com os quais os profissionais lidam. Aliado a isto, estão os riscos de adoecer e morrer a que a população está sujeita, que, cada vez mais, foge do poder de controle e de previsibilidade (BECK, 1998). Assim, lidar com situações diversificadas e não totalmente controladas é, hoje, uma importante aprendizagem para os futuros profissionais de saúde. Isto requer ações curriculares, em outros espaços, que não o estritamente escolar, espaços que possibilitem ao estudante lidar com situações reais de trabalho, ou seja, com o que não é laboratório ou sala de sala. Nestes ambientes (sala de aula e laboratório), tudo é muito “arrumado”, “higienizado”, o professor tem sobre eles um alto grau de controle; a realidade é bem diferente disso. Fora dos espaços escolares, o professor perde muito o poder de “controlar” a situação. Esta “perda” acontece em práticas hospitalares, em centros de saúde, mas é na comunidade onde ela se dá de forma mais acentuada. A comunidade não é um espaço institucional, não está sujeita aos regulamentos institucionais, nela a população não está “confinada”, como nos hospitais ou “adscrita”, como nos centros de saúde. E é exatamente este, a nosso ver, o lastro para construção de aprendizagens diferenciadas daquelas de outros contextos. A oposição feita pelos professores entre “sala de aula” e “comunidade”, deixa transparecer um desejo de “retirar” a complexidade das situações de aprendizagem, de formação. Em contraste a isso, encarar a complexidade do real é aprender a lidar com situações “não planejadas”, é trazer para reflexão e tentar capitalizar coisas que estão fora do “esquema²⁴”, ou seja, que não tinham sido previstas inicialmente, para a dinâmica das aprendizagens. Mas fazer esta “transposição” é um aprendizado que nós, professores, ainda precisamos construir. Isto está muito bem refletido na fala dos docentes.

Nas falas às quais estamos nos referindo, percebe-se, claramente, os resquícios de um modelo de ensino pautado na concepção tradicional do domínio, da tutela em relação ao *outro*. Isto, quando se trata de docentes que são, também, profissionais de saúde, pode ser ainda mais acentuado, devido ao autoritarismo que caracteriza a relação “médico/paciente”,

²⁴ “Aprendizagens fora do esquema”, expressão utilizada por Teresinha Fróes Burnham no processo de orientação da tese.

cujas principais características podem ser estendidas aos outros profissionais de saúde (FOUCAULT, 1985). Tentar transferir a lógica que permeia as relações formais de ensino e da atenção institucionalizada à saúde, para o trabalho com a comunidade, que não se pauta pelos mesmos princípios organizativos, pode gerar (e efetivamente tem gerado) muitas dificuldades e frustrações.

O cuidado de saúde ocorre sempre dentro de uma situação, que pode ser uma urgência, uma patologia, uma disfunção. O cuidado em qualquer uma destas situações deve ser bem preciso, metucioso, um espaço onde não cabe a confusão, pois esta pode levar a erros, a imperícias, que podem ter graves conseqüências. Mas, ainda que não queiramos, as práticas de saúde, pela sua complexidade, aportam, simultaneamente, diferentes aspectos, o que implica, forçosamente, na existência de uma certa fluidez na prática; esta é, ao mesmo tempo, complexa, confusa, precisa e imprecisa. A complexidade é inerente ao cuidado de saúde, assim como o é, também, ao ensino. Lidar com a complexidade das práticas sociais implica, necessariamente, em um “luto” da vontade de “domínio absoluto” sobre as pessoas e os acontecimentos. O cuidar e o educar trazem, sempre, a marca da imprevisibilidade, do imponderável, da incerteza (ARDOINO, 2000a; MORIN, 2000b).

O trabalho cooperativo entre a universidade e a comunidade pressupõe a compreensão que estes dois setores têm tempos distintos. A universidade tem sua organização, planejamento e ritmo previamente definidos. As pessoas das comunidades têm seus trabalhos, seus outros afazeres que garantem a sua sobrevivência, além de participarem de atividades de organização comunitária. A *saúde* é apenas uma das muitas questões pelas quais a comunidade luta. Devido a estes fatores, nem sempre as pessoas podem estar disponíveis nos horários determinados pelos calendários acadêmicos. A comunidade, assim como a universidade, é uma arena tensa de disputa de uma infinidade de projetos. Daí, a grande dificuldade de conciliação. As dificuldades são muitas, apesar da vontade do encontro. Além disso, tem a própria organização curricular que, como veremos, no quinto capítulo deste estudo, traz muitas dificuldades para qualquer trabalho que não se pautem nos moldes tradicionais do ensino.

Um trabalho pode ser considerado cooperativo, parceiro, quando duas ou mais pessoas se empenham num empreendimento conjunto, para cujo resultado são necessárias as ações de ambos. É uma relação de confiança entre as partes. Em toda ação cooperativa, como aponta

Gambetta (1996), existe, sempre, o risco de que um dos agentes torne-se dependente do outro. Nesse caso, a cooperação torna-se frágil e o objeto de tomada de decisão incerta, em particular para a parte dependente. Quando se pensa em um trabalho cooperativo, é necessário considerar alguns fatores, dentre os quais se incluem o volume de perdas, caso a cooperação fracasse e a perspectiva de interações futuras. Para Maturana e Rezepka (2000), estas ponderações não podem ser feitas *a priori*, posto que “cooperar” não é algo que se ensine, não existem regras prontas, é algo que se vivencia, e cujo aprendizado só acontece no próprio ato de vivenciar.

Os professores falam da frustração que é gerada tanto neles mesmos, como nos estudantes, quando estes não têm oportunidade de *apresentar* o que prepararam, tudo aquilo que os alunos levaram tão *arrumadinho*. Estas preocupações parecem refletir a compreensão do trabalho com comunidades como uma extensão do trabalho da sala de aula. A “frustração” está relacionada com o fato dos estudantes não poderem “transmitir” as informações que eles organizaram de forma tão zelosa. Esta é, realmente, uma situação frustrante. Na nossa observação no campo, como também na nossa vida de professora, temos visto que os estudantes realmente se esmeram, criam materiais e dinâmicas bastante interessantes, que as pessoas da comunidade apreciam muito quando têm oportunidade de ver. Mas devido ao grande número de vezes que a população não comparece, ou que frequenta em número reduzido, isto talvez possa indicar que está na hora de rever esta ênfase no “evento”, no “momento da apresentação”, para se pensar no que realmente significa “participar”. O desejo do professor de alcançar os objetivos por ele traçados, não pode secundarizar a questão da participação. Pois não sendo assim, o trabalho com comunidade não teria muita razão de ser. As “palestras” e seus derivados podem acontecer em outros espaços, tais como ambulatórios, postos e centros de saúde, escolas.

Em meio aos esforços de aprender a lidar com suas próprias frustrações, percebe-se o desejo do professor de *transferir* o seu aprendizado - de como lidar com situações que fogem ao controle, para os alunos. Mas, como fala Maturana e Rezepka (2000), um aprendizado relacional ou afetivo, dificilmente pode ser transferido com palavras. Quando esta transferência ocorre, na maioria das vezes é pelo exemplo. Na situação em tela este tipo de transferência seria muito difícil, uma vez que nós professores, na maioria das vezes, também, não estamos preparados para lidar com esta situação.

Alguns grifos em palavras no texto das falas foram feitos com a intenção de chamar a atenção sobre as questões que estão sendo discutidas. Mas, algumas vezes, este artifício foi feito apenas no sentido mesmo de chamar a atenção para a conotação com as quais as palavras foram empregadas. Contudo, não acreditamos no peso absoluto das palavras, elas têm um valor relativo. Como nos lembra Barthes (2002), para nos comunicarmos, utilizamo-nos da linguagem e esta costuma nos preparar muitas armadilhas. Muitas vezes, até já mudamos, ou estamos em processo de mudança da nossa concepção sobre alguma coisa, mas na hora de nos expressarmos, o fazemos sempre com aquilo que nos *arrasta* na língua, ou seja, com as palavras às quais estamos habituados. Em uma língua, duas rubricas, infalivelmente, se delineiam: a autoridade da asserção e o gregarismo da repetição. Os signos de que uma língua é feita só existem na medida em que são reconhecidos, isto é, na medida em que se repetem; o signo é gregário. Para Barthes, a língua é fascista; pois o fascismo não é impedir de dizer, é obrigar a dizer.

Mesmo reconhecendo que muitas vezes somos “vítimas” das armadilhas da linguagem, não podemos esquecer que somos parte da instituição *universidade*, e esta, como assinala Valla (1999) tem uma cultura e tradição de se relacionar com as classes populares de forma vertical e impositiva. Por isso, além das nossas ações, a forma como nos expressamos também deve ser objeto de reflexão.

Para finalizar a discussão sobre o que os docentes referem como fontes de frustração e de insatisfação no trabalho cooperativo com a comunidade, vamos fazer um contraste com a fala deste professor do curso de medicina, que nos parece estar descobrindo um caminho interessante de superação dos problemas apontados:

*Eu acho que uma coisa que o trabalho com a comunidade nos **ensina é a ter novas responsabilidades no nosso trabalho de professor**. A gente tem, digamos, um certo controle sobre nossa vida intracampus, a gente já conhece bem as nossas instituições, sabe até o limite delas, sabe lidar com elas. Lá fora nem sempre a gente sabe lidar com isso. A **comunidade tem um movimento, uma dinâmica que é própria dela**. Temos **que aprender a sermos mais flexíveis** e isso é difícil para nós que somos tendencialmente muito organizados, de uma forma ou de outra a gente se organiza. No trabalho de parceria temos **que ter responsabilidade, compromisso com o parceiro**. Isso é uma coisa fundamental e isso **a gente tem aprendido muito**. Tem que ter o cuidado e não apenas utilizar a população **para objetivos que são somente nossos** e depois ir embora. A graduação é rígida, é um semestre, é um tempo, você tem que deixar isso claro para que não gere frustrações tanto nos alunos como na comunidade. As pessoas têm que ter muito claro qual vai ser o tipo de trabalho que vai ser*

*Relações entre a Comunidade e a Universidade:
Mudanças e Permanências*

desenvolvido. Às vezes as lideranças têm essa clareza, mas a população como um todo não tem, e ela passa a cobrar. Lidar com essa diversidade de interesses nos ensina muito, eu acho que é uma coisa forte (Docente 3. Med. Fonte: GF).

Entretanto, as fontes de frustração não estão somente na comunidade, existem dificuldades relacionadas, explicitamente, à universidade e que interferem no trabalho com a população:

Muitas vezes estas coisas também acontecem devido a problemas nossos, quer ver um exemplo? Nós convidamos para um debate sobre a questão do controle social dos serviços de saúde, lideranças da comunidade. As pessoas fizeram um esforço enorme, deixando seus afazeres para poder vir e aí teve uma prova de microbiologia, mais da metade dos alunos não vieram. Os que vieram acharam fantástica a experiência de terem participado deste debate, mas uma grande parcela dos estudantes não apareceram. Isso frustra, você organiza com dificuldade, as pessoas se deslocam e mais da metade da turma não está presente. Então foi falha nossa, por essa lógica institucional onde as disciplinas que cobram, que fazem o processo educativo muito em cima da avaliação, que metem medo nos alunos acabam por criar problemas para as disciplinas que não se pautam por esse tipo de pedagogia. Esse tipo de problema é intrínseco da nossa instituição (Docente 2. Med. Fonte: GF).

Os estudantes, sobretudo os de medicina, também abordam questões semelhantes a esta. Na percepção destes estudantes, isto acontece devido ao acúmulo de informações e de trabalhos escolares solicitados por algumas disciplinas, que levam o aluno a sacrificar outras que não estejam voltadas para o conhecimento técnico restrito. Os estudantes relatam que este é um processo doloroso para eles, que não significa, necessariamente, que eles valorizem mais as disciplinas da área instrumental básica que as disciplinas da área social. O que eles denunciam, como será discutido no quinto capítulo, que trata da crítica aos atuais currículos, é uma sobrecarga muito grande de informações imposta ao estudante, sobretudo no chamado “ciclo básico”.

Uma outra preocupação levantada nos grupos, particularmente dos estudantes e dos professores, foi a questão da linguagem, o como se expressar, se comunicar melhor com a comunidades:

Eu tenho observado, na prática, que um dos ganhos também é em relação ao aprendizado do aluno de saber se comunicar. É muito interessante observar a mudança, no início do semestre o estudante tem uma linguagem extremamente técnica, ele entra nas casas com medo, quer um pacote pronto de procedimentos, mas com o decorrer das práticas, eles mesmos planejam as

*Relações entre a Comunidade e a Universidade:
Mudanças e Permanências*

atividades, a linguagem muda, se torna mais coloquial. Eles mesmos percebem que no início só quem entendia o que eles falavam eram eles mesmos (Docente 9. Odonto. Fonte: GF).

O trabalho educativo, as reuniões com a comunidade têm também o sentido de exercitar o aluno a conversar com a população, eles normalmente têm muitas dificuldades de se comunicar e de lidar com as pessoas, tem a questão da linguagem, alguns estudantes ficam muito ansiosos. No trabalho direto com a população, na prática de educação em saúde, o estudante exercitar a capacidade dialógica, dele saber se comunicar, partilhar sentindo com essa comunidade (Docente 2. Med. Fonte: GF).

A gente tem que saber falar com as pessoas uma linguagem mais simples. Porque a gente entre colegas é muito fácil falar a linguagem técnica da sua área, mas você não pode falar da mesma forma com a comunidade, então você vai ter que saber falar com uma linguagem simples, que não significa falar besteiras, mas que dê para ser entendida. A gente tem que ver como as pessoas falam, saber qual é o nível de escolaridade das pessoas para tentar se comunicar melhor (Estudante 3. Enf. Fonte: GF).

*Eu sempre digo aos alunos que eles devem **baixar** o vocabulário para poder chegar ao nível do paciente (Docente 11. Odonto. Fonte: GF).*

Estas quatro falas tratam de uma mesma preocupação, que é a questão da linguagem, porém existe uma diferença fundamental entre as três primeiras e a quarta. Enquanto as três primeiras se centram no esforço de encontrar formas de “driblar” a assimetria naturalmente existente entre a linguagem técnica e a linguagem popular, a quarta se utiliza de termos que transforma esta mesma assimetria em desigualdade, em desqualificação da linguagem popular.

Uma das condições básicas para que um trabalho seja cooperativo é a inteligibilidade entre as pessoas. Na percepção de Dejours (1999a), a principal fonte de dificuldades para esta inteligibilidade está nos meios retóricos e comunicacionais que cada um dispõe para se exprimir. Nesse nível, tem assimetrias importantes, sobretudo porque o ato de se exprimir passa pela linguagem, e a linguagem não é neutra. As pessoas da universidade costumam considerar a sua linguagem, pelo fato de ser mais elaborada, como superior à linguagem das pessoas da comunidade. Esta crença termina por reiterar o desequilíbrio entre os estatutos sociais, provocando mais dificuldades de inteligibilidade. Muitas vezes, até as formas de se tentar uma linguagem comum entre os parceiros, se não se tiver cuidado, pode servir mais para o aprofundamento das assimetrias do que para a inteligibilidade entre as pessoas.

O uso da linguagem técnica ou rebuscada em situações como a das práticas em comunidades, no dizer de Giannotti (1986), faz parte do “elitismo” do saber acadêmico, ele não acontece por acaso, este uso é intencional e é parte das estratégias de “iniciação” profissional. O exercício de certos jogos de linguagem e do consumo maciço de “pacotes simbólicos”, juntamente com o domínio de algumas técnicas necessárias ao desempenho profissional é, para o autor, uma forma de o aluno adquirir uma espécie de “personalidade de base” que vai cimentá-lo numa comunidade profissional depois de formado. A elitização da linguagem é, pois, nestas circunstâncias, parte do processo de “formação” profissional, e não algo que os estudantes aprendam por acaso ou acidentalmente.

A preocupação em encontrar novos instrumentos de comunicação e de linguagens adequadas, também tem um outro lado, que é o que Valla (1999) aponta como sendo um comportamento típico da universidade, que é o de pensar que as classes populares recebem, exclusivamente, suas idéias de “quem estudou”. Para o autor, existe, aí, uma “a crise de interpretação” que é nossa, da universidade. Valla conclui seu pensamento, dizendo que de pouco adiantam as ferramentas da comunicação, se não reconhecemos que o problema principal é a postura da universidade em relação às classes populares.

A palavra “comunicação” tem muitos sentidos. Entre eles, o que nos interessa, aqui, é o da comunicação que acontece, diretamente, entre as pessoas, a chamada “interpessoal”. Para esta discussão tomaremos como base o pensamento de Lévy (1999). Para este autor, comunicar não é, de modo algum, transmitir uma mensagem ou receber uma mensagem. Isso é a condição física da comunicação, mas não é a comunicação. É certo que para se comunicar é preciso enviar mensagens, mas enviar mensagens não é comunicar. Para Lévy, comunicar é partilhar sentido. E partilhar sentido quer dizer partilhar um contexto comum, uma cultura, uma história, uma experiência. E isto é uma coisa que acontece progressivamente, não é alguma uma coisa que se possa fazer imediatamente; é preciso ter alguma coisa em comum para poder se comunicar. Pode-se dizer que comunicar é tentar ter alguma coisa em comum. Portanto, a comunicação é, necessariamente, um verdadeiro encontro. Não é só transmitir uma mensagem. É alguma coisa que se constrói. Que se constrói no tempo. O que não quer dizer que não seja algo que possa se dar muito rapidamente ou que não possa ser muito demorado. Não é um tempo que se meça pelo relógio ou pelo calendário. É um tempo que é interno à comunicação. É o tempo que se leva para ter alguma coisa em comum.

Conceber a comunicação como “ter alguma coisa em comum” é algo que ainda nos parece muito distante do contexto das experiências que estão sendo analisadas neste estudo. Nestas, a concepção dominante ainda é a de que é a universidade quem “vai levar o saber”. Parece difícil, como argüiu Valla (1999), para os professores e estudantes acreditarem que as pessoas da comunidade construam seu próprio conhecimento e façam sua própria avaliação da realidade. Contudo, isto está longe de ser uma atitude que a comunidade esteja aceitando passivamente. Em muitas oportunidades, durante o período da observação direta e nos grupos focais, percebe-se o esforço da comunidade para alterar esta situação. Duas situações observadas no campo ilustram bem esta questão.

A primeira a ser discutida será uma prática dos estudantes de medicina com mulheres e adolescentes, no bairro do Alto das Pombas. Na observação desta prática, a primeira coisa que chamou a nossa atenção foi a produção esmerada e criativa dos materiais e das dinâmicas preparadas pelos estudantes. As dinâmicas, de um modo geral, permitiram uma boa interatividade (dentro do previsto na própria dinâmica) com a população. Mas para sermos mais precisos, vamos focar um momento desta prática: duas estudantes estavam expondo sobre a prevenção do câncer de mama, para isto mostravam um cartaz com fotos sobre as etapas do auto-exame das mamas. Entre as mulheres que estavam assistindo, tinha uma que estava o tempo todo querendo falar. As estudantes davam sinais claros de que não queriam ser interrompidas: “quando acabar a gente discute”, “no final vamos tirar as dúvidas”. De repente a mulher ergueu a voz e disse: “eu sei que a prevenção funciona, eu tive um câncer de mama e descobri com o auto-exame”. As duas estudantes pararam e começaram a escutar a mulher. A partir daí, iniciou-se uma discussão no grupo, onde as mulheres falavam de suas experiências, de suas dúvidas, as estudantes também falavam, davam sua opinião técnica sobre o assunto. Dias depois, durante o grupo focal uma destas estudantes expressou que esta “escuta” foi o seu grande aprendizado da prática:

*O que a gente aprende em sala de aula, por mais que o professor inove é sempre teórico, diferente da prática. Um exemplo, quando a gente chegou lá [no Alto das Pombas] e estava explicando sobre o câncer de mama, embora a gente tenha tido a necessidade de ir no livro, de pesquisar, de ler, porque obviamente isto é necessário, **aconteceram coisas que a gente não esperava**. A gente estava **ensinando** a fazer auto-exame, de repente uma mulher disse: “eu tive câncer de mama, eu descobri com o auto-exame”, isto **desarmou** todo mundo. A gente sabia da importância deste tipo de campanha de prevenção, mas quando você vê uma mulher dizer isto na sua frente... eu simplesmente pensei assim: valeu minha prática porque **eu descobri** que uma mulher*

*Relações entre a Comunidade e a Universidade:
Mudanças e Permanências*

realmente pode descobrir. Obviamente eu já sabia, mas eu descobri...você ouviu uma pessoa dizer que descobriu com o auto-exame, você sente a importância da coisa, então na hora que ela falou isto eu desarmeí, calei a boca e disse assim: fale aí, porque realmente você sabe mais do que eu (Estudante 8. Med. Fonte: GF).

No final desta fala, a estudante acrescentou:

Eu aprendi, sobretudo, que quando a gente vai para uma atividade com a população não pode ir pensando em só levar informação, mas saber que vai receber muita coisa de volta também.

Este foi, sem dúvida, um aprendizado muito significativo para a estudante; resta saber se ela tem consciência de que o que permitiu a ela fazer esta descoberta, foi exatamente o fato da mulher tê-la interrompido para poder falar. O grande aprendizado permitido por esta situação que ocorreu na prática, nos parece ser o fato de compreender o quanto o *outro* é importante na nossa formação e como nós também podemos contribuir para a formação do *outro*; compreender, também, que é fundamentalmente no processo de troca que nos formamos permanentemente. Compreender isto é muito importante para que se possa, verdadeiramente, saber acolher o *outro*, para que este *outro* não precise estar sempre criando situações de ruptura para poder ser ouvido, para poder se sentir parte. É nesse sentido que compreendemos a participação e a cooperação.

A segunda situação que será focada se refere a uma palestra sobre hipertensão feita por uma estudante de enfermagem para os agentes comunitários de saúde. Durante a palestra, observamos que as agentes estavam, o tempo todo, inquietas, tentando falar alguma coisa mas, sempre que uma tentava, a estudante dizia “*deixa eu terminar, no final você fala*”. Esta situação permaneceu até o momento que uma das agentes se levantou e falou sobre a forma de atendimento no centro de saúde, para o qual a estudante estava recomendando que os ACS encaminhassem as pessoas portadoras de hipertensão. A agente comunitária comentou que as enfermeiras e o médico tratavam mal os pacientes, principalmente os idosos, que o atendimento se resumia à distribuição da medicação, sem nenhuma orientação de como esta deveria ser utilizada. Que isto terminava recaindo sobre os ACS, que pelo fato de atuarem na comunidade, terminavam sendo cobrados para fornecer orientações técnicas que estariam fora das suas atribuições e conhecimento. A agente finalizou, dizendo que era esta situação que o grupo queria discutir. Quando ela terminou de falar, a estudante disse simplesmente: “se nós formos discutir isso, eu não vou terminar o que eu **tenho** que falar com vocês, não vai dar

tempo” e continuou a palestra do ponto onde ela havia parado. Na continuação da palestra, uma das agentes comentou: “eu diagnostiquei uma hipertensão...” a estudante deu um grito e a interrompeu peremptoriamente “eu estou ouvindo um absurdo aqui, você não pode diagnosticar nada, não é o seu papel”.

Esta situação, observada no campo, traz uma série de elementos para discussão, alguns deles estão fora do âmbito deste estudo, como por exemplo, questões relacionadas a qual seria o papel dos ACS no controle da hipertensão e a quem caberia fazer diagnóstico entre os profissionais de saúde. Estes são temas polêmicos que estão colocados no interior da divisão do trabalho em saúde, mas que pertencem a outros fóruns de discussão. Entretanto, a forma autoritária de como foi colocada pela estudante o “não direito” da agente diagnosticar alguma coisa é um elemento importante para a discussão das relações entre a universidade e a comunidade ou com qualquer outro grupo de pessoas considerado pelo poder técnico como não *autorizado* para deter um determinado tipo de saber.

A sociedade brasileira é fortemente hierarquizada em todos os seus aspectos: nela, as relações sociais e intersubjetivas são sempre realizadas como relação entre um superior, que manda, e um inferior, que obedece (CHAUÍ, 2001a). Na área saúde, esta hierarquização é feita de duas formas: entre o profissional e o “paciente” e entre os membros da equipe de saúde.

A rígida hierarquização entre os profissionais de saúde influi, diretamente, na divisão do trabalho e no relacionamento entre estes profissionais. Quanto mais acentuada é a desigualdade entre os profissionais, mais fortes são as relações opressivas. Entre os profissionais de nível superior, alguns setores da medicina brigam por manter o poder absoluto de fazer diagnósticos, que significa o domínio e o comando dos demais profissionais. As outras categorias lutam por manter suas regulamentações que garantem fatias deste poder. O pessoal de nível médio e auxiliar está fora desta disputa. Na situação apresentada, aqui, observa-se uma estudante de enfermagem que briga para manutenção de um poder, que a sua própria categoria (enfermagem) ainda luta para conseguir. Portanto, ela reclama a manutenção de um “poder” que não pertence nem a sua própria categoria profissional.

Outra coisa observada na prática à qual estamos nos referindo, é o quanto ela exemplifica a normatividade das ações, em um espaço que deveria ser um lócus de

interlocução. Onde mais uma vez a voz daquele que seria por definição a “razão de ser” da prática, é silenciada. Neste sentido, o *outro* é verdadeiramente o “receptor” das práticas. Quando a estudante fala: “se nós formos discutir isso, eu não vou terminar o que eu **tenho** que falar com vocês” está colocando em prática aquilo que Barthes (2002, p. 11) se refere como “vozes autorizadas”, que se autorizam a fazer ouvir o discurso do poder: o discurso da arrogância.

Para concluir esta parte da análise, gostaríamos de registrar que a atitude da estudante de enfermagem não pode ser tomada como uma característica do grupo de estudantes desta categoria, assim também como a da estudante de medicina não representa uma atitude comum a todos os seus colegas. As duas situações foram tomadas para análise, para ilustrar duas tendências distintas que foram observadas em relação a situações onde o *outro* busca efetivar sua participação e a forma como isto foi acolhido por quem detinha o “poder da palavra” naquele momento.

4.3 FUNDAMENTOS DO TRABALHO COOPERATIVO PARTILHADOS POR TODOS OS GRUPOS

Em meio à diversidade das falas, encontram-se algumas temáticas que foram referidas por todos os grupos. Estas constituem o que estamos chamando de “fundamentos partilhados” e podem ser assim enunciados:

- Evitar ações esporádicas e buscar a construção de um vínculo mais permanente entre a universidade e a comunidade.
- Trabalhar com os problemas da comunidade. O levantamento destes problemas deve envolver representantes das comunidades, professores, estudantes e, sempre que possível, os agentes comunitários de saúde. A metodologia escolhida para o trabalho é, portanto, a do planejamento participativo.
- As ações desenvolvidas devem atender às demandas da comunidade e aos objetivos da formação ao mesmo tempo.

As mudanças referidas pelos sujeitos e aquelas que se percebe na prática, nas relações entre a universidade e a comunidade, são decorrentes deste “pacto” firmado entre as categorias de participantes (líderes comunitários, agentes comunitários de saúde, estudantes e professores). Os avanços expressos, sobretudo na falas das lideranças comunitárias, são significativos mas, como vimos ao longo deste capítulo, existem questões ainda “latentes”, que precisam se tornar “visíveis” para que possam ser debatidas e resignificadas.

Muitas destas questões são referentes ao autoritarismo tradicional da universidade, de achar que o seu saber é sempre o melhor e o mais bem acabado. Devido a isso, percebe-se uma ênfase muito grande no “passar” e no “repassar” informações. Para este “repassar”, a forma predominante de escolha ainda é a palestra. Esta é, certamente, o meio mais comum de se “transmitir” informações, mas segundo Sveiby (1998) é também o menos eficaz. Depois de cinco dias, a maioria das pessoas se recorda menos de um décimo do que ouviram durante uma palestra. Mas o nosso questionamento em relação a esta técnica não se resume a sua baixa eficácia. É o que ela representa, como instrumento de uma concepção vertical e hierarquizada das relações entre a universidade e a comunidade, que reflete, por sua vez o autoritarismo de outras relações sociais como professor/aluno, médico/paciente.

No ato de “repassar” informações, via palestra ou assemelhados, é o técnico quem seleciona a informação que vai ser transmitida. É ele que mantém o monopólio do que vai ser dito, difundido, é quem tem o poder de filtrar e selecionar as informações. Isto significa o que Foucault (1980), denomina de “privilégio do locutor”, que representa uma das estratégias de dominação do biopoder²⁵.

Na obra de Paulo Freire, sobretudo na *Pedagogia do oprimido*” (FREIRE, 1981), a preocupação com as manifestações da “ideologia da opressão” também está muito presente.

Na visão “bancária”, a educação é vista como um ato de *depositar*, de *transferir* valores e conhecimentos. Este entendimento da educação é tão comum, tão presente na nossa tradição escolar, que muitas vezes nem sequer nos apercebemos ou nos questionamos em relação a isto.

²⁵ Na concepção foucaultiana, biopoder é um conceito que reúne as várias tecnologias políticas do corpo, os discursos das ciências humanas e as estruturas de dominação, que foram articuladas desde o século XVIII.

Na pedagogia “bancária”, o “saber” é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação esta que se funda na absolutização da ignorância, que constitui o que Freire chama de “alienação da ignorância”, segundo a qual esta se encontra sempre no *outro*.

No modo “bancário” de perceber a educação, a repressão é feita, muitas vezes, em nome da liberdade. É neste sentido que Freire (1981) chama atenção daqueles aos quais se refere como “verdadeiros humanistas” para o fato de que, na busca da libertação, não se sirvam da concepção “bancária”, sob pena de se contradizerem em sua busca. Muitos dos que se inquietam, pela causa da libertação, da igualdade, envolvidos pelo clima gerador da concepção “bancária” e sofrendo sua influência, não chegam a perceber o seu significado ou a sua força desumanizadora. Paradoxalmente, então, usam o mesmo instrumento alienador, num esforço que pretendem libertador. A libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma palavra a mais, é a práxis, que implica na ação e reflexão das pessoas sobre o mundo, para transformá-lo.

Para Freire (1981), não pode haver conhecimento, se os educandos não são chamados a conhecer, mas a memorizar o conteúdo narrado pelo educador. As relações ditas educativas, dentro e fora da escola, se caracterizam por serem *narradoras, dissertadoras*. Narração ou dissertação que implicam num sujeito – o narrador – e em objetos pacientes, ouvintes – os educandos. A tarefa indeclinável do educador, neste contexto, é “encher” os educandos dos conteúdos de sua narração. Em lugar de comunicar-se, o educador faz “comunicados”.

O que pode ser opressivo, num ensino, segundo Barthes (2002), não é, propriamente, o saber ou a cultura que ele transmite, mas, sim, as formas discursivas através das quais ele é proposto.

Para Barthes (2002, *apud* PERRONE-MOISÉS, 2002), muitos discursos militantes, autorizados e autoritários, visam apenas substituir um poder por outro, mantendo intactos a noção de hierarquia e os velhos mecanismos de dominação aos quais o discurso pode servir de instrumento.

Chamar a atenção para alguns traços autoritários, nos discursos, não significa uma desqualificação presunçosa do valor do trabalho dos que se empenham em construir novas relações entre a universidade e a comunidade. Ao contrário, no nosso entender, estas

experiências são extremamente bem-vindas nos currículos. O que queremos é apenas ressaltar a importância de refletir sobre a tentação opressiva existente mesmo nos discursos solidários – humanizadores. E, como argüi Vasconcelos (2001, p. 125) enfatizar que “não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário, se o processo de discussão se mantém vertical”.

Um outro destaque que consideramos fundamental, é o de que a universidade e a comunidade não são blocos unitários. Existem diferenças significativas, no interior de cada uma, relacionadas ao grau de interesse e envolvimento nas ações. Estas diferenças estão tanto entre as pessoas da comunidade, como entre os professores e os estudantes. Mesmo quando a vontade do encontro é manifestada, os interesses em jogo são muito diversificados. Mas é, exatamente, esta diversidade que tem feito surgir as pressões, os diálogos, que tem possibilitado as mudanças nas relações entre os dois setores.

A heterogeneidade é intrínseca a qualquer trabalho que envolva sujeitos distintos. Esta é uma característica dos trabalhos parceiros/cooperativos. Tal qualidade do trabalho exige muita negociação na aproximação dos interesses. Mas, é, exatamente, a qualidade de heterogêneo que o torna possível de ser um lócus de instituição e reconhecimento do saber do outro, da apropriação e desconstrução de saberes, da alteração de um saber por outro saber. O trabalho cooperativo pode ser um espaço de encontro, de intercâmbio e de produção de conhecimentos e saberes, da instituição de *espaços de aprendizagem cooperativa*. Mas, para que isto aconteça, a *heterogeneidade* que caracteriza o trabalho não pode ser confundida com *desigualdade* na participação, as *assimetrias* existentes entre os sujeitos não podem ser transformadas em *hierarquias*.

5 A “COMUNIDADE” COMO “ESPAÇO MULTIRREFERENCIAL DE APRENDIZAGEM”²⁶ EM SAÚDE

Os vossos filósofos, que se lastimam de que todas as coisas foram escritas pelos antigos, que nada de novo lhes foi deixado para inventar, estão em erro muito evidente. O que vos aparece do céu, e chamais Fenômenos, o que a terra vos exhibe, o que o mar e outros rios contêm, nada é comparável ao que está oculto na terra.
(Rabelais)

Sinto-me nascido a cada momento
Para a eterna novidade do Mundo...
(Fernando Pessoa)

A idéia de que o que se aprende tem uma relação com o local, com as pessoas e com o momento é a base da noção de “espaços de aprendizagem”. Esta noção fundamenta-se, na idéia, de que são múltiplos os espaços onde se aprende, assim como também são múltiplas as aprendizagens que ocorrem em cada espaço. Na sociedade contemporânea, é cada vez mais perceptível que os processos de acesso, construção e socialização do conhecimento não ocorrem, apenas, nos espaços e nem nos moldes tradicionais da academia (FRÓES BURNHAM, 2000).

No campo da saúde, pode-se observar exemplos claros de como isso ocorre. As questões de saúde não dizem respeito, apenas, aos profissionais da área, elas são, cada vez mais, de interesse do conjunto da sociedade. A busca de um maior controle sobre os serviços e de uma maior autonomia na gestão da própria saúde, juntamente com a falta de respostas efetivas por parte das agências do setor, tem feito surgir o interesse de outros grupos sociais de ter um maior acesso e/ou de construir conhecimentos, nessa área do saber. Deste movimento, têm surgido novas identidades coletivas nesse campo, tais como: conselhos, ONG(s), grupos de ajuda mútua.

²⁶ Termo proposto por Fróes Burnham (2000).

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde

Esses coletivos têm se constituído em importantes espaços de aprendizagem, não somente para as pessoas/organizações que os instituí, mas também para estudantes, professores e profissionais de saúde. Muitos desses espaços têm se caracterizado por serem lócus de troca de informações, de intercâmbio de saberes, de desenvolvimento da capacidade de escutar uns aos outros e da busca de soluções criativas para os problemas. Entretanto, quando estes espaços são tomados como referência para os currículos, a tendência é que a universidade tente reproduzir, como vimos no capítulo anterior, os modelos prescritivistas e autoritários que a têm caracterizado. Em contrapartida, vimos, também, que a comunidade e alguns professores e estudantes interessados, têm tentado e, efetivamente conseguido, em algumas situações, alterarem essa conduta. É neste movimento que aprendizagens significativas para os dois segmentos – universidade e comunidade - são articuladas.

A compreensão de como a atuação em comunidades contribui para a construção de aprendizagens significativas para os estudantes, para as pessoas da comunidade e também para os professores, é a principal questão que será discutida neste capítulo. Esta análise toma como referência a noção de “*espaços multirreferenciais de aprendizagem*” (FRÓES BURNHAM, 2000).

Para uma maior compreensão do que está sendo chamado de “*espaços multirreferenciais de aprendizagem*”, faremos, inicialmente uma discussão, a partir dos elementos constitutivos do termo, ou seja, das noções de “*espaço*” e de “*aprendizagem*”, mediados pela concepção de “*multirreferencialidade*”, abordada no capítulo da metodologia. Com base nessa discussão, será a vez de refletir sobre a própria noção de “*espaços multirreferenciais de aprendizagem*” e as possíveis contribuições dessa noção para a compreensão de situações complexas que envolvem a formação de profissionais de saúde. No caso específico deste estudo, as *aprendizagens* referidas pelos sujeitos, como (re)construídas no espaço do trabalho com comunidades.

5.1 ESPAÇO, A POLISSEMIA DO CONCEITO:

O termo *espaço* tem sido utilizado em muitas acepções, com sentidos distintos, em diversas *línguas* especializadas (geografia, física, arquitetura, matemática, sociologia, psicologia, entre outras). Neste estudo, a noção de espaço está referida à idéia de “*espaço*

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde

social” da forma como é concebida por Santos (1996a, 1996b, 2000) e por Bauman (1997). Outros estudiosos do tema também foram convocados, mas a discussão gira, principalmente, em torno do pensamento desses dois autores.

Espaço, na concepção de Santos (1996 a, p. 71), significa:

Um conjunto de objetos e de relações que se realizam sobre estes objetos; não entre eles especificamente, mas para os quais eles servem de intermediários. Os objetos ajudam a concretizar uma série de relações. O espaço é resultado da ação dos homens [e das mulheres] sobre o próprio espaço, intermediados pelos objetos, naturais e artificiais.

Na mesma obra, Santos chama atenção de que um dos primeiros passos para a compreensão do termo *espaço* é não confundi-lo com *paisagem*. A paisagem é a materialização de um instante da sociedade, uma fotografia, enquanto que o espaço contém o movimento. Paisagem e espaço formam um par dialético, complementam-se e se opõem. Mas é preciso que os dois termos sejam separados em categorias distintas, se não se quer correr o risco de não reconhecer o movimento da sociedade. O espaço é o resultado da soma e da síntese, sempre refeita, da paisagem com a sociedade, através da espacialidade. A paisagem tem permanência e a espacialidade é um momento (momento da inserção territorial dos processos sociais). A espacialização é sempre o presente, um presente fugindo, enquanto a paisagem é sempre passado, ainda que recente. O espaço é a paisagem, acrescido da vida que nele palpita, da vida que metamorfoseia a paisagem em espaço. É a trama que elabora o contexto.

A espacialidade, como movimento plural e constante de inserção dos processos sociais, constitui-se no que Guatari (1995), chama de “territórios existenciais”, ou seja, lugares onde grupos, etnias, nações, organizações sociais lutam pela “existência”. Nesse processo de luta, promovem rupturas, descentramentos, multiplicação de antagonismos e de processos de singularização que fazem surgir novos significados, novas problemáticas sociais, num processo constante de “territorialização”, “desterritorialização”, “reterritorialização”.

A territorialização/espacialidade social indica que os diversos elementos que compõem o espaço estão sempre interagindo; existe uma interdependência entre os elementos,

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde

cada ação não constitui um dado independente, mas um resultado do próprio processo social (SANTOS, 1996b).

O espaço social está em permanente construção, os sujeitos sociais que nele co-habitam estão em permanente tensão, existem conflitos, interesses diferenciados e contraditórios, projetos, sonhos. Dado o caráter permanente das tensões sociais, o espaço nunca está acabado. O risco de caos é constante. Nos espaços sociais, existem, sempre, vários expedientes (regras) para defender sua integridade, mas a defesa nunca é a toda prova. As fronteiras não podem ser hermeticamente fechadas. No dizer de Bauman (1997), não existe nenhuma cura verdadeiramente infalível contra “estranhos” (o desconhecido, a novidade), nem contra o pavor que eles suscitam.

Na concepção de Bauman (1997), “estranho” é tudo aquilo que não participa da nossa intimidade. De estranhos, sabemos demasiado pouco para nos engajar em qualquer interação, a não ser a mais superficial e descuidada (a co-presença mais aceitável nesse caso é, de fato, a mútua abstenção de interagir). A “estranheza” dos estranhos significa, precisamente, nossos sentimentos de estar perdidos, de não saber como agir e o que esperar, e a derivante falta de vontade de comprometimento. É desse “desassossego” causado pela presença do estranho que surge a arte do “mau-encontro”. Para viver com estranhos, é preciso dominar a arte do mau-encontro.

Dominar a arte de mal-encontrar significa empurrar o *outro* para o fundo do cenário no qual se desenvolve a ação. Mas, na verdade, lançar o *outro* contra o fundo do cenário não o faz desaparecer. No entanto, o fundo não traz nenhum impacto sobre o curso e os resultados da ação, exceto para fornecer sua situação física. Pela técnica do mau-encontro, o “estrangeiro” é posto na esfera da desatenção, do não-comprometimento, do vazio emocional, inospitável tanto para a simpatia, como para a hostilidade, é o reino da *indiferença civil*.

O efeito geral de desenvolver a arte do mau-encontro é “dessocializar” o espaço potencialmente social em redor, ou impedir que o espaço físico em que alguém se move torne-se espaço social – espaço com regras de comprometimento e interação, do verdadeiro encontro.

A cidade é lugar de maus-encontros e dos hábitos de indiferença civil; o próprio espaço físico favorece. Os verdadeiros encontros têm de ser, deliberadamente, buscados.

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial de Aprendizagem” em Saúde

Raramente acontecem, quando não se tem a intenção que eles aconteçam. Entretanto não devemos esquecer que esta “busca do encontro” tem possibilidades limitadas. Não devemos ter a ilusão do triunfo total do “estar-junto comunitário”, nem da possibilidade de uma colonização do campo dos maus-encontros e da indiferença civil por relações pessoais emocionalmente carregadas. Nas sociedades modernas, como fala Bauman (1997), nenhuma das instituições essenciais sobreviveria a isto pois elas precisam dos estranhos para se manter vivas. O problema das sociedades modernas não é como eliminar os estranhos, mas como viver em sua companhia, ou seja, sob a condição de exigüidade cognitiva, indeterminação e incerteza. Donde a profunda ambivalência da posição e do papel do estranho no espaço social. O reconhecimento do espaço social como lugar da ambivalência, da ambigüidade, da incerteza, da diversidade, é fundamental para a compreensão do que estamos chamando de “espaços multirreferenciais de aprendizagem”. Voltaremos a esta discussão mais adiante, neste mesmo capítulo.

A noção de espaço social, de acordo com Bauman (1997), deve ser vista como uma interação complexa de três processos entretecidos, mas distintos: os processos de espaçamentos cognitivo, estético e moral – e seus produtos correspondentes. Embora todos os três espaços desenvolvam noções de proximidade e distância, fechamento e abertura, os seus mecanismos produtores são diferentes quanto às pragmáticas inerentes a cada um deles e seus resultados. Se o espaço cognitivo é construído intelectualmente, por aquisição e distribuição de conhecimento, o espaço estético é demarcado afetivamente, pela atenção guiada pela curiosidade e pela busca de intensidade experiencial, ao passo que o espaço moral é caracterizado pela desigual distribuição de responsabilidade sentida/assumida.

O espaçamento moral não toma conhecimento das regras que definem o espaço social/cognitivo. Esquece-se das definições sociais de proximidade e distância. O espaçamento moral é negligente da razão, não se refere a nenhum conhecimento comunicável e é incapaz de montar autodefesa argumentada, e menos ainda de convencer os que estão em dúvida de aceitar seus resultados. Os recursos intelectuais do espaçamento social/cognitivo (a verdade, o eficaz) são absolutamente ineficazes em face da responsabilidade moral (sendo esta o único recurso que funda o espaço moral). É dentro das fronteiras destes dois espaços que se configura o “universo das obrigações sociais”, sem as quais a responsabilidade moral não alcançaria as decisões administrativas (espaço cognitivo) dos encarregados do espaço

*A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde*

social. A responsabilidade social é orientada para o entendimento, para o viver em conjunto, para a intercompreensão, para a interação (BAUMAN, 1997). O ato moral supõe a solidariedade, a reciprocidade com aqueles com os quais nos comprometemos. A exigência da responsabilidade decorre do compromisso, portanto, ele não pode ser algo superficial ou exterior.

Na construção e manutenção do espaço social, como processo essencialmente cognitivo, os sentimentos são suprimidos ou quando eles se mostram, são reduzidos a um papel inferior. Entretanto, os sentimentos são a razão de ser do espaço estético. Assim, como acontece com o espaçamento moral, os resultados do espaçamento cognitivo e estético também não coincidem, mas nem por isso deixam de se relacionar. O espaço estético está referido à desigual distribuição de interesses, curiosidade, capacidade de suscitar diversão e prazer. O que configura o espaçamento estético é o prazer. O prazer que pode nos tornar mais saudáveis, mesmo se no mais das vezes o impacto é exatamente oposto daquilo que os especialistas descrevem como saúde. O jogo do estético não se refere à sobrevivência (quando muito, é o que faz a sobrevivência digna de ser sonhada, buscada). A curiosidade, como atributo do estético, é o que torna triunfante a alegria de observar, é o que torna o observador um “detetive amador”, é o que nos mobiliza (BAUMAN, 1997).

O espaço estético, como espaço do sentimento, afirma-se contra todo e qualquer raciocínio. A experiência da arte, ao lado da experiência da filosofia, é a mais peremptória advertência à consciência científica, no sentido de reconhecer seus limites. A consciência e a teoria estéticas também procuram uma verdade, mas uma verdade que só pode ser alcançada pelo sentimento e é isso que confere importância filosófica à arte (GADAMER, 1997). O *estético*, aqui, tem o sentido do belo (ou pelo menos do agradável) e o sentimento que este suscita nos seres humanos.

O estético (a arte) é uma forma de conhecimento intuitivo²⁷. Assim como o mito e a ciência, a arte é uma forma de organização da experiência humana. O mito organiza a experiência através da emoção, a ciência pela razão, enquanto que a arte transforma a

²⁷ Intuição: compreensão global e instantânea de um objeto, de um fato. Nela, de uma só vez, a razão capta todas as relações que constituem a realidade e a verdade da coisa instituída. Enquanto conhecimento imediato pode ser empírico ou sensível, quando diz respeito a um objeto do mundo; e racional, quando diz respeito à relação imediata entre os seres, as idéias. Toda intuição tem caráter de descoberta, seja de um objeto, de uma nova idéia ou de um sentimento (CHAUI, 2002).

*A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde*

experiência vivida em objeto do conhecimento, através do sentimento. Na experiência estética, existe uma espécie de comunhão entre o sujeito e a natureza, mediada pelo sentimento. O sentimento é uma reação cognitiva, de reconhecimento de certas estruturas do mundo, cujos critérios não são explicitados. É percepção das tensões dirigidas, comunicadas e expressas pelos aspectos estáticos e dinâmicos da forma, tamanho, tonalidade ou altura. A informação estética é diferente da informação semântica. Ao se tentar traduzir a linguagem estética para a semântica, ou para qualquer outra linguagem, perde-se, sempre, parte da sua significação, ou seja, ocorre sempre uma mutilação. Duas linguagens distintas serão, sempre, uma irreduzível à outra (ARDOINO, 1998; MORIN, 1998).

Sentimento e emoção são coisas distintas. A emoção designa um estado psicológico que envolve profunda agitação afetiva. O sentimento esclarece o que motiva a emoção, na medida em que ele está referido às tensões percebidas que causam a agitação psicológica. A emoção é uma resposta, é uma forma de lidarmos com o sentimento. A alegria expressa pelo riso, por exemplo, é o modo pelo qual lidamos com o sentimento do cômico; o medo é uma resposta ao sentimento de ameaça. Assim, o sentimento é conhecimento porque esclarece o que motiva a emoção; esse conhecimento é sentimento porque é irrefletido e supõe uma certa disponibilidade para acolher o afetivo (ARANHA; MARTINS, 1993; BARBIER, 1997). O afetivo que tanto pode se traduzir em acolhimento como em hostilidades.

Nesta mesma linha, o neurocientista Antônio Damásio (DAMÁSIO, 1996), diz que os sentimentos não são nem inatingíveis nem ilusórios, como afirma a ciência tradicional; ao contrário, eles são precisamente cognitivos como qualquer outra percepção. Para o autor, as emoções e os sentimentos não são intrusos no bastião da razão, as emoções e os sentimentos enredam-se nas teias da razão, para o melhor ou para o pior. Mesmo depois de as estratégias de raciocínio estabelecerem-se, durante os anos de maturação, a atualização afetiva das suas potencialidades depende, provavelmente, em larga medida, de um exercício continuado da capacidade para sentir emoções.

Não se pretende negar, com isso, que as emoções e os sentimentos podem provocar distúrbios destrutivos nos processos de raciocínio em determinadas circunstâncias. O bom senso tradicional e várias investigações científicas nos dizem isso. Mas o que é mais surpreendente e inédito, segundo Damásio (1996), é que a *ausência* das emoções também é incapacitadora e susceptível de comprometer a racionalidade que nos torna humanos

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde

e nos permite decidir em conformidade com um sentido de futuro pessoal, convenção social e princípio moral. Tampouco se pode afirmar que, quando se tem uma emoção positiva, são as emoções que tomam as decisões por nós; não podemos afirmar, também, que não somos seres racionais. O que o autor sugere é que certos aspectos do processo da emoção e do sentimento são indispensáveis para a racionalidade.

O espaçamento estético, o espaçamento cognitivo (conhecimento discursivo) e o espaçamento moral são distintos entre si. Entretanto, isto não quer dizer que eles sejam incompatíveis; ao contrário, eles podem viver ocasionalmente em paz, ou até mesmo cooperar, ajudar-se e revigorar-se mutuamente. Porém, para realizar tal façanha, o sujeito que busca a satisfação estética deve ser também pessoa moral. Ela deve aceitar os limites e constrações que o espaçamento estético tende a eliminar. A responsabilidade moral deve, ainda, inserir sua superioridade sobre cálculos técnico-instrumentais; uma superioridade fundada na contínua ‘experiência do nós’. Mas sabendo que, se isto acontecer, será apenas como uma realização, não há e nunca haverá qualquer garantia de que de fato acontecerá, embora aconteça diariamente, e repetidamente – cada vez que as pessoas cuidam, amam e levam socorro aos que dele precisam (BAUMAN, 1997).

Esta distinção entre os três espaços não significa uma separação total entre eles. No geral, toda ação desenvolve-se simultaneamente nos três espaços, ou seja, não existe ação puramente cognitiva/instrumental, puramente moral/ética ou puramente estético/ expressiva. Todo espaço social é, por definição, espaço multirreferencial.

Esta concepção de *espaço* é um dos pilares que fundamenta a noção de *espaços multirreferenciais de aprendizagens*. Neste estudo, como já foi dito, a análise está centrada no espaço específico de experiências com comunidades previstas nos currículos de cursos de formação de profissionais de saúde na UFBA.

Nas últimas décadas, como foi discutido no capítulo anterior, temos visto uma transformação e rearticulação dos *espaços comunitários* que têm aberto novas perspectivas de participação social. A organização social facilitada pelo processo de urbanização abre, na percepção de Dowbor (1996), grandes oportunidades para a sociedade retomar as rédeas do seu próprio desenvolvimento. Em espaços locais de diversas partes do Brasil estão acontecendo experiências de organização social, tais como formas descentralizadas de gestão

*A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde*

de saúde, elaboração participativa dos orçamentos municipais, experiências inovadoras no campo da educação, entre outras. Além deste tipo de organização mais “formal”, existem outras, como as organizações religiosas, de vários grupos com interesses diversos, cuja importância tem sido sistematicamente subestimada pela universidade. O conjunto dessas iniciativas, mesmo não sendo ainda suficientes, já representa uma importante evolução da democracia representativa. Este processo de organização social, estruturado nas comunidades locais, pode constituir um lastro de sociedade organizada capaz de viabilizar as transformações necessárias nos níveis mais amplos. Pois “*não há democracia que funcione com a sociedade atomizada*” (p. 8).

A (re)humanização da sociedade, para Dowbor (1996), passa pela reconstituição dos espaços comunitários. E a base da ação reativa, na percepção de Santos (1996b) é o espaço compartilhado no cotidiano. Por meio do lugar e do cotidiano, o tempo e o espaço, que contêm a variedade das coisas e das ações, também incluem a multiplicidade infinita de perspectivas. Basta não considerar o espaço como simples materialidade, isto é, o domínio da *necessidade*, mas como teatro obrigatório da ação, isto é, o domínio da liberdade. Nesta concepção, o espaço da comunidade deve ser reconstituído/repensado, não numa visão poética de um *small is beautiful* generalizado, mas, sim, através da rearticulação dos espaços locais com os diversos espaços que, hoje, compõem a nossa sociedade complexa. É nessa perspectiva que a (re)articulação universidade e comunidade, torna-se um importante questionamento de pesquisa.

As comunidades urbanas, sobretudo das grandes cidades, como é o caso de Salvador, reúnem pessoas das mais diversas origens, dos mais diversos níveis de escolaridade/instrução, de riqueza material, de entendimento do mundo. Há uma enorme diversidade de perspectivas e de possibilidades. A vizinhança obriga as pessoas a se compararem e a se perguntarem sobre as suas diferenças, seja esta vizinhança próxima ou distante. Essa já é uma indagação de natureza política, há um desejo de ultrapassar a própria situação. Isso pode se manifestar pela violência, mas também aponta para uma vontade de entendimento, de superação, de participação social e política (SANTOS, 2000).

O “espaço da vizinhança” é um espaço tanto do amor como da hostilidade, tanto da solidariedade como do conflito. A diversidade de interesses no “espaço comunidade” faz com que não possamos pensar este espaço como algo ligado pela *consciência* de unidade, como

*A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde*

um território de cooperação e de ajuda mútua generalizada. A heterogeneidade de interesses é uma característica intrínseca ao que chamamos de “espaço social”.

5.2 OS MÚLTIPLOS SIGNIFICADOS DO TERMO *APRENDIZAGEM*:

O termo *aprendizagem*²⁸, assim como *espaço*, é, também, polissêmico. É tratado por diversos olhares especializados, tais como: a pedagogia, a psicologia, a psicanálise, a sociologia, a antropologia. Cada um destes campos fala a sua própria *língua*. Isto quer dizer que os campos disciplinares possuem sistemas de referências distintos entre si, reconhecidos, explicitamente, como não redutíveis uns aos outros. Para uma compreensão multirreferencial do termo *aprendizagem*, faremos uma distinção entre os diversos olhares dirigidos ao termo, ao mesmo tempo que estaremos buscando formas de comunicação entre eles, visando elaborar uma significação específica para este estudo.

No sistema escolar, o verbo *aprender*²⁹ tem tido, tradicionalmente, um sentido simétrico em relação ao verbo *ensinar*³⁰. Estes dois verbos tendem a ser conjugados juntos, conferindo ao ato de aprender uma conseqüência direta do ato de ensinar. Mas, como nos alerta Pozo (2002), isto nem sempre acontece, pois existem muitas situações, na nossa vida cotidiana, onde ocorrem muitas aprendizagens sem ensino, como acontecem também muitas situações de ensino que não geram aprendizagens. Nosso sistema escolar está repleto de exemplos disso.

²⁸ *Aprendizagem* ou *aprendizado* se refere ao ato, processo ou efeito de aprender um ofício ou uma profissão. Etim. Aprendiz + ado, aprendiz + age, ambos vêm de *prend* que tem uma vasta lista de significados, entre eles podemos citar: aprender, apreender, tomar, agarrar, segurar, prender, compreender, surpreender, atingir, aprisionar. (DICIONÁRIO HOUAISS DA LÍNGUA PORTUGUESA).

²⁹ *Aprender*: 1) adquirir conhecimento (de), a partir de estudo, instruir-se (*uma ciência, uma técnica*). 2) adquirir habilidade prática (*aprender um esporte*). 3) vir a ter melhor compreensão (de algo), especialmente pela intuição, sensibilidade, exemplo, vivência (*aprendeu muito com a própria vida*). O verbo *aprender* é parônimo de *apreender*, que tem entre seus significados: assimilar mentalmente, abarcar com profundidade, compreender, captar. Do Latim: *apreendo*: tomar, agarrar, segurar, prender. (ibidem).

³⁰ *Ensinar*: 1) repassar (a alguém) ensinamentos sobre (algo) ou sobre como fazer (algo); doutrinar, lecionar. 1.1) transmitir experiência prática a; instruir (alguém) por meio de exemplos. 1.2) tornar (algo) conhecido, familiar (a alguém); fazer ficar sabendo. 1.3) dar lições a; instruir. 1.4) mostrar (a alguém) as conseqüências ruins de seus atos. 2) mostrar com precisão; indicar. 3) treinar (animal); adestrar. Etim. Latim: *insignare*: pôr uma marca, distinguir, assinalar. (ibidem).

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde

Desde que nascemos, os nossos processos de aprendizagem são ativados a todo momento, sem necessidade de uma intervenção social programada, como é o ensino. Este tipo de aprendizagem que Pozo (2002) denomina de *implícita* ou incidental, não requer um propósito deliberado de aprender nem uma consciência do que se está aprendendo, de forma que o conhecimento que ela produz também é implícito (ou tácito como vimos no capítulo anterior). É um tipo de aprendizagem filogeneticamente muito antigo, profundamente enraizado em nosso sistema cognitivo, baseado em processos associativos compartilhados com outras espécies, mas que, aos seres humanos, possivelmente graças à própria constituição biológica, unida a alguns mecanismos de aprendizagem mais complexos, permite a aquisição de sistemas de conhecimento tão sofisticados como a linguagem.

Através da detecção e organização das regularidades que observamos em nosso ambiente, a aprendizagem implícita nos proporciona, também, autênticas *teorias implícitas*, nos mais diversos domínios: na natureza, na economia, nas relações interpessoais, na tecnologia, na saúde, na doença e em outros que, embora sejam muito difíceis de verbalizar, dado ao caráter implícito, influem, poderosamente, na forma como interagimos e aprendemos em cada um destes domínios (POZO, 2002).

Além da aprendizagem implícita, que constitui uma parte importante do que aprendemos todo dia, sem sermos conscientes disso, existem outras formas de aprendizagem: as *aprendizagens explícitas*, que são produtos de uma atividade deliberada e consciente, que costumam se originar em atividades socialmente organizadas que, de modo genérico, podemos denominar *ensino*. Assim, aprendemos a ler, escrever, utilizar um processador de textos, dirigir um automóvel. Muitas dessas atividades realizam-se em instituições formais de ensino, enquanto que outras se adquirem em outros contextos em que não há a presença física de um professor, mas, sim, uma aprendizagem mediada por alguma instrução (manuais, fitas cassetes, CD-ROM, livros de receitas). São todas situações em que alguém (um professor, um instrutor) intencionalmente, programa atividades para que outra pessoa (aluno ou qualquer outro aprendiz) de forma consciente e deliberada, adquira novos conhecimentos ou habilidades. Este é um tipo de aprendizagem institucionalizada (POZO, 2002).

Aprender e ensinar, como vimos, são dois verbos que nem sempre se conjugam juntos. Além das questões acima apresentadas – aprendizagens sem ensino e ensino sem aprendizagem, observa-se, no sistema escolar, uma oposição entre estes dois verbos. O verbo

*A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde*

aprender é para os jovens, os alunos, os formandos; enquanto que *ensinar* é para os mestres, os professores, os mais velhos. Não se diz *ensinar* em relação aos alunos e nem se diz *aprender* em relação aos professores. O professor é o que transmite, o aluno, o que recebe, como denuncia Freire (1981). Existe, sempre, uma clivagem, uma separação de papéis: o aluno *aprende*, o professor *ensina*.

Esta clivagem entre quem ensina e quem aprende, própria do pensamento tradicional, essencializa os atos de aprender e de ensinar. Mas a realidade não é “essencializada”, separada, “fatiada”, ela é social, nela não existem somente o professor e o aluno, existem outros alunos ao lado do aluno, tem o aluno que ensina e o professor que aprende, tem a família, o estabelecido, a disciplina, enfim, todo o conjunto das relações sociais que é muito mais complicado e complexo que a oposição *ensinar & aprender*. A realidade é empírica, social, psicológica, e em cada uma destas referências existe uma visão específica do que seja *aprendizagem*.

Entre os sentidos e sentidos da palavra *aprendizagem*, um dos mais antigos está ligado ao processo de formação profissional de pessoas jovens, adolescentes que aprendiam a trabalhar em um *métier*, geralmente manual, junto a um mestre. O jovem, que era designado de “aprendiz” ou “acompanhante” aprendia pouco a pouco um ofício. Este tipo de *aprendizagem* era geralmente utilizada por artesões, mas também, às vezes, ocorria, no domínio das artes, ou até de intelectuais e filósofos que iam de lugar em lugar para fazer a sua própria formação. Hoje em dia, este tipo de *aprendizagem* ainda existe em alguns setores, mas tem perdido cada vez mais espaço para a formação institucionalizada (ARDOINO, 2000a; DUBET, 1994).

A *aprendizagem* escolar corresponde a um tipo de racionalização mais coletiva, mais universal. No caso da universidade, este tipo de racionalização se expressa nos currículos de formação profissional. O modelo de *aprendizagem* escolar é pensado para um grande número de alunos, onde é preciso memorizar e reter coisas. Este tipo de *aprendizagem* demanda tempo, meses, anos, pois precisa de muita repetição, redundância, exercícios. Esta concepção de *aprendizagem* está muito ligada à psicologia cognitiva, que estuda formas de *aprendizagem* com o objetivo de buscar modelos para tentar racionalizar, normalizar os processos de *aprendizagem*, visando otimizar os resultados/rendimentos obtidos. Para isto, estuda-se como a *aprendizagem* se faz; a qual ritmo; quais são os fatores a favor e quais são os fatores que se

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde

opõem; o que retarda; o que torna difícil a aprendizagem. Os modelos de aprendizagem construídos nesse processo aportam na idéia do universal, do geral, para ser aplicado a todos os alunos. Dentro do modelo cognitivista da aprendizagem, não se leva em conta as resistências, no sentido psicanalítico da rejeição, da recusa, da *negatividade* (ADOINO, 2000a), que não são as mesmas para todas as pessoas. A standartização dá-se, em detrimento dos aspectos mais particulares e singulares próprios de cada aluno.

A aprendizagem, no senso de *modelo de aprendizagem*, não aporta, pelo menos de forma intencional, o *saber-ser*³¹. Os seus resultados são medidos, geralmente, pelo *saber* e pelo *saber-fazer*. *Saber* refere-se aos conhecimentos científicos em si, corresponde ao *saber teórico* ou *formalizado*. O *saber-fazer* que equivale à expressão inglesa *know-how*, são saberes práticos, aqueles ligados à prática profissional. Existe uma interdependência entre estes dois tipos de saberes, mas eles não se confundem, são construídos, a partir de referências distintas. O segundo não é uma mera “aplicação” do primeiro, como já discutido anteriormente. Tanto no *saber*, como no *saber-fazer*, todo conhecimento emana dos *experts*, o que estes dizem deve ser aceito e seguido por todos. Nem o *saber*, no sentido do conhecimento teórico, nem o *saber-fazer*, no sentido do conhecimento prático, da forma que são tratados, no sistema escolar, parecem ter necessidade de *parceiros*, ou do *trabalho cooperativo*. Ambos podem ocorrer sem a necessidade da *troca*. Enquanto que a parceria e a cooperação sem troca, sem construção compartilhada de conhecimentos, não passam de meras formalidades administrativas.

A preocupação de Ardoino (1978) em distinguir *saber-ser* de *saber-fazer* e *saber*, no contexto educacional é próxima da argumentação de Maturana e Rezepka (2000) sobre a necessidade de desfazer a confusão que, normalmente, faz-se entre duas classes distintas de fenômenos: a formação humana e a capacitação.

Para Maturana e Rezepka (2000), a formação humana tem a ver com o desenvolvimento do estudante, como pessoa capaz de ser criadora juntamente com outros, de um espaço humano de convivência social desejável. Por isto, a formação humana, como tarefa educacional consiste na criação das condições que guiam e apóiam o estudante em seu

³¹ O termo *Saber-ser* (savoir-être) foi proposto por Jacques Ardoino em 1963 (Propos Actuels sur l'Éducation), como uma oposição ao mecanicismo das aprendizagens por repetição e pelo condicionamento (ARDOINO, 1978).

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde

crescimento, como um ser capaz de viver no auto-respeito e no respeito pelo outro. A capacitação tem a ver com a aquisição de habilidades e capacidades de ação no mundo no qual se vive. Por isso, a capacitação, como tarefa educacional, consiste na criação de espaços de ação onde se exercitam as habilidades que se deseja desenvolver, criando um âmbito de ampliação das capacidades de fazer, na reflexão sobre esse fazer, como parte do viver. Para os autores, a tarefa da formação humana é o fundamento de todo o processo educativo. Esta tarefa significa o compromisso com a formação de cidadãos socialmente responsáveis e livres, capazes de refletir sobre sua atividade. É neste refletir, que a pessoa pode perceber e corrigir erros, aprender a cooperar e a ter um comportamento ético. A capacitação é um instrumento na realização da tarefa educacional da formação humana. A concepção filosófica da formação humana no pensamento de Maturana e Rezepka, é próxima da concepção de *saber-ser* proposta por Ardoino (1978).

A noção de *saber-ser* comporta uma crítica à visão predominantemente instrumental dos currículos de formação em saúde. Um processo de formação que vise um *saber-ser* implica, necessariamente, em dar lugar à afetividade, às emoções, aos sentimentos, aos hábitos, às condutas, à ética, às relações intersubjetivas. E esta é, certamente, uma grande dificuldade, pois estas são referências que, geralmente, estão fora dos objetivos escolares. Os currículos, geralmente, se atêm à idéia da aprendizagem apenas como atenção aos conteúdos escolares, aprendizagens mecânicas definidas por modelos escolares universais.

O conceito de *saber-ser* é fundamental para a compreensão da educação como uma noção complexa. Conceber a educação como uma noção complexa, significa ir além do *saber* e do *saber-fazer*, a complexidade reside, sobretudo, no *saber-ser*. O *saber-ser* implica na articulação de saberes que não podem ser transmitidos, pois estão mais relacionadas à própria vida, à experiência, que não é somente profissional, mas é, também, pessoal e interpessoal, são os valores, os desejos, o *outro*. É através do *outro* que o indivíduo chega a *saber-ser*.

Para Ardoino (2000a), quem forma é sempre o *outro*. Daí que, para se compreender os processos formativos, é preciso saber precisar o que se entende por *outro*, que é uma questão que para o autor só se pode compreender multirreferencialmente. O *outro*, em um sistema

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde

formal de aprendizagem, é principalmente a escola. O *outro*, no sistema escolar, pode ser presencial (o professor em sala de aula) ou longe, através das novas tecnologias da comunicação e da informação. Pode ser os outros alunos, os colegas, que também são formadores. Mas é sempre o *outro*, mesmo que de formas extraordinariamente diferentes.

A formação também está relacionada com *outros* não institucionais, como o *outro* da rua, o *outro* da cotidianidade, o *outro* da vizinhança. O que forma, ainda, é o *outro* dentro da temporalidade da experiência, que são as experiências profissionais e pessoais, que contribuem para a formação (mais ligadas às aprendizagens implícitas). É isto que permite a certos autores, como o americano Carl Rogers dizer que quem forma é a própria pessoa e não o *outro*. Estas duas posições contraditórias (uma que concebe o processo de formação sempre como uma influência da ação do *outro* e a outra que concebe este processo como uma ação própria de cada indivíduo consigo mesmo) influenciam as concepções de educação e de pedagogia, de modo completamente diferente, mas igualmente verdadeiras – eu não me formarei somente pelo *outro*, mas reciprocamente, eu não me formarei jamais somente em torno de mim próprio, como se eu pudesse tirar tudo das minhas potencialidades. Eu terei, sempre, em mim, o *outro*, enquanto que eu também produzo efeitos no *outro*. A educação aportará sempre registros do psíquico e do social. Registros estes irreduzíveis entre si: Não se pode deduzir a sociedade do funcionamento psíquico e inversamente, não se pode ver na psiquê apenas o produto da sociedade e da socialização (ARDOINO, 1998).

Ligar as aprendizagens escolares aos valores, à experiência pessoal, aos projetos pessoais, às crenças, às esperanças é o cerne da concepção *saber-ser*. Este conceito incorpora o de *saber* e o de *saber-fazer*, mas vai muito além deles, a sua compreensão se prolonga para o que Ardoino (1978) chama de *savoir-devenir*³². A idéia de um *saber-devir* se justifica

³² A idéia do *savoir-devenir* está ligada à disposição para o aprendizado permanente. O verbo *devenir* na língua francesa significa futuro, pode ser traduzido por *devir*, tornar-se, vir a ser, virar. Neste estudo a palavra *devenir* está sendo compreendida como *devir*, por ser esta tradução, a nosso ver, a que traz as possibilidades mais amplas de compreensão do *devenir* no campo das aprendizagens, dado o seu caráter processual. *Devir* está ligado à idéia do movimento ininterrupto que cria e transforma todas as realidades existentes (MORA, 2001). O termo *savoir-devenir* no sentido empregado por Ardoino, tem a intenção de trazer para a universidade a necessidade de encontrar formas de responder ao desafio de enfrentar a questão da rápida obsolescência do conhecimento técnico/científico através da criação de hábitos de valorização do auto-aprendizado, da permanente inquietação, da crítica ao conhecimento em lugar da ênfase na “transmissão” de saberes.

*A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde*

porque estamos em uma sociedade que está em constante mutação, onde situações inesperadas e imprevisíveis acontecem freqüentemente. Viver, nesse mundo em permanente mudança, obriga-nos a desenvolver algo que vá além da chamada “capacidade de adaptação³³”, obriga-nos a ser capazes de responder às surpresas, às coisas que são imprevisíveis, incontroláveis, inéditas advindas da *sociedade de risco* (BECK, 1998). Na área de saúde, um exemplo claro de “surpresa” é a AIDS, que irrompeu em uma saúde pública que, já quase no final do século XX, parecia não ter mais com o que se surpreender, especialmente nos países industrializados (AYRES, 2002).

O saber-devir traz a compreensão de que o movimento temporal das aprendizagens não segue uma progressão linear, não existe o momento onde ela se origina subitamente e depois do qual ela adquire forma fixa, ela é uma atividade criadora, que ocorre permanentemente. É neste movimento, que aprendemos a enfrentar as incertezas do mundo.

Aprender a enfrentar as incertezas, compreender a incerteza irremediável da historia humana, é algo que, segundo Morin (2000a), é sempre muito difícil, isto porque nos instalamos, de maneira segura, em nossas teorias e idéias, e estas nem sempre têm possibilidades de acolher o novo. Entretanto, o novo brota sem parar. Não se pode prever como se apresentará, mas se deve esperar sua chegada, ou seja, esperar o inesperado. E quando o inesperado manifesta-se, é preciso ser capaz de rever nossas teorias e idéias, em vez de tentar fazer com que o fato novo entre à força na teoria incapaz de recebê-lo. Ardoino (2002a) distingue duas formas de compreender o inesperado, a surpresa. Uma delas, está ligada às forças da natureza e a outra, que interessa mais de perto à educação, está relacionada à ação inteligente, estratégica e calculada das pessoas. A surpresa, neste último sentido, é, sempre, uma relação concreta, viva, bem marcada entre um sujeito e outro. O inesperado, a surpresa, são forças que influenciam a construção do conhecimento e conseqüentemente, a aprendizagem. Da ordem do imprevisível, tais forças trazem a necessidade de um certo “luto”

³³ Muitos autores, como podemos ver em Pozo (2002), entendem a aprendizagem fundamentalmente como uma propriedade adaptativa, quer dizer, como sendo basicamente a possibilidade de modificar ou modelar as pautas do comportamento diante das mudanças que se produzem no ambiente a partir do aprendizado de experiências passadas. Previsão e controle seriam, nesta percepção, as duas funções fundamentais da aprendizagem. Autores como Morin (2000a, 2000b), Ardoino (2002a) discordam do caráter absoluto desta afirmação e reivindicam o lugar da criatividade, da surpresa e da imprevisibilidade no processo de aprender. As modificações no ambiente não requerem apenas consumo ou “adaptação” de conhecimentos já existentes, mas também a criação de novos.

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde

da vontade do “domínio absoluto” sobre o *outro*, sobre a natureza. A compreensão da importância da surpresa, no processo de formação, implica em levar em conta as relações intersubjetivas e o reconhecimento de que a educação é sempre, um processo de *mestiçagem*³⁴ (ARDOINO, 2002b e 2001), de *crioulização*³⁵ (GLISSANT, 1996).

A necessidade de aprender a enfrentar as incertezas, em simultaneidade com outras mudanças sociais, tecnológicas e culturais, tem provocado uma deterioração progressiva na imagem tradicional da aprendizagem, baseada na reprodução “memorística” dos conhecimentos e hábitos culturais, devido ao desajuste entre o que a sociedade pretende que seus cidadãos aprendam e os processos que o sistema escolar põe em marcha para conseguirlo. A saturação informativa, produzida pelas novas tecnologias da comunicação e pelo conhecimento descentralizado e diversificado gera demandas de aprendizagens que não podem ser comparadas com outras épocas passadas, tanto em qualidade, como em quantidade. Este processo gera a necessidade de desenvolvimento de novas formas de focar a aprendizagem, sem as quais, as demandas sociais ultrapassarão, em muito, as capacidades e os recursos da maior parte dos *aprendizes*, produzindo um efeito paradoxal de deterioração da aprendizagem. Parece que, cada vez mais, aprendemos menos, porque cada vez nos exigem mais que aprendamos mais coisas, cada vez mais complexas. A distância entre o que aprendemos e o que deveríamos aprender, parece cada vez maior. Não só temos que aprender muitas coisas, mas coisas diferentes. A diversidade das necessidades de aprendizagem é, dificilmente, compatível com a idéia simplificadora de que uma única teoria da aprendizagem possa dar conta de todas essas situações (POZO, 2002).

³⁴ Mestiçagem (*métissage*), no sentido metafórico tratado por Ardoino (2002b, 2001) vai além do *strcto sensu*, empregado pela biologia, onde por mais diversificado que seja o processo existe sempre uma previsibilidade combinatória entre os elementos. O autor emprega o termo em um sentido mais abstrato de uma mestiçagem cultural ou lingüística, onde existe sempre uma certa imprevisibilidade nos resultados ou efeitos.

³⁵ Crioulização (*créolisation*), termo utilizado por Édouard Glissant para definir a situação em que elementos heterogêneos quando colocados em relação uns com os outros se “intervalizam”, isto significa dizer que este processo ocorre sem uma degradação ou diminuição de cada ser neste contato e/ou mistura, ou seja, no processo de crioulização um elemento cultural não pode ser inferiorizado em relação ao outro. O crioulo (língua crioula) vem do choque, do consumo recíproco de elementos, absolutamente heterogêneos entre eles, com um resultado imprevisível. Este processo, para Glissant, não se restringe a uma mestiçagem, por que na crioulização é impossível se calcular os efeitos, como acontece na mestiçagem. A crioulização é uma mestiçagem acrescida de um valor que é a imprevisibilidade. As criações no processo da crioulização se dão sempre de formas inéditas (GLISSANT, 1996). Os termos *créolisation* (Glissant) e *métissage* no sentido metafórico (Ardoino), guardam entre si muitas semelhanças, ambos estão referidos ao processo de criação permanente.

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde

Questionando a hipótese puramente psicológica da aprendizagem, a antropóloga americana Jean Lave discute o conhecimento como algo “socialmente situado”, já que os processos de aprendizagem se entrelaçam, de tal modo, com os contextos sociais em que se originam que, dificilmente, podem se desvincular deles. Aprender para Lave é uma forma de *participação social* e não uma forma de *seleção social*, como querem as abordagens da aprendizagem centradas na escola. O ato do conhecimento, para a autora, é, ao mesmo tempo, ligado à construção das identidades e à participação social significativa, ainda que esta participação dê-se, muitas vezes, de forma marginal. Em muitas situações, é apenas nos interstícios do mundo do trabalho e do mundo escolar que o complexo conhecimento-identidade-participação consegue se realizar, quando caberia a estas instituições um lugar de destaque neste processo (LAVE; WENGLER, 1994).

A abordagem proposta por Lave, da aprendizagem como *participação numa “comunidade de prática”* tem a vantagem de não ser “centrada na escola”, evitando, assim, uma associação automática do aprendizado ao ensino. A autora, porém, não nega que a pedagogia planejada e os currículos organizados sistematicamente dão contribuições importantes para o aprendizado; o que ela ressalta é que há um processo social fundamental subjacente a qualquer aprendizagem que ela chama de “bem-sucedida”. Processo este negligenciado pela escola.

O trabalho de Lave, como argumenta Fróes Burnham (2002), é importante para a construção de teorias sociais de aprendizagem que contribuam para a compreensão desta como processos que ultrapassem as fronteiras do sujeito individual e das relações intersubjetivas mais imediatas (psicologia cognitiva/social). Além disso, o trabalho da autora é importante, também, para a compreensão de como grupos/comunidades constroem aprendizagens no processo de compartilhar experiências no cotidiano.

As discussões acima apontam para um “realce” da necessidade de aprender continuamente, que se evidencia na sociedade contemporânea, para o qual a universidade não parece muito preparada. Seus modos de produzir saber, baseados na separação entre a produção de conhecimento e o seu uso, simbolizados pelas disciplinas acadêmicas, são lentos, excludentes e não se relacionam, facilmente, com as exigências externas de mudanças rápidas. Uma das saídas para isto tem sido as parcerias com grupos empresariais e comunitários para produzir conhecimentos relacionados a problemas específicos. O saber gerado nesse tipo de

*A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde*

trabalho tem sido denominado de *interdisciplinar* por uns e de *transdisciplinar* por outros. Porém, independente da denominação que se tenha, o modo de produzir saber nas “comunidades de prática”, tem evidenciado que a universidade não mais possui o monopólio absoluto da produção do saber. Este é um processo que tem gerado muitos conflitos. Para os defensores das disciplinas, o seu modo particular de produzir o saber continua sendo uma condição quase universal para a criação de novos conhecimentos (mesmo porque, *saber* e *poder* andam juntos). Certamente que esta forma de construir saber tem ainda um papel fundamental na produção de conhecimentos, mas o que não se pode ignorar, como várias pesquisas têm demonstrado, é que o conhecimento e o aprendizado são fundamentalmente processos sociais que estão intimamente ligados entre si. A aprendizagem está ligada ao processo de produção do saber, e não separada dele (YOUNG, 2000).

Ao negligenciar as condições sociais de aprendizagem, as escolas (incluindo aí a universidade), favorecem, como denunciam Bourdieu e Passeron (1964), que o sucesso escolar (da seleção ao processo de formação), seja, predominantemente, entre os estudantes provenientes das classes mais abastadas. Para esses alunos, o ensino superior é um destino banal, cotidiano. São alunos que desenvolvem seus hábitos de aprender em outros espaços, normalmente, em casa com a família ou no seu entorno social. E são exatamente nesses alunos, aos quais a escola tem pouco a ensinar como aprender, que as universidades públicas no Brasil mais apostam nos seus processos seletivos. A instituição universitária incorpora e transmite um arbitrário cultural dominante, reconstituindo na ordem escolar as relações de poder entre os grupos sociais, como mostra, de forma convincente e exemplar, Pierre Bourdieu em *La noblesse d'État* (1989) e em colaboração com Jean-Claude Passeron em *Lês héritiers* (1964) e *La reproduction* (1970).

Esse processo de exclusão social feito pelas escolas começa a ser questionado no estágio atual de desenvolvimento das sociedades modernas. Nessas, mesmo que de uma forma estratificada, existe a necessidade de que todos, ou pelo menos uma parcela bem mais ampla do que a que frequenta o ensino formal, sejam aprendizes. Isto traz muitos desafios para as instituições de educação, que, como aponta Young (2000), têm historicamente se limitado a promover o aprendizado através de uma relação insular com o meio ambiente. Entre as conseqüências desta insularidade, está o isolamento da universidade de outras instâncias da sociedade e, internamente ao processo de formação, a pouca motivação que os estudantes têm

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde

de continuar a aprender após a conclusão dos cursos. Pelo pouco contato com o meio ambiente, os estudantes imaginam que os conhecimentos e habilidades adquiridos na universidade, sejam suficientes para as necessidades do trabalho. Não conseguem, na sua maioria, enxergar a aprendizagem como uma necessidade vitalícia. Neste sentido, tanto as universidades como as escolas carecem de teorias explícitas de aprendizagem. Isto requer uma mudança de postura da universidade que, normalmente, investe poucos recursos em pesquisa sobre a relação ensino-aprendizagem. Esta relação não pode mais ser tratada como de rotina, sem problemas, entregues à investigação de uns poucos especialistas. Ao não colocar os modos de ensino e de aprendizagem como questão importante de pesquisa, a universidade mantém os mesmos pressupostos, em relação a esses processos, há pelo menos um século.

O questionamento desta postura da universidade faz-se necessário, diante da centralidade do conhecimento e das aprendizagens no mundo atual. O conceito de *sociedade da aprendizagem*, fornece-nos alguns elementos de crítica a esta postura.

Na década de 90, a idéia de *sociedade da aprendizagem* (FRÓES BURNHAM, 2000) começou a ser usada, não apenas pelos teóricos da educação, mas, também, pelos especialistas em comércio e administração, e pelos governos de esquerda e de direita. Mas esta é uma concepção que deve ser vista com muito cuidado, pois, como alerta Young (2000), na teoria da administração, a idéia de sociedade da aprendizagem está ligada a uma concepção da sociedade em que não existem mais as classes sociais e as divisões se baseiam, não, como no passado, na riqueza e na propriedade mas sim, na distribuição do saber e da capacidade. Segundo essa concepção, a riqueza de uma sociedade está na capacidade e no saber de seu povo. Essa é uma idéia poderosa e, como toda idéia, pode funcionar como conceito e como ideologia. Como ideologia, oferece uma justificativa para as desigualdades, camuflando o fato de as sociedades modernas, além de depender do saber e das capacidades da população, também se baseiam em desigualdades de poder e de riqueza cada vez maiores. Como conceito, a idéia de sociedade da aprendizagem oferece um fundamento racional para o aprendizado permanente, para a democratização da educação e para a ampliação das oportunidades de estudo. A idéia de sociedade da aprendizagem é, portanto, um *conceito controverso*, em que os diferentes significados dados a ela refletem diferentes interesses, que implicam em diferentes visões do futuro e de políticas para se chegar a este modelo de sociedade.

*A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde*

As concepções do que seja “sociedade da aprendizagem” são bastante diversificadas entre si, mas está implícita, em todas elas, a idéia de dar prioridade ao desenvolvimento, por parte dos indivíduos, de *relações de aprendizado* ao longo de suas vidas, em qualquer atividade, como trabalho, estudo ou associativa, em qualquer instituição ou comunidade em que estejam. As concepções mais atuais de modelos de sociedade de aprendizagem têm dado uma ênfase particular na participação em instituições, na obtenção de qualificações e no acesso às oportunidades de estudo por parte dos indivíduos. Young (2000), ao criticar os modelos de sociedade da aprendizagem existentes, propõe um outro que se concentre na *forma de aprendizagem*, na diversificação e na interconexão dos locais de aprendizado e também na mudança de localização e de papel dos especialistas em educação; na relação destes com outros especialistas. Na concepção de Young, o trabalho produtivo de toda espécie em uma sociedade de aprendizado deve basear-se em relações de aprendizado; é nesse sentido que o autor denomina o seu modelo de *conectivo*.

O modelo conectivo de sociedade da aprendizagem, aponta para a transformação de todas as instituições em “organizações de aprendizado”, e, com isso, desafia a idéia de que a aprendizagem esteja primordialmente associada às instituições educacionais especializadas, como as escolas e as universidades. Entretanto, o fato de outros setores da sociedade assumirem, cada vez mais, um papel *educacional*, não significa, necessariamente, uma diminuição do papel das organizações especializadas em ensino e aprendizagem ou o papel das universidades como organismos especializados na pesquisa e oferecimento de cursos avançados. Implica, isto sim, em mudanças nas relações internas entre as instituições *educacionais* e as *não educacionais*, no sentido de identificar objetivos comuns e explorar novas formas de parceria (YOUNG, 2000).

Na concepção de Young (2000), a idéia de sociedade da aprendizagem deve, antes de tudo, problematizar o próprio conceito central de aprendizagem. Para isto, é preciso, em primeiro lugar, pensar que a principal função de toda sociedade é educativa; em outras palavras, é como membros de uma sociedade que os indivíduos aprendem e dão forma a essa sociedade. Segue-se, daí, que toda vida social implica em aprendizado, seja ele consciente e planejado ou não, e também que todo aprendizado é social, explicitamente ou não.

*A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde*

As necessidades de aprendizagem atingem os mais diversos espaços da vida social, delas não escapam nem as atividades de lazer, que cada dia mais se tornam indústrias da aprendizagem (aprender a tocar um instrumento, a interpretar um filme).

No que se refere ao campo da saúde, somos conclamados a todo instante a aprender a como cuidar do nosso corpo, da nossa “cabeça”, da nossa alimentação, de como evitar o stress, de como prevenir doenças. Por traz de tudo isto existem poderosas indústrias que se propõem a vender “qualidade de vida” e “bem-estar”. Diante de tantas informações, as pessoas sentem-se perdidas, não sabem o que fazer, que caminhos seguir. Neste contexto, experiências de aprendizagens que possam ajudar as pessoas a construir seus próprios sentidos e sentidos, na busca da compreensão daquilo que realmente é melhor para sua saúde, torna-se de fundamental importância.

De acordo com tudo que vimos até aqui, podemos, como Fróes Burnham (2000), dizer que a palavra *aprendizagem* vem, cada vez mais, adquirindo o sentido de ser possibilitadora de ligações que garantam ao ser humano construir seus próprios sentidos e sentidos, a partir do processo interno de amadurecimento de cada um (processos psicológicos), do ensino (implicações psicopedagógicas), das informações disponíveis na sociedade, das experiências sociais e profissionais. A aprendizagem é, portanto, um processo que se dá na dinâmica das relações entre o indivíduo e a sociedade (produção social do conhecimento). Aprendizagem é algo que acontece nas interações, no compartilhamento entre as pessoas.

Partilhando desta mesma linha de pensamento, Ayres (2002, p. 17), diz que “*aprendizagem é encontro*”. Entender a aprendizagem como uma possibilidade de encontro com o *outro*, inclui, necessariamente, as circunstâncias desse encontro – espaciais, temporais, morais, políticas, entre outras. A aprendizagem entendida como algo intersubjetivamente construída obriga a repensar os espaços, que o autor denomina de “contextos intersubjetivos”, nos quais se efetiva as aprendizagens. No contexto específico da prevenção em saúde, a compreensão dos espaços geradores de vulnerabilidade e a construção de respostas para a redução dessas vulnerabilidades articulados a estes espaços, constituem-se, no dizer de Ayres, um dos mais novos e decisivos desafios a prevenção.

5.3 ESPAÇOS MULTIRREFERENCIAIS DE APRENDIZAGEM

Fróes Burnham (2000) conceitua “espaços multirreferenciais de aprendizagem”, como sendo aqueles espaços que articulam, intencionalmente, processos de aprendizagem (*produção imaterial* de subjetividades e conhecimentos) e de trabalho (*produção material* de bens e serviços). Para a autora, é cada vez mais perceptível que, no mundo atual, os processos de acesso, construção e socialização do conhecimento, não ocorrem somente na escola e nem apenas com base nas formas tradicionais veiculadas pelo sistema escolar.

Tomando como base esse processo, Fróes Burnham (2000), coloca uma perspectiva mais ampla para o currículo, que pode ser sintetizada na expressão “currículo multirreferencial”. De acordo com essa concepção, existem outros espaços sociais que podem ser tomados como fontes de diferentes expressões do conhecimento e como referências para a construção de novas formas de produção de diferentes expressões. Tal concepção fundamenta-se na premissa de que um mundo em que se globaliza a economia e a comunicação, outras dimensões da vida social passam a ter maior interesse em ter acesso e a produzir conhecimentos, transformando, praticamente, todos os espaços da vida social em lócus de aprendizagem.

Na percepção da autora, está existindo, cada vez mais, uma interpenetração entre duas formas de organizações de aprendizagens: as *especialistas em aprendizagem* (instituições de educação formal – escolas, universidades – e instituições formais de pesquisa) e as não *especialistas em aprendizagens* (locais de trabalho, agências de serviços, grupos culturais, ações de movimentos políticos e sociais). O argumento mais forte para essa aproximação, talvez seja o de que *todo trabalho é aprendizagem* e, portanto, o local de trabalho desenvolve processos educativos, ainda que implicitamente. Ampliando essa construção, está a concepção de que todas as esferas do viver são espaços onde o indivíduo social aprende, na relação com o outro e com o contexto sócio-cultural-ambiental (FRÓES BURNHAM, 2002a).

Em um mesmo espaço social, existem redes locais de conhecimento tecidas intra e intersubjetivamente, em ambientes associativos, de escolas, de instituições sociais, de lazer. Nesses lugares, as pessoas entram em contato com diferentes formas de conhecer e organizar o conhecimento; expõem-se e interagem com diferentes referenciais de leitura da realidade. No ambiente familiar, nos clubes, nas rodas de amigos, aprendem, através do senso comum;

*A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde*

nas igrejas e nas comunidades étnico-religiosas, através dos mitos e das formas de conhecimento religioso; em comunidades específicas, como as profissionais e as étnicas, através do conhecimento privado; aprendem as linguagens artísticas e culturais da dança, da música, do artesanato e aprendem, também, o conhecimento científico, o acadêmico e, principalmente, o escolar (FRÓES BURNHAM, 2000).

Longe de advogar uma submissão das instituições de educação à(s) lógica(s) do mercado e de outras instâncias da vida social, Fróes Burnham (2002a) argüi sobre a necessidade de se buscar alternativas para superar a grande distância que separa a escola (incluída aí a universidade) e o mundo do trabalho, da responsabilidade social, da solidariedade. Este caminho poderia ser iniciado pela escola, revendo o seu modo de atuar e buscando formas de ir ao encontro dos interesses de formação dos futuros e atuais cidadãos trabalhadores, assumindo uma postura multirreferencial, que articule saberes e práticas das esferas acadêmica e do trabalho.

O poder da escola no campo do conhecimento ainda é muito grande. O espaço que ela dá à racionalidade científica encontra apoio nas instituições econômicas, nas grandes burocracias estatais e nos meios de comunicação, que contribuem para alimentar o mito da cientificidade, encarnado no laboratório e na universidade. Mas, apesar dessa centralidade da escola, um número crescente de instâncias de produção/difusão do saber escapam mais ou menos ao seu alcance: formação na empresa, informatização, movimentos sociais, meios de comunicação, sem contar com instituições como a família, igreja, sindicatos, entre outros. Para o desempenho destas instâncias, contribuem outros modos de conhecimento, com eficácia que ultrapassa, muitas vezes, aquela que encontramos na escola. Essa eficácia parece ligada à capacidade de juntar “apropriação de saberes” e “constituição/manutenção de uma identidade” (DANDURAND; OLLIVIER, 1993).

Este processo, ainda que pouco reconhecido pela escola, tende a modificar, profundamente, a educação, em particular a formação dos sujeitos sociais. O papel do estudante, sobretudo da universidade, passa a exigir mais autonomia, no processo da sua própria formação, frente à diferenciação e riqueza dos espaços de aprendizagem nos quais participa. Para a escola, a exigência é que essa seja menos “lecionadora”, no sentido da transmissão de conteúdos e passe a ter um papel mais mobilizador, de articulação entre os diversos espaços de aprendizagem que existem na sociedade, sobretudo ajudando a criar um

*A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde*

ambiente de reforço das atividades criativas do cidadão. Os espaços de aprendizagem são múltiplos, não se pode predeterminar o que se vai aprender em cada um deles. Esse é um grande desafio que a escola está sendo compelida a enfrentar (FRÓES BURNHAM, 2000).

A universidade não consegue, hoje em dia, manter, sob seu controle, a formação profissional. Os próprios espaços da produção transformam-se, cada vez mais, em “comunidades educativas”. O setor produtivo tem sido mais ágil em buscar formas de satisfazer às necessidades de formação, sempre em mutação. Por outro lado, e em aparente contradição com isso, a mutação constante dos perfis profissionais tem vindo a recuperar o valor da educação geral e mesmo da formação humanista. Em face das incertezas do mercado de trabalho e da volatilidade das informações profissionais que ele reclama, considera-se que é cada vez mais importante fornecer aos estudantes uma formação cultural sólida e ampla, quadros teóricos/analíticos gerais, uma visão global do mundo e das suas transformações, de modo a desenvolver, neles, o espírito crítico, a criatividade, a disponibilidade para inovação, o desejo de aprender, a atitude positiva perante o trabalho individual e em equipe e a capacidade de negociação que os preparem para enfrentar, com êxito, as exigências cada vez mais sofisticadas do mundo do trabalho (SOUSA SANTOS, 1997).

É, neste sentido, que Demo (1998) chama a atenção para o lugar simbólico que a universidade ocupa, do qual ela pode enxergar a possibilidade, a força e o valor estratégico de espaços diferenciados de aprendizagem que, ao serem vivenciados, ativam o potencial transformador dos sujeitos implicados, na direção de um entendimento da relevância do conhecimento como algo que não apenas conhece as coisas, e sim como algo que pode mudar as coisas.

Isto requer, como aponta Moraes (1997), um diálogo despreconceituoso com diferentes formas de produção e de reprodução de conhecimentos e de serviços em instituições da sociedade que ampliam a luta pela legitimidade social de suas formas de produzir conhecimento. Este diálogo não pode fechar os olhos para os diferentes domínios e para as diferentes vozes que buscam espaços para se projetar. Nesse contexto, o conceito de aprendizagem tende a se ampliar, cada vez mais, e a noção de espaços articuladores dessas aprendizagens, torna-se fundamental para a criação de novas formas de inteligibilidade e legitimidade dos conhecimentos produzidos.

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde

A “comunidade”, como um espaço do viver, do conviver com *outros*, das múltiplas interações (encontros, desencontros, comunicações, conflitos, intercâmbios, lutas), é um local privilegiado da aprendizagem social. As referências com as quais se lida, neste espaço, são ilimitadas. Nele, não existe o limite da disciplina, não existe o recorte do saber. Existe o saber, ou melhor, saberes que se interpenetram, que se enredam, que se tecem. Tem a questão da saúde, mas também a do lixo, da habitação, da violência... Têm as questões políticas, religiosas, da educação, do direito... Enfim, tem a vida como ela realmente é. As aprendizagens construídas nesse espaço têm suas próprias especificidades, tem características distintas de outras, articuladas em outros espaços.

Para que o espaço de aprendizagem “comunidade” seja, efetivamente, um espaço de cooperação, de parceria, tem que ter como condição básica a *confiança*. A confiança decorre do respeito à promessa de equidade; ela é, portanto, um atributo da ética. Entretanto, como aponta Dejours (1999a), se a confiança é uma das condições fundamentais, ela não é, todavia, suficiente. É necessário, também, existir um espaço aberto à livre discussão dos sujeitos implicados, onde possam, livremente, formular opiniões eventualmente contraditórias, visando tomar decisões coletivas sobre as questões em pauta. Isto é fundamental para a vida comunitária. O espaço onde são formuladas, publicamente, as opiniões é, pois, *stricto sensu*, um espaço de discussão que, teoricamente, está ligado ao conceito de espaço público (onde são discutidos os negócios da cidade). Esse espaço de deliberação coletiva é o que permite alguns consensos. Mas para que o espaço de discussão funcione é necessário que os sujeitos envolvidos possam compreender-se – o que não acontece naturalmente, daí que as condições de comunicação são centrais nesse processo.

A instituição do espaço de aprendizagem “comunidade” requer, também, o reconhecimento de que não são somente os estudantes que estão interessados em aprender. Aprender é, também, um interesse da comunidade. A luta pelo acesso ao conhecimento vincula-se, cada vez mais profundamente, à luta pelo resgate da cidadania, em particular para a maioria pobre da população, que enxerga, no acesso ao conhecimento, condições necessárias para a melhoria das suas condições de vida e de trabalho. Conhecer e participar são duas coisas que andam juntas.

5.4 APRENDIZAGENS REFERIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA

As aprendizagens evocadas pelos sujeitos participantes da pesquisa foram sistematizadas, seguindo os critérios descritos no capítulo da metodologia, em três áreas de significação³⁶, a saber: 1) Aprendizagens intelectuais; 2) Aprendizagens relacionadas ao desenvolvimento pessoal; 3) Aprendizagens profissionais relacionadas com a experiência prática. A análise de cada uma dessas três áreas de significação será feita, a partir dos discursos das quatro categorias de sujeitos participantes: estudantes, professores, lideranças comunitárias e ACS.

As aprendizagens referentes às três áreas de significação não se separam completamente; nenhuma aprendizagem, como vimos anteriormente, desenvolve-se sem a emoção, os sentimentos, os valores que norteiam a ação. Entretanto, mesmo compreendendo que os diversos tipos de aprendizagens estão interligados, consideramos importante fazer uma distinção entre elas, para poder observar possíveis relações destas com os *espaços* onde os sujeitos referem tê-las articulado/construído. Além disto, tal distinção visa também à compreensão da natureza das aprendizagens às quais os sujeitos atribuem maior relevância, tanto para a formação profissional quanto para outras esferas da vida em sociedade.

5.4.1 Aprendizagens intelectuais

As aprendizagens intelectuais são aquelas provenientes do *saber teórico* ou *formalizado* (aquele que define o que é). Este saber, quando investido na ação, desdobra-se

³⁶ A classificação das aprendizagens adotada neste capítulo foi inspirada no trabalho de Bernard Charlot: *Le rapport au savoir en milieu populaire*. (CHARLOT, 2001). O autor desenvolveu um estudo com jovens da periferia de Paris, matriculados em cursos profissionalizantes do segundo grau. A questão colocada para os estudantes foi a seguinte: “desde que eu nasci que eu aprendo coisas, em casa, na cidade, na escola e em outros lugares... O que aprendo? Com quem aprendo? Onde aprendo? E agora, o que espero? Quais as minhas expectativas de vida?” As respostas obtidas se encaminharam para três principais tipos de aprendizagens: intelectuais e/ou escolares (onde o autor inclui pensar, compreender, refletir, imaginar, juntamente com contar, ler, escrever); aprendizagens ligadas ao desenvolvimento humano (relacionais, afetivas, desenvolvimento da autoconfiança) e aprendizagens profissionais (saberes necessários para exercer a profissão escolhida, como se comportar no trabalho, como procurar e encontrar um emprego). Os resultados desse estudo foram tomados como referência para a classificação das aprendizagens devido às semelhanças encontradas nas respostas dos sujeitos, sobretudo na ênfase dada pelos estudantes em relação aos aprendizados que Charlot denomina de “aprendizagens ligadas ao desenvolvimento humano”.

*A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde*

em *saber técnico* (define o que se deve fazer) e em *saber metodológico* (como se deve fazer). São esses saberes que estruturam a atividade profissional, na sua dimensão objetiva. Estas são aprendizagens que estão, fundamentalmente, ligadas ao racional, ao desenvolvimento do raciocínio, ao processo pelo qual se desenvolve a problematização e o pensamento abstrato. (RAMOS, 2001). As aprendizagens relacionadas a este grupo, evocadas com maior frequência pelos sujeitos foram:

- Aprendizagens ligadas ao desenvolvimento de capacidades intelectuais, como analisar, pensar, compreender, refletir.
- Raciocínio investigativo.
- Iniciativa (iniciar uma ação por conta própria).
- Capacidade de tomar decisão.
- Autonomia: aprender a argumentar, criticar, defender, concluir, antecipar (mesmo quando não se tem poder, para sozinho, mudar uma realidade ou normas já estabelecidas).

Este é um esquema geral das aprendizagens intelectuais que foram referidas pelo conjunto dos sujeitos. Para uma maior compreensão dos respectivos significados, serão apresentadas algumas situações particulares de cada grupo.

5.4.1.1 Evocadas pelos estudantes:

Aprender analisar a situação para poder intervir:

Na prática comunitária eu estava vendo ali um cidadão, um ser que tem um convívio social, que participa de atividades da comunidade, que está envolvido com uma série de coisas e que tem uma determinada situação econômica. A gente aprende certas coisas e quer aplicar essas coisas em todas as situações; trabalhando na comunidade eu aprendi a avaliar também todo contexto social das pessoas, porque para mudar um hábito eu acho que é muito complicado para a pessoa, ainda mais quando a condição econômica e social influencia (Estudante 22. Odonto. Fonte: GF).

Eu acho que as práticas com comunidade têm muito a acrescentar, no contato com a população, na maioria carente; a gente aprende que precisa

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde

saber da realidade deles para poder agir, saber como falar, como passar um medicamento. Para poder realmente fazer medicina é preciso conhecer nosso público (Estudante 11. Med. Fonte: GF).

Estas falas mostram a preocupação dos estudantes em aprender a conhecer a realidade antes de agir. Conhecer as pessoas no seu meio social é uma preocupação dos estudantes. Desta forma, eles aprendem a compreender melhor o próprio campo de atuação profissional, a ter um melhor balizamento das ações. Aprendem, também, que cada situação tem suas peculiaridades, que não existe um conhecimento universal que se aplique em todas as situações. O aluno começa a perceber que não basta o saber sobre saúde, a doença ou o doente. Existem os imperativos provenientes da organização econômico-social que também dizem respeito à atuação profissional em saúde. Estes imperativos interferem, diretamente, no que pode ser feito, no que é exequível em uma dada circunstância.

Ainda neste campo de aprendizagens:

Eu sou monitor em um trabalho com meninos de rua, ligados ao mundo das drogas, desenvolvido pelo CETAD³⁷. Lá, eu aprendi que o importante desse trabalho é a gente compreender o que leva a população a este tipo de prática e não ficar só tentando cercear a necessidade da pessoa de usar a droga (Estudante 13. Med. Fonte: GF).

O estudante, nesta fala, reporta-se à *compreensão*. Esta que é, na percepção de Pozo (2002), a forma mais complexa de aprender. É a que mais depende da “cultura” ou “política” de aprendizagem adotada. É, também, a mais exigente, tanto para os mestres como para os aprendizes. *Compreender* o que fazemos, o que sabemos e, a partir daí, reconstruir nossas representações, costuma exigir maior tempo, mas é a forma de aprender que produz mudanças mais estáveis e duradouras, portanto, mais aprendizagem. A *compreensão* foi uma aprendizagem referida pelos sujeitos em diversas situações próprias do espaço “comunidade”.

³⁷ CETAD: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. Criado em 1985, como uma extensão do Departamento de Anatomia Patológica de Medicina Legal da UFBA. A atividade referida pelo estudante é parte das atividades do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, articulado pelo Projeto UNI junto a vários Departamentos da UFBA, serviços de saúde e associações comunitárias.

5.4.1.2 Observadas pelos professores nos estudantes:

Aprender a negociar, a tomar iniciativa, a decidir:

Eu percebo que os alunos aprendem a buscar mais, quando eles se deparam com os problemas, a tendência é procurar outras parcerias na própria área, na própria comunidade. Eles saem buscando, até nos surpreende, quando a gente pensa, eles já descobriram outras coisas: ‘aquele setor, descobrimos que eles fazem um trabalho social dessa e dessa forma’...

[...] Aquela idéia do aluno ficar esperando o professor para dar, indicar a solução, a alternativa, o caminho... Eu não estou sentindo isso, eu estou sentindo que eles estão indo. Numa rapidez que...

[...] Eles estão tentando ver ‘como é que a gente resolve isso?’ ‘Como é que a gente aborda essa discussão?’. E às vezes querem bater de frente em determinadas situações. A possibilidade de negociação política, eu acho que tem sido uma coisa presente que tem ajudado muito (Docente 5. Enf. Fonte: GF).

Outra coisa, o processo de tomada de decisão, por que assim, ele é que tem de decidir, é ele que está ali, ele não pode esperar para amanhã, para depois. Eles dizem assim: a gente nunca imaginava que tantos elementos têm que entrar no processo de tomada de decisão, porque eu me vi tendo que tomar a decisão, não tinha ninguém junto de mim para eu perguntar o que era a melhor, eu que tive que, com as pessoas que estavam ali, saber negociar. Quer dizer, eles aprendem a tomar decisão, eles aprendem a negociar, eles aprendem a construir caminhos e a incorporar outros elementos. Então eu acho que pra gente é uma lição de vida muito grande. A gente está acompanhando o enfrentamento deles, e o nosso enfrentamento também (Docente 4. Enf. Fonte: GF).

Nas falas acima, como se pode observar, estão incluídos somente registros das falas das professoras de enfermagem. Isto era esperado, pois as capacidades de negociar, de tomar iniciativas, de decidir, são características importantes do trabalho gerencial do(a) enfermeiro(a). Mas a ênfase das professoras, nestas questões, deve-se, também, a uma outra questão bastante discutida, atualmente, na formação de enfermeiros, que é a excessiva dependência que os estudantes têm em relação aos professores. O relacionamento professor(a)/aluno(a), alimenta esta dependência, de tal forma, que o(a) professor(a) está numa posição de “tutor(a)”, no sentido de zelo excessivo, de posse, impedindo o desenvolvimento de segurança no(a) aluno(a) (WALDOW, 1996).

A superação desta situação foi uma das questões que motivaram a criação do estágio curricular. Este estágio foi concebido como uma forma de oferecer ao estudante uma

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde

oportunidade de vivenciar experiências reais de trabalho, ainda dentro da graduação, onde o estudante pudesse desenvolver mais autonomia de aprendizagens e de ação, um maior amadurecimento para o trabalho profissional.

Aprender a negociar e a tomar decisão no enfrentamento de problemas do trabalho tem representado, como aparece nas entrelinhas do discurso das professoras e também das estudantes, uma grande oportunidade de aprendizado ético/profissional – se se entende a ética como algo que se aprende no dia-a-dia das práticas e não fora delas. Apesar os elementos em jogo para se tomar uma decisão é um aprendizado que vai além dos aspectos técnicos. Estão embutidos, aí, os valores, a ética (profissional e pessoal de cada um). Aprender a negociar e a decidir implica no aprendizado da prudência que, como fala Romano (2002) é a mais antiga das sabedorias humanas. A prudência significa levar em consideração as várias dimensões de um problema. Alguns procedimentos podem ser perfeitamente lícitos e justificáveis para um conjunto de profissionais e, ao mesmo tempo, constituírem uma agressão permanente à sociedade. No entanto, não basta que a pessoa tenha valores, é preciso que esses valores sofram a prova do conhecimento, caso contrário estaremos reiterando o velho veto das instituições religiosas à própria pesquisa científica ou artística.

A ética, assim como o conhecimento científico, deve embasar as práticas, mas não pode se resumir a dar respostas preestabelecidas e universais aos conflitos surgidos no desenvolvimento das profissões ou na relação dos profissionais de saúde com seus “pacientes”, como querem os códigos de ética das profissões. Tais códigos, como argüi Garrafa (1998), têm, em última instância, servido mais para fortalecer os interesses das corporações profissionais, do que os interesses da população.

Outra coisa que chama a atenção nos discursos é a *disposição* das professoras de se *surpreenderem* (positivamente) com os alunos. Isto só acontece em uma organização de ensino que admita que os estudantes possam transcender (ou até mesmo *transgredir*) as prescrições feitas pelos professores. A transgressão, neste caso, não tem o sentido negativo que se costuma dar ao termo. Ela é uma ação fundamental para que o aluno aprenda a *autorizar-se*, a se tornar responsável pelo que faz e pelo seu próprio aprendizado. É, aí, que a palavra *acompanhar* referida por uma das professoras, pode ganhar um sentido mais amplo, para além de supervisionar ou assistir. O *acompanhamento* (ARDOINO, 2000b), como paradigma da educação pressupõe o estabelecimento de relações diferenciadas da idéia de

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde

dominação da pedagogia tradicional. A *companhia* é diferente do domínio e da tutela. Como filosofia, o *acompanhamento* opõe-se também, à idéia de ajuda, no sentido da assistência, da inferioridade do *outro*, do *outro* que aprende, que recebe. A idéia do *acompanhamento* está associada à idéia de *partilhar*. E *partilhamento* não ocorre entre pessoas com *status* diferentes na relação. O *acompanhamento* pressupõe a superação do modo de ser das tradicionais relações professor/aluno e profissional/paciente. Nessas relações, existe ainda uma hierarquia onde os primeiros são colocados em uma escala superior, em relação aos segundos.

Aprendizado ligado à pesquisa científica:

Outra coisa interessante também foi o resultado de um trabalho que fizemos na disciplina: os alunos visitaram diferentes lugares que prestam serviço de odontologia, por exemplo, o serviço público do Dique do Tororó, a universidade, os serviços privados dentro de um bairro de classe média e em um bairro de uma classe bastante privilegiada. Nesta visita foi perguntado qual era o dentista ideal. O resultado foi muito interessante, as pessoas falaram que queriam um dentista não somente técnico, muito “apurado”. Essencialmente, em todas as classes sociais o que as pessoas queriam era um dentista humano e sensível, esta é uma demanda de todas as classes sociais. Este é um aprendizado que os próprios alunos constroem, a partir do levantamento e da tabulação dos questionários. A gente vê que eles têm compreendido a importância de ser um profissional mais sensível, que possa ouvir seus pacientes (Docente 9. Odonto. Fonte: GF).

Temas, como este, onde existe um interesse pelo que a população pensa a respeito dos profissionais e da atenção à saúde, foram muito pouco evocados. Foi observado também, pouco interesse pelo que as pessoas pensam de seus problemas e as soluções que buscam espontaneamente, perdendo-se, assim, oportunidades de buscar temas de estudo, de desenvolvimento de novas tecnologias, a partir das soluções encontradas pela população, ou seja, de se buscar novas formas de colaboração e de diálogo entre o conhecimento científico e o conhecimento popular. Pesquisa e trabalho comunitário são vistos, quase sempre, como coisas separadas. Isto cria dificuldades para que se possa desenvolver pesquisas que aquela comunidade está requerendo, preocupar-se em explorar aqueles problemas que são candentes no contexto em que as práticas estão inseridas.

Especificamente em relação aos resultados do inquérito ao qual o professor refere-se, podemos observar elementos de insatisfação da população, com a excessiva “biologização” e “tecnificação” da área da saúde. Em relação a isto, Serres (2000, p. 141) argüi sobre a

*A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde*

necessidade de se definir uma nova relação entre ciência (universal) e o indivíduo. Esta idéia consiste em transformar as relações entre a equipe de saúde e os usuários “levando em conta a ciência tal como ela se constituiu, nos últimos trinta anos e, de repente, na sua relação, esquecê-la [...]. Um pouco como já se disse outrora, a ‘douta ignorância’”. Isto quer dizer que o profissional deve ser *savant*, mas ao mesmo tempo deve “esquecer” sua ciência. O que o usuário busca não é apenas um resultado de laboratório, uma técnica acurada, aliado a isto ele quer também uma relação mais humana com o profissional de saúde.

Esta referência à excessiva tecnificação do cuidado em saúde não pode, de forma alguma, ser compreendida como uma apologia ao “descuido” em relação ao saber científico no tratamento e na prevenção das doenças. Sabe-se que os efeitos dos progressos técnicos e científicos na saúde são notáveis. O que se discute, aqui, são os limites do uso exclusivo do paradigma da ciência moderna, na compreensão das complexas questões de saúde e do cuidado.

5.4.1.3 Construídas pelas lideranças comunitárias:

Aprender a utilizar, politicamente, os conhecimentos técnico-instrumentais no exercício da função de liderança comunitária:

Nós já tínhamos uma história de luta nas nossas comunidades, mas a participação da universidade, sobretudo do projeto UNI, nos ajudou a ter uma melhor articulação, a enfrentar uma série de dificuldades que antes nós não tínhamos como enfrentar, deu mais força ao nosso trabalho, nos deu uma visão mais ampla da realidade. A gente falava muito em violência, mas a gente não tinha dados da violência e o Projeto nos trouxe estudos. Nós fizemos um trabalho com uma professora da escola de enfermagem que durou uns quatro meses. Hoje, a gente tem dados dali, de como está a violência no distrito [Barra/Rio Vermelho], de como está a violência no Engenho Velho da Federação. Pra gente é importante ter estes dados na mão, pra levar, pra discutir, pra mostrar a realidade que está acontecendo. A gente antes falava as coisas, mas não falava com base, a gente não tinha dados científicos. Hoje, não, a gente tem alguma coisa na questão da violência, estes dados nos é fornecido[sic] e a gente trabalha com mais segurança em cima das questões [...]

[...] O nosso posto de saúde é muito pequeno, estamos lutando para ampliar, mas tudo isto, este horizonte, foi aberto para comunidade pela parte da universidade, que estava lá mostrando: “olha é necessário que busque isto”. A gente falava em saúde, se preocupava com o posto, mas não tinha base, não

*A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde*

conhecia, hoje nós discutimos com propriedade, com conhecimento de causa, eu acho que isto nós adquirimos através da universidade (Líder comunitário 2. Fonte: GF).

Para as lideranças comunitárias, as principais aprendizagens que eles construíram no trabalho com a universidade foram aquelas relacionadas a conhecimentos capazes de mobilizar as lutas dos moradores por melhores condições de vida. Uma maior autonomia da comunidade para lidar com seus problemas, potencializada pelo conhecimento técnico-científico é, na concepção das lideranças comunitárias, o principal aprendizado.

5.4.1.4 Evocadas pelos Agentes Comunitários de Saúde:

*Eu acho que nós ACS ganhamos muito com o trabalho com a universidade; a gente usufrui as informações que eles nos **passam** e a comunidade também aproveita disto quando tem um retorno para ela (ACS 1. Fonte: GF).*

Acho que o trabalho com os estudantes de enfermagem, odontologia e medicina contribuiu muito com a nossa formação, nós agentes de saúde, em nível de informação, a gente cresce bastante. As informações sobre hipertensão, diabetes, saúde bucal, gestantes, vacinação, contribuíram bastante (ACS 3. Fonte: GF).

Eu ainda penso assim, nosso trabalho de ACS, quando a gente começou, a gente tomou aquela informação assim, superficial, foi pro campo trabalhar, se não existisse a universidade, acho que seria mais deficiente ainda. A gente aprendeu muito com a participação da faculdade [universidade], foi excelente em nível de informação (ACS 2. Fonte: GF).

As aprendizagens evocadas pelo grupo dos ACS estão relacionadas a conhecimentos técnico-instrumentais que complementam a formação e, conseqüentemente, podem conferir uma melhor qualificação para o trabalho. Observa-se uma grande semelhança entre os interesses das lideranças comunitárias e o dos ACS na relação com a universidade. A diferença está na qualidade do conhecimento demandado por um e pelo outro grupo. As lideranças têm uma atuação política dentro da comunidade, os dados científicos servem de instrumentos para esta atuação. Enquanto que os ACS trabalham mais diretamente com a assistência à saúde e o saber técnico vai instrumentalizar diretamente a ação. Em ambos os grupos, o desejo de uma maior autonomia nas ações, via conhecimentos técnicos/instrumentais, está muito presente.

5.4.2 Aprendizagens relacionadas ao desenvolvimento humano

Neste grupo, estão as aprendizagens ligadas aos aspectos relacionais, afetivos, emocionais do desenvolvimento humano, que geralmente não são ensinadas, transmitidas, mas que são construídas na interação (reciprocidade) com as outras pessoas. Elas estão também relacionadas com a responsabilidade (compromisso entre as partes). Foram, também, incluídas neste item, aprendizagens relacionadas a estratégias utilizadas pelos estudantes de organização dos percursos individuais de formação profissional. As aprendizagens referidas neste item exigem uma inteligência dos fenômenos afetivos e sociais. Neste campo, as aprendizagens mais freqüentemente evocadas foram:

- Respeitar o outro.
- Lidar e interagir com o outro.
- Vencer a timidez
- Rever as próprias posturas.
- Trilhar caminhos particulares dentro do processo universalizado de formação profissional.

As aprendizagens relacionadas a este campo, apresentaram uma variação muito grande entre os grupos, como se pode verificar a seguir:

5.4.2.1 Evocadas pelos estudantes:

Aprender a não supor sempre a ignorância do outro.

A minha única experiência em trabalhos com comunidades foi no Alto das Pombas, na prática de IMS, foi muito legal, eu adorei. Eu esperava muito menos da comunidade, mas ela era muito bem informada, superou as nossas expectativas. Eu cheguei lá e pensei que teria que explicar coisas banais, mas eles estavam perguntando coisas pra gente que tinha hora até que a gente ficava de “saia justa”. Este tipo de trabalho é uma oportunidade de você entrar em contato com a população, saber como lidar, saber como se comportar, como falar, para mim foi gratificação total (Estudante 10. Med. Fonte: GF).

*A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde*

A idéia de que a população *recebe* seus saberes exclusivamente dos “letrados” de que fala Valla (1999) está sempre presente, como ilustra muito bem esta fala. A ignorância do *outro* em relação às questões de saúde é, quase sempre, presumida pelos estudantes e professores. Contudo, o fato da estudante se sentir gratificada em uma prática que confrontou esta forma de ver o *outro* pode ser significativo em termos da construção de novo olhar sobre a questão. Mas este é um processo que, na maior parte das vezes, não se dá de forma espontânea, ele exige uma atitude reflexiva sobre a prática. Estabelecer formas de reflexão sobre a prática é uma importante demanda para os currículos que o espaço de aprendizagem “comunidade” traz.

Aprender a vencer a barreira da timidez e poder se comunicar melhor:

Fazer palestras é muito importante por que ajuda a perder um pouco a inibição de falar em público, eu acho isto muito importante por que sou tímido (Estudante 17. Med. Fonte: GF).

As práticas na comunidade me acrescentaram muito, porque eu sempre fui muito inibido e se eu ficasse só na faculdade centrado no ambulatório, só atendendo, não eu ia me desenvolver tanto, tanto quanto na prática comunitária (Estudante 22. Odonto. Fonte: GF).

Um outro saber que a gente desenvolve, que eu não sei se é um saber ou uma habilidade, é a questão da comunicação, você acaba desenvolvendo o seu lado comunicativo, de se expressar, de falar (Estudante 3. Enf. Fonte: GF).

A timidez e a inibição estão entre os problemas mais falados pelos estudantes, eles consideram as práticas em comunidades uma excelente oportunidade de aprender a lidar com estes sentimentos. Para os estudantes, este aprendizado é muito importante no desenvolvimento pessoal de cada um. A timidez excessiva dificulta a comunicação e a sociabilidade, necessárias ao bom desempenho profissional. Esta é uma queixa freqüente dos estudantes, para a qual os currículos não têm dado muita atenção. A comunicação é vista, muitas vezes, como uma habilidade nata ou que se desenvolve espontaneamente sem necessidade de ações específicas para isto. Quando se faz algum destaque à comunicação, normalmente, é no sentido de buscar formas de melhor transmitir as informações que os profissionais consideram importantes para o tratamento ou prevenção de algumas doenças. A comunicação, enquanto “tentativa de ter alguma coisa em comum, de partilhar algo”, de que nos fala Lévy (1999), condição *sine qua non* da cooperação, não tem sido priorizada.

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde

No discurso dos estudantes, a comunicação é referida como um ato de emissão, contido no “falar em público”. Para os estudantes, falar, emitir algo, sobretudo em público, é sempre um risco. E este é realmente um risco, que só pode ser atenuado, segundo Dejours (1999b), quando se percebe que *escutar* também é um risco. O risco de ser desestabilizado na sua análise, na sua compreensão e na sua opinião, ao considerar a opinião do *outro*. É nesse “risco” que a interação acontece, a intersubjetividade que vai gerar a aprendizagem.

Trilhar seu próprio caminho no processo de aprender:

Eu acho que conta também não só o que a faculdade está me propiciando, mas também o que eu mesma posso ir atrás. Eu, por exemplo, sou do interior, lá na minha cidade as pessoas sabem que eu estudo medicina, que eu vou ser médica, então as pessoas procuram, falam que estão sentindo dor, querem saber sobre as suas condições de saúde. Eu acho que isto também já é uma forma de interação, eu tento ouvir o que a pessoa tem a falar, ouvir as queixas dela, tentar entendê-la, eu tento explicar com as poucas coisas que eu sei, o que pode ser o problema dela. Eu acho que isto é importante, porque desperta o meu interesse por estes assuntos, às vezes eu estudo coisas que não foram ainda dadas na faculdade, para entender porque a pessoa estava sentindo aquilo, não para tratar a pessoa, é claro, mas só para aprender mesmo (Estudante 9. Med. Fonte: GF).

Apesar de estarem embutidas, nesta fala, várias aprendizagens intelectuais, classificamos como “desenvolvimento pessoal” porque se refere a uma estratégia desenvolvida pela própria estudante, no sentido de buscar o conhecimento. Busca, esta, estimulada pela interatividade com as pessoas. Outros estudantes referem estratégias semelhantes a esta:

Se em uma prática você encontra algo que você não conhece, e depois você vai buscar no livro, você não esquece aquilo nunca, porque você aprende algo que você quer, que você está buscando (Estudante 16. Med. Fonte: GF).

Se o professor chega na sala e fala sobre alguma coisa que você não sabe, você não “tá” nem aí, agora se você vai para o campo e uma pessoa fala de alguma coisa que você não sabe, você corre para saber o que é (Estudante 12 Med. Fonte: GF).

E não é só campo não, se você está em casa, um parente liga querendo saber tal coisa, você não vai dizer não sabe, diz que vai ver melhor e pede que a pessoa volte a ligar daqui a dez minutos. Você desliga, vai para o livro e volta. Esta interação com as pessoas faz a gente aprender mais (Estudante 13 Med. Fonte: GF).

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial de Aprendizagem” em Saúde

A interação com as pessoas estimula o estudante a buscar o conhecimento, não só no espaço escolar, mas, também, em outros espaços da vida social que ele participa. O conhecimento encerrado nos livros e nos laboratórios passa a ter vida e interesse para os estudantes, a partir do contato, da interação.

Este conjunto de falas dos estudantes traz uma crítica clara ao modelo de organização curricular que pressupõe, como único caminho válido para a construção do conhecimento, a precedência da aprendizagem de referenciais teóricos para depois “aplicá-los” na prática. A redução dos “espaços da prática” a meros locais de aplicação de conteúdos fragmentados, estudados em sala de aula, também é questionada pelos estudantes, que vêem a prática como espaço de articulação de novas aprendizagens e da socialização/produção de novos conhecimentos. Os estudantes trazem, ainda, a importância da interação com as pessoas, como uma fonte não só de estímulo, mas da articulação real de novas aprendizagens.

Outras aprendizagens relacionais e afetivas ligadas ao desenvolvimento pessoal dos estudantes:

*O trabalho com grupos da comunidade traz uma **maior sensibilidade** para se **perceber a realidade** de cada local que você vai trabalhar, faz com que você compreenda outros olhares, outras visões de mundo, traz mais abertura para sua vida pessoal, para seu trabalho. Particularmente para mim, os trabalhos que eu participei trouxeram esta percepção da diversidade com muito mais facilidade, com muito mais tranquilidade do que os trabalhos feitos em sala de aula [...]*

*[...] Trabalhos com a população ajudam você **saber lidar com o ser humano**, a questão do relacionamento interpessoal é um saber que você desenvolve (Estudante 3. Enf. Fonte: GF).*

*As atividades de campo **mostram pra gente a realidade**, as **diferenças sociais**, isto **humaniza** muito o profissional, a gente volta com **outra visão**” (Estudante 21. Odonto. Fonte: GF).*

*Eu acho que vale a pena participar de atividades como feiras de saúde e outras práticas com a comunidade. As feiras de saúde são um pouco criticadas por ser um trabalho que não tem continuidade, mas eu acho que mesmo assim vale a pena para o estudante, para a população pode não ser muito proveitoso, mas para o aluno..., ficar lá recebendo a população, **passando informações, conversando**... É aí que você aprende a **lidar com a população**, a se preocupar em **ouvir** o que as pessoas têm a dizer e não ficar só preocupado em estudar, estudar, que é o que a gente faz na faculdade, você sai um pouco da faculdade*

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde

para se preocupar com a população que é o que interessa (Estudante 16. Med. Fonte: GF).

*É muito importante para o crescimento da gente **saber como vivem outras pessoas, em outras condições** para ter **noção da realidade**, não uma falsa noção como a gente vê na televisão, ou em outros lugares, ou porque alguém contou e sim porque a gente realmente viu, isto é muito importante* (Estudante 19. Med. Fonte: GF).

*Outra coisa que eu estou me lembrando lá de Pintadas, o que eles queriam era só sentar e contar os problemas, eles não queriam que eu fizesse nada, eles não queriam que eu passasse remédio, eles só **queriam que eu escutasse** quais eram os problemas deles, e quando terminava: "pô, obrigada", às vezes até eles davam beijo, abraço. Era tão legal, porque você se sentia assim, o máximo [...]*

*[...] é uma maneira também da gente começar a assimilar umas coisas que é pra gente não pecar no futuro, por exemplo, eles sempre falam: "ah, os médicos hoje em dia..." Você sempre ouve este tipo de coisa, **as reclamações em relação aos médicos**, "não seja assim quando você se formar, não faça isto". Com isso a gente aprende muita coisa* (Estudante 8. Med. Fonte: GF).

Neste conjunto de falas, os estudantes reportam-se a diversos aspectos de um aprendizado que eles consideram fundamental que é o de atentar para uma prática profissional humanizada. O espaço do trabalho com comunidades por ser mais *informal* que os locais tradicionais das práticas de saúde, permite a população falar coisas que, certamente, não falariam em outras ocasiões mais *formais* da relação com os profissionais da área. Assim como permite ao estudante perceber uma realidade que não seria possível de ser visualizada se este se mantivesse confinado aos serviços de saúde. Evidencia-se, assim, que a relação profissional/usuário não se desenvolve, apenas, nos espaços do consultório ou do hospital e que o trabalho com comunidades pode trazer importantes elementos para a construção desta relação.

*Eu acho que a palavra chave do que eu aprendi é **respeito**. No trabalho com a comunidade você aprende a ter respeito, porque no hospital, você sabe o que fazer com o paciente, a situação vai direcionar o que você vai fazer com ele e ele vai ter que aceitar [a estudante fala da submissão do paciente hospitalar em um tom de bastante crítica a esta situação]. Na comunidade não, você tem que **respeitar e ouvir** o que ele tem a lhe dizer, porque se você não fizer isto o seu trabalho não anda. Eu acho que a chave da diferença do que você aprende nestes trabalhos com comunidades é respeito* (Estudante 5. Enf. Fonte: GF).

Aprender a respeitar o *outro*, no sentido que a estudante está se referindo aqui, é uma aprendizagem fundamental para os profissionais de saúde, que estão acostumados a tratar o

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde

outro como *paciente*³⁸. O hábito de prescrever o tratamento, sem considerar a participação do *paciente*, traz muitas dificuldades para se compreender o trabalho com a comunidade. Este é um trabalho que não está sujeito às mesmas relações de submissão. Refletir sobre as relações que se estabelece no espaço da comunidade, pode trazer aprendizagens fundamentais para a construção de uma postura profissional distinta daquela observada nos serviços de saúde, sobretudo nos hospitais.

A forma de conceber o *outro* como *paciente*, bastante difundida nas formas tradicionais de compreender o cuidado em saúde, baseia-se na crença de poder dominar, tutelar o *outro*, quando na realidade, o que verdadeiramente caracteriza as relações inerentes ao processo de cuidar é o não-domínio. O melhor profissional do mundo jamais terá o domínio total sobre o “paciente”. Este será sempre surpreendido pela biologia, pelas reações psicológicas, fisiológicas, existirão sempre reações não esperadas. Estas constatações, apesar de fundamentais para a compreensão do processo saúde/doença, não têm sido levadas em consideração nos modelos que concebem o cuidado à saúde, quase que exclusivamente como técnica, como correção de distúrbios e que excluem da atenção a complexa rede de relações que envolve os processos de prevenção e de cura. Esta concepção reforça, ao mesmo tempo em que é a base do autoritarismo que caracteriza as relações do cuidado em saúde.

Respeitar a comunidade, traz uma outra aprendizagem importante para os alunos (e eventualmente para os professores), que é a de *saber escutar antes de intervir*. Este é um aprendizado que requer uma mudança radical no comportamento habitual da universidade de já chegar ensinando, ordenando, classificando, a partir de uma listagem elaborada previamente, das coisas que devem ser observadas e modificadas.

A fala da estudante reporta, também, à necessidade da diversificação dos espaços de aprendizagem nos currículos escolares. Nos espaços tradicionais da formação dos profissionais de saúde, sobretudo nos hospitais e um pouco menos nos centros de saúde, as hierarquias e as rotinas são muito rígidas. A postura autoritária dos profissionais de

³⁸ Entre os significados do termo *paciente*, o dicionário Houaiss registra: 1) que tem paciência, sereno, conformado. 2) que aguarda tranqüilamente, que sabe esperar, calmo. 3) indivíduo doente. 4) indivíduo que está submetido a cuidados médicos. 5) réu que vai ser submetido à pena de morte; padecente. 6) JUR. Todo aquele que sofre uma ação ou omissão criminosa. 7) GRAM. Diz-se do sujeito ou do objeto de um verbo, que não pratica a ação expressa pelo verbo, mas a recebe. Como se pode observar, em todos estes significados da palavra *paciente* a idéia de submissão e da inferioridade está presente.

*A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde*

saúde é em grande parte modelada nestes espaços. Daí, a necessidade de que o aluno participe de outros cenários mais favoráveis ao estabelecimento de relações mais simétricas, ao efetivo compartilhamento de problemas e do conhecimento necessário à solução destes.

5.4.2.2 Referidas pelos professores:

No discurso dos professores observa-se tanto aprendizagens que eles atribuem aos estudantes, como aprendizagens referentes a eles mesmos.

Aprender a perder a postura autoritária:

[...] o propósito era que o aluno se confrontasse com distintas realidades e estabelecesse um processo de troca, de troca mesmo de saber, dessa interação, e isso de fato tem acontecido. Alguns alunos muito mais, outros menos, mas eles fazem essa interação, de perceber que tem distintos saberes, olhares distintos. Ouvir o outro, prestar atenção no outro, saber que o outro lhe traz alguma coisa, assim como ele também pode trazer, eles perdem a postura autoritária (Docente 4. Enf. Fonte: GF).

Este discurso sobre a troca de saberes, a necessidade de ouvir e prestar atenção no *outro*, dentro de uma concepção da aprendizagem como processo interativo (de reciprocidade), ainda é muito marginal no universo dos discursos e das práticas observadas nesta pesquisa. A idéia de que o saber produzido/socializado na universidade é superior e melhor concebido, ainda é dominante. A tendência observada é que a universidade, quando toma o “espaço comunidade” como referência para práticas curriculares, o faz reproduzindo, ou pelo menos tentando reproduzir, os modelos prescritivistas e autoritários que a tem caracterizado.

Aprender a não supor sempre a ignorância do outro:

Nos contatos com as lideranças comunitárias, os alunos se surpreendem com o saber delas, eles dizem: "puxa, a comunidade sabe o que quer". Para eles foi uma surpresa isto, porque a gente sai da faculdade achando que a gente é que sabe o que é melhor para as pessoas, quando na verdade a gente se depara com depoimentos de pessoas que sabem muito bem objetivar suas necessidades. Os estudantes estão descobrindo a cada casa que a gente passa, que a população sabe o que tem, o que não tem e o que gostaria de ter (Docente 11. Odonto. Fonte: GF).

*A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde*

Esta fala é muito interessante porque a professora começa falando que o aprendizado é do aluno, mas, depois, na seqüência da frase, ela começa a falar de si mesma, do seu próprio aprendizado. Da sua própria dificuldade de lidar com o *outro* que sabe o que quer e o que não quer. E o que este *outro* quer da universidade, pode não ser o que esta está disposta a oferecer.

As lideranças comunitárias, assim como os ACS, não evocaram, pelo menos de forma explícita, nenhuma aprendizagem no campo relacional e afetivo do desenvolvimento humano. Este é um silêncio que pode ser muito significativo, tendo-se em conta as críticas que os participantes das comunidades fizeram ao trabalho com a universidade, discutidas no capítulo anterior.

5.4.3 Aprendizagens profissionais construídas no processo de vivenciar, de experienciar

As aprendizagens deste campo reportam-se ao que Therrian (1997) chama de “saberes da experiência” – são os conhecimentos gerados na ação, não formalizados, expressos mais em atos do que em palavras. Este tipo de conhecimento está relacionado com o saber teórico ou formalizado, mas não se reduz a ele, podendo ser de ordem *tácita* (adquiridos pela experiência). São esses os saberes que estruturam a atividade profissional na sua dimensão subjetiva. Este tipo de aprendizagem foi evocado somente pelos estudantes e estão referidas a:

- Construção da própria conduta profissional a partir das experiências e/ou da observação da atuação de outros profissionais, sobretudo dos professores.
- Compreender melhor o campo profissional, os limites, as dificuldades, as possibilidades.

Um trabalho interessante que eu desenvolvi foi com o PIBIC³⁹, trabalhei com violência conjugal em um projeto desenvolvido com um grupo de mulheres da comunidade do Calafate que fica em San Martin. Este trabalho foi uma experiência singular, porque foi o primeiro contato que eu tive de fato com a comunidade. Eu tinha o maior receio, eu era estudante de Enfermagem, mas o que é que eu sabia de comunidade, eu não sabia nada, eu sabia de hospital, de

³⁹ PIBIC – Programa de Bolsas de Iniciação Científica CNPq.

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial de Aprendizagem” em Saúde

*assistência, aquelas coisas de hospital que a gente está mais atrelada. E eu fui para comunidade, lá tem um coletivo de mulheres, que foi criado justamente porque lá existe um índice muito alto de violência e precisava de um espaço para que as mulheres discutissem esta questão. Nesta experiência o que eu mais aprendi foi a **ouvir** mais, aprendi isto principalmente com a coordenadora do projeto, eu admirava a capacidade que ela tinha de escutar as pessoas. No início eu queria **levar** muitas coisas prontas, falar, falar e **ensinar** um monte de coisas para eles. Mas depois eu refleti: o é que vai ficar? Talvez não fique nada. No final a gente sabe que eles sabem, o conhecimento eles têm. Eu acho que o importante do trabalho na comunidade é porque a gente vai conhecer de fato onde é que está a dificuldade, onde é o problema, você começa a detectar coisas que não são coisas ditas, não têm respostas prontas, na verdade a gente passa a desconstruir muitas coisas que a gente sabia. De fato algumas concepções são solidificadas, mas, muitas outras você passa a modificar com esta experiência (Estudante 1. Enf. Fonte: GF).*

O enunciado acima revela, claramente, como a prática contribui para o desenvolvimento da conduta profissional. Mostra a importância do espaço onde as experiências ocorrem, na articulação de aprendizagens significativas para a formação do aluno. Traz o movimento da construção e da desconstrução do conhecimento que gera a aprendizagem no jogo das interações (relações intersubjetivas). Aponta, também, para uma grande responsabilidade do papel do professor, que é o de servir de espelho para o estudante. Isto é muito importante, porque, na nossa prática de professora, temos observado muitos exemplos em que os estudantes, ao serem colocados na situação de professor, tendem a reproduzir as formas de ensino com as quais eles estão sendo formados.

A construção e o aprofundamento de aprendizagens facilitadas pela participação em distintos espaços:

Cada contato, atividade, traz grandes aprendizagens, que facilitam os trabalhos posteriores. Por exemplo, o trabalho em Plataforma me trouxe facilidade de trabalhar no meu estágio curricular de rede básica e aproveitar mais porque eu já tinha esta experiência (Estudante 2. Enf. Fonte: GF).

Esta fala traz a questão da possibilidade daquilo que aprendemos em um determinado contexto poder ser intercambiado para outros contextos. De como as compreensões já estabelecidas podem ajudar na construção de novas aprendizagens. Pozo (2002) denomina este processo de “transferência de aprendizagens”. Apesar de não acreditarmos na possibilidade de que uma aprendizagem possa ser integralmente “transferida” de um espaço para outro, consideramos relevante o alerta do autor de que a “transferência” não é um

A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial de Aprendizagem” em Saúde

processo automático que se produz, de modo inevitável, sempre que aprendemos alguma coisa. Esta é uma questão fundamental para quem lida com aprendizagens. No mundo atual, necessitamos de aprender coisas que possam servir a vários contextos, já que não podemos prever as novas demandas que o mercado de trabalho e a sociedade vão colocar num futuro próximo. Sem a capacidade de ser “transferido” para outros contextos, o aprendido é muito pouco eficaz. Esta é mais uma demanda que os espaços multirreferenciais de aprendizagem trazem para o currículo – se organizar de forma a permitir um intenso intercâmbio de aprendizagens entre os diversos espaços e contextos da formação, como uma forma de preparar o estudante para vivenciar este processo como futuro profissional.

Nesta mesma linha, outra estudante acrescenta:

Eu aprendi muito foi no diretório acadêmico, acho que participar ativamente do DA, traz aprendizados muito importantes para a futura atuação profissional. Todos os dias eu tinha que articular coisas, tinha que negociar, enfrentar situações (Estudante 3. Enf. Fonte: GF).

Aprender a negociar, a articular e a enfrentar diversas situações é tido pelos estudantes como importantes aprendizados profissionais. Estas são aprendizagens que não se restringem ao espaço tradicional da academia, outros espaços também podem proporcionar este tipo de aprendizagem. Os exemplos acima comprovam isto.

Aprender a conhecer melhor o seu campo de atuação profissional:

Eu achei interessantíssimo, importantíssimo os trabalhos em comunidades, porque quando você começa a atender as pessoas aqui na clínica [no ambulatório da Faculdade de Odontologia a partir do quinto semestre do curso] e faz a pergunta: onde você mora? "Moro no Calabar", "Moro no Periperi.", você sabe que não pode chegar para esta pessoa e dizer simplesmente: “você tem que escovar os dentes três vezes por dia, você tem que fazer bochecho com flúor, vai ter que usar fio dental”. Mas você não saberia disso se você não tivesse feito este tipo de trabalho, você não saberia que aquelas pessoas muitas vezes não têm nem água em casa para beber, não têm dinheiro para comprar escova. Você teve experiência, você teve a prática, você não é mais como muita gente que fica só na clínica, fechada em quatro paredes e pensa que todo mundo é igual, na verdade quando você vai a campo, você expande os horizontes, compreende melhor as coisas, começa a ficar mais humano (Estudante 21. Odonto. Fonte: GF).

Esta fala evidencia, claramente, aprendizagens da conduta profissional articuladas especificamente no “espaço comunidade”. A preocupação dos estudantes em aprender a

conhecer a realidade antes de agir, que tratamos anteriormente, é reforçada nesta fala. Conhecer as pessoas, no seu meio social, como uma forma de melhor compreender o próprio campo de atuação profissional, foi uma preocupação reiterada diversas vezes pelos estudantes.

Em situações práticas do trabalho comunitário, o estudante passa a conhecer, de uma forma mais próxima, os usuários dos serviços públicos de saúde, com suas reais necessidades e com seus modos de vida. O usuário não é mais um ser distante ou abstrato, é alguém com quem convivemos, conhecemos a história. Isto significa a possibilidade de se solidarizar com este usuário, pois dificilmente alguém se solidariza com o anonimato. A nossa tendência é de sermos mais solidários com quem conhecemos.

5.5 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE AS QUESTÕES TRATADAS NESTE CAPÍTULO

O universo das aprendizagens evocadas pelos sujeitos, sobretudo os estudantes, mas também de forma significativa, pelos professores, como sendo forjadas no espaço “comunidade”, está permeado por questões da interação entre as pessoas. Aprender é, antes de tudo, desenvolver relações com o *outro*, é ser capaz de “se situar” no *métier* da sua futura profissão. É, ainda, um trabalho de apropriação de saberes técnicos-científicos provenientes de diversos campos disciplinares que orientam a prática profissional e é também aprender com a própria prática.

Entre as aprendizagens forjadas no espaço “comunidade”, figuram aquelas relacionadas mais diretamente aos saberes escolares que podem, facilmente, ser avaliadas pelos esquemas vigentes nos sistemas escolares. Mas, por outro lado, existem aquelas que por serem ligadas à prática, aos processos de interação social, fogem aos esquemas formais de quantificação das aprendizagens. Estas aprendizagens geralmente não servem a nenhum outro propósito que não aqueles pelos quais elas foram articuladas, sendo misteriosamente suficientes em si mesmas, carentes de padrões que possam ajudar alguém a avaliar sua “eficácia”, mas que pela importância que têm na formação profissional, não podem ser postas de lado. A construção de novos conhecimentos, a partir da prática requer, como fala Pozo (2002), um processo de reflexão contínua sobre estas aprendizagens (informais, tácitas, implícitas). É, neste processo de reflexão, que são construídas as aprendizagens significativas.

*A “Comunidade” como “Espaço Multirreferencial
de Aprendizagem” em Saúde*

Para que isto ocorra, é necessário o planejamento de atividades, ou melhor, é preciso que a aprendizagem seja objeto de preocupação e estudo nos currículos escolares.

A construção de aprendizagens, a partir da socialização de conhecimentos articulados na prática, na percepção dos estudantes seria facilitada se houvesse mais oportunidades de construção da memória coletiva das experiências. Para os estudantes, esta memória, se construída individualmente, sob a forma de relatórios escritos, é bom, ajuda a sistematizar, mas eles acham que deveria haver mais discussões orais sobre o que eles viram na prática. Os estudantes argumentam que o que é falado por um contribui para a aprendizagem dos demais, favorece a comparação de pontos de vista, de troca de conhecimentos e saberes, além é claro, da possibilidade de construção de novos argumentos e idéias que de modo separado dificilmente teriam criado. O convívio, a troca é para os estudantes uma importante forma de aprender.

6 CRÍTICAS E DEMANDAS AOS CURRÍCULOS

Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades,
Muda-se o ser, muda-se a confiança:
Todo o mundo é composto de mudança,
Tomando sempre novas qualidades.

Continuamente vemos novidades,
Diferentes em tudo da esperança;
Do mal ficam as mágoas na lembrança,
E do bem (se algum houve) as saudades.

O tempo cobre o chão de verde manto,
Que já coberto foi de neve fria,
E enfim converte em choro o doce canto.

E, afora este mudar-se cada dia,
Outra mudança faz de mor espanto,
Que não se muda já como soia.

(Camões, Soneto XLIX, ano de 1595)

Entre os problemas relacionados ao ensino, sobretudo o universitário, um dos mais discutidos tem sido a excessiva fragmentação e compartimentalização do conhecimento nas organizações curriculares. Tomando-se como exemplo os currículos de graduação, observa-se que, na maioria das vezes, as disciplinas são tratadas de modo reificado, como conteúdos estanques, com pouca ou nenhuma interconexão, tanto entre si, quanto em relação ao mundo concreto e à experiência vivida, quando muito, aborda as práticas de trabalho de forma mecânica, vazia de reflexão. Isto não só dificulta ao aluno uma compreensão mais abrangente do saber historicamente produzido pela humanidade, como, também, contribui para reforçar a visão quase que puramente tecnicista e instrumental que tem caracterizado o ensino superior (FAGUNDES; FRÓES BURNHAM, 2001).

A estruturação do ensino sob a forma de disciplina foi iniciada no final do século XIX, com a ascensão na Europa, sobretudo na França, do modelo de escola republicana, pautada no positivismo. O objetivo dessa escola era formar cidadãos aptos a participar da vida social nas cidades. Entendia-se que somente sob a égide do saber científico é que se poderia compreender e organizar a sociedade (CHERVEL, 1998). A organização disciplinar teve seu desenvolvimento aprimorado no século XX, notadamente com a formação das universidades

modernas, onde *disciplina* passou a designar uma matéria ensinada, um ramo particular do conhecimento (MORIN, 2000b).

Nas últimas décadas, muitas críticas têm sido feitas à organização disciplinar dos currículos escolares, sobretudo no ensino superior. Tais críticas têm se centrado, principalmente, na fragmentação do ensino e na distância entre o conhecimento que é tratado em sala de aula e o mundo do trabalho, no qual o futuro profissional deverá atuar. Além disso, pesquisas têm denunciado que os conhecimentos ensinados na universidade são descontextualizados das condições originais de sua produção. Estes conhecimentos têm se caracterizado como recortes arbitrários do real, onde o professor muitas vezes está mais preocupado em ensinar aquilo no qual ele é “especialista”, independente da relevância que tal conteúdo possa ter para a formação dos alunos (CHERVEL, 1998).

Estas discussões em torno do ensino evidenciam uma crise na educação. Este campo experimenta, na contemporaneidade, um período de crise e de transição ao mesmo tempo. Em meio a essa crise, a discussão sobre os currículos de graduação, nas universidades, tem sido revigorada, principalmente em relação à qualidade do trabalho acadêmico e à competência social e profissional dos sujeitos formados nestas instituições. Em um mundo onde o conhecimento adquire uma posição central na caracterização da sociedade, o ensino universitário vê-se obrigado a buscar novos métodos para conviver com o presente e construir o futuro. As mudanças determinadas pelo avanço tecnológico dão-se de forma tão acelerada, que o que se aprende hoje pode já ser superado amanhã. É, neste horizonte, que as discussões sobre currículo tornam-se ponto de pauta obrigatório em muitos países.

O termo “currículo” tem sido usado com muitos significados. Um dos mais tradicionais refere-se ao modo pelo qual se selecionam, classificam, distribuem e avaliam conhecimentos no espaço das instituições escolares. Nessa concepção, o currículo é entendido como a “grade curricular” ou como os conteúdos de ensino ou ainda como o conjunto de disciplinas elencadas no processo de ensino-aprendizagem.

Na visão convencional, bem como na visão do senso comum, o currículo é um processo nada problemático. Supõe-se: 1) um consenso em torno do conhecimento que deve ser selecionado; 2) uma coincidência entre a natureza do conhecimento e da cultura onde ele é “aplicado”; 3) uma relação passiva entre quem “conhece” e o conhecimento; 4) o caráter

estático e inercial da cultura e do conhecimento. Essa concepção permanece tanto na visão humanista tradicional do currículo, como na tecnicista (SILVA, 1998).

6.1 CRÍTICAS AO CURRÍCULO

A influência da visão tradicional na organização dos currículos de graduação das universidades tem se caracterizado por uma dissociação entre teoria e prática, conseqüente ao desenvolvimento de métodos de ensino baseados na transmissão vertical de conhecimentos, trilhando o caminho do “teórico para o prático”. O pressuposto desse modelo é de que primeiro o aluno aprende conteúdos isolados (fragmentados) para depois aplicá-los ou reconhecer sua aplicação na realidade. Por isso, a ênfase em procedimentos apoiados na repetição e memorização de relações, muitas vezes, arbitrárias para os alunos. Dentro dessa lógica, o conhecimento estrutura-se, predominantemente, como um saber acabado, descontextualizado e a-histórico (TORALLES-PEREIRA, 1997).

O que se observa na visão tradicional de currículo, como bem diz Macedo (2002, p. 70)

É uma má vontade em relação à audácia pedagógica, um medo engessado do risco que desafia a cognição a encontrar **insights** relevantes. Forja-se uma cultura da conformidade, da convergência, já que, a **trajetória** traçada pelo currículo significa experiência monossêmica, aberta apenas a algumas interpretações insulares; e a tarefa do neófito é seguir o caminho traçado, imitando, numa espécie de baixo mimetismo, as verdades, condutas e valores das instituições que fabricam em rituais unirreferenciais as burocracias instrucionais do currículo (grifos do autor).

A suposta necessidade dos estudantes “estocarem” uma grande quantidade de conhecimento, antes de atuar na prática, reforçada nos currículos da área de saúde, sobretudo no chamado “ciclo básico”, foi duramente criticada, tanto por professores, como por estudantes dos três cursos envolvidos na pesquisa. As críticas mais incisivas partiram dos estudantes de medicina, que no período do trabalho de campo, estavam cursando o terceiro semestre do curso, vivenciando, portanto, o esforço da “estocagem” do conhecimento para posterior “aplicação”. A grande fragmentação entre teoria e prática, ou melhor, entre sala de aula/laboratório e o concreto do trabalho da profissão, imposta por esta forma de organizar o currículo, faz com que o aluno não tenha uma visão global do que vai ser o seu processo de

formação. Com isto, fica difícil para eles perceberem qualquer vínculo entre o que eles estudam e a prática. Isto causa muitas frustrações nos estudantes e muitas dúvidas do porquê eles estão estudando aqueles conteúdos. As falas seguintes ilustram esta questão:

O que eu queria falar basicamente da prática do Alto das Pombas é que pra mim foi gratificante, veio num momento que eu acho que as pessoas da nossa sala estavam sofrendo, pelo menos eu estava sofrendo de desestímulo da faculdade, estava cheia de ficar rodeada de livros o tempo inteiro, ficar estudando, decorando coisas. Precisava olhar o sorriso de uma pessoa, ouvir um obrigada: 'puxa volte, a gente gostou do trabalho de vocês'. Então, a gente vê um estímulo de continuar o curso, porque vale a pena, é gratificante mesmo, pra mim foi um momento crucial do curso, 'continue, vai valer a pena' (Estudante 15. Med. Fonte: GF).

Muitas vezes, durante o curso, a gente fica desestimulado, você pensa até em desistir, 'ah não, isto não vale a pena', é só você fazer uma prática destas como a de IMS no Alto das Pombas, entrar nestes atalhos, nestes caminhos que atravessam o curso para tentar fazer um trabalho em comunidade, para você ficar mais animado com o curso. Se não for assim, mais na frente, quando você entrar em contato com pessoas, você não vai mais estar olhando a pessoa como pessoa, mas sim como doença (Estudante 12. Med. Fonte: GF).

*Sobre a distinção entre o curso básico e o curso profissionalizante, as pessoas falam: 'ah, no curso básico a gente não tem contato nenhum com o paciente, mas quando chega no curso profissionalizante você vai ter'. Eu não sei porque eu ainda não cheguei lá, mas eu temo muito, porque eu acho que não basta chegar no curso profissionalizante para você ter contato com o paciente, eu digo isto porque se você passa estes três primeiros anos maçantes em cima de informações extremamente teóricas, quando você chegar lá com o paciente, você acaba virando uma **máquina de fazer diagnóstico**, então, aquela pessoa que está na sua frente não vai ser alguém que você vai conversar, que você vai entender, você vai simplesmente aprender a chegar e dizer que a pessoa com tais e tais coisas tem isto, eu vou tratar dessa forma (Estudante 12. Med. Fonte: GF).*

*O estudante de medicina se torna um obsessivo pelo conhecimento. **O ciclo básico do curso é página de livro, poeira de giz, página de caderno, tinta de caneta.** A gente fica **obsessivo pelo conhecimento**, eu odeio isto, a profissão de médico não é assim... e quando você pode sair um pouquinho desta realidade é tão bom. Mas até este sair é difícil, porque você fica tão obsessivo que tudo que você olha você faz uma relação: 'isto parece um ovo de Schistosoma', você vai ver um filme e de repente você se pega falando: 'o argumento deste filme é completamente falso, porque isto é biologicamente impossível de acontecer', não basta ver o filme, você tem que ser obsessivo, não consegue esquecer, se dissociar da escola (Estudante 8. Med. Fonte: GF).*

Esta queixa dos estudantes de medicina, a respeito da sobrecarga de informações a que estão expostos, sobretudo durante o ciclo básico, não chega a ser uma novidade; muitos estudos têm discutido esta questão, sem que isto tenha se revertido em mudanças efetivas nos

currículos de graduação. Um exemplo disso pode ser visto em uma carta dirigida à Revista HCPA, elaborada por Adão Rogério L. Machado, em 1987, então residente de pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Nesta carta, ele faz uma série de denúncias em relação à formação do médico, muito semelhante àquelas supracitadas. O autor da carta baseia-se em um estudo de dois autores americanos, que afirmam que o estudante de medicina precisa dominar, nos anos pré-clínicos (ciclo básico), 47.900 fatos e 29.900 conceitos, o que representa cerca de 24 novos fatos ou conceitos a cada hora⁴⁰. Pressionados por essa gigantesca carga de informações, os estudantes acabam por sacrificar as disciplinas menos voltadas para o conhecimento técnico restrito, encarando-as algumas vezes inclusive como um “estorvo” ao desempenho das demais. Coincidentemente, os professores da maioria das disciplinas básicas são ligados à “ciência pura”, são pesquisadores de laboratório. Estes professores costumam atrair os estudantes, mas pelo distanciamento que a maioria deles têm de outros espaços da formação profissional, terminam, mesmo que de forma inconsciente, transmitindo a imagem de uma medicina sem pacientes (MACHADO, 1987).

Esta busca incessante de fatos e conceitos faz com que muitos estudantes se sintam desanimados, assustados e deprimidos, outros repletos de frustrações. Nesse sentido, é necessário que os problemas dos currículos não sejam discutidos apenas como uma preocupação de mudanças nas “grades” ou de rearranjos na burocracia dos departamentos. Esta discussão deve incluir, também, uma reflexão sobre a necessidade de tornar a atenção à saúde mais humana, não só para o paciente, mas também para o estudante (MACHADO, 1987).

Além destas questões, os estudantes chamam a atenção para outros problemas muito sérios no processo de formação não só do médico, mas também dos outros profissionais de saúde, que é a supervalorização do conhecimento técnico/científico. Isto contribui para que o estudante comece a desvalorizar qualquer outra referência que não seja a ciência. Entre as referências pouco valorizadas estão os aspectos relacionais da profissão e a ética. Um dos estudantes denuncia, ainda, a forma de como a escola “ensina” ao futuro médico, como se

⁴⁰ Estes números estão sendo colocados aqui com o objetivo de se fazer uma reflexão sobre as possibilidades reais que o estudante teria de reter tantas informações em um período tão curto de tempo. A excessiva concentração de informações técnico/científicas no início do curso é própria de um modelo de currículo que concebe o conhecimento como algo acabado, descontextualizado e a prática apenas como local de “aplicação” desse conhecimento deshistoricizado.

tornar uma “máquina de fazer diagnóstico” e a se interessar apenas pela patologia, deixando de lado o ser humano e a compreensão mais ampla da saúde na sociedade.

A “obesidade informativa”, conseqüência de uma “dieta” pouco equilibrada nos primeiros anos da formação, tem, no dizer de Pozo (2002), ainda outra conseqüência que é a dificuldade de assimilar em um período curto um número muito grande de informações. Isso contribui para a aumentar o *stress* e a frustração dos estudantes. Daí que, para o autor, é necessário, o quanto antes, um “tratamento” capaz de proporcionar novos processos e estratégias de aprendizagem que ajustem a “dieta informativa” às verdadeiras necessidades de aprendizagem. A ênfase na aquisição de grandes quantidades de informação estimula a competitividade entre os estudantes, que passam a se preocupar mais com os resultados e suas conseqüências (recompensas, castigos) do que com a aprendizagem em si.

Os estudantes denunciam que as relações opressivas, fundamentadas no medo, necessárias ao culto do autoritarismo que tem caracterizado a relação médico/paciente e o conjunto das relações entre a “equipe de saúde”, também estão presentes na relação professor/estudante:

*Tem professores que te tratam mal, são grosseiros, não ouvem você. É aquela relação impessoal em que você é um número, às vezes você não é nem uma nota, porque ele nem sabe qual é o seu desempenho, às vezes nem um número, é pior que isto, você pensa: **meu Deus o quê que eu estou fazendo aqui, sou uma pessoa, não sou uma cadeira, sou um rosto!!!** (Estudante 15. Med. Fonte: GF).*

A gravidade de uma denúncia como esta nos faz pensar como Chauí (2001a), que a relação pedagógica, na universidade, não tem sido motivo para regozijo. Temos nesse caso exemplos de professores que utilizam uma relação assimétrica (professor/aluno) para exercer um tipo de autoritarismo que reduz os estudantes à condição de coisas, de objetos. Esta situação é ainda mais preocupante, quando se considera o alerta feito por Morin (2002) sobre a necessidade de se compreender que os seres humanos são seres instáveis, que possuem múltiplas personalidades potenciais e que tudo depende dos acontecimentos, dos acidentes que ocorrem com eles e que podem liberar algumas delas. Nos seres humanos, existem possibilidades do melhor e do pior. Esta fala de Morin está referida à forma como ele concebe o processo de formação da auto-ética.

A relação opressiva entre professores e estudantes é confirmada pelos próprios professores:

Existem muitos professores da área básica - falo dessa área porque é a que nós convivemos no terceiro semestre que é o semestre de IMS - que utilizam a pressão, o terrorismo para ameaçar os estudantes. Junto com IMS os alunos cursam mais cinco disciplinas, todas elas seguem esse modelo. Nós ficamos em uma situação muito periférica. Um professor marca uma prova, por exemplo, de microbiologia e ameaça o aluno durante uma, duas semanas, que vai dar zero em todo mundo, sob essa ameaça os alunos acabam por abandonar a nossa prática. Então tem esse componente que a gente se depara e até hoje nós não tivemos a capacidade de ter um diálogo, preparar um calendário com os outros professores das disciplinas do semestre. Acho que falta isso. Talvez, o colegiado pudesse ajudar a gente a ter um planejamento do semestre com horário, calendário de aulas, provas e práticas (Docente 3. Med. Fonte: GF).

A introdução de mudanças na forma tradicional de conceber o currículo parece se confrontar com algumas dificuldades, mesmo entre aqueles que advogam a necessidade de tais mudanças. Uma discussão entre dois professores pode exemplificar isso:

Eu queria botar entre os objetivos da disciplina o entrosamento entre os alunos (Docente 3. Med. Fonte: GF).

E aí os alunos só vão querer saber desse objetivo. Eles sentem muita falta de socialização, num curso que é muito competitivo e muito individualista. O receio que eu tenho é que eles usem esse espaço exclusivamente para esse entrosamento. A minha preocupação é ser a nossa prática o único espaço de socialização para eles. Eles adoram ir para o interior, porque tem a viagem de ônibus, tem a noite que eles vão passar lá juntos, vão ficar tocando violão, cantando, se enturmado, aí tudo bem. Eu acho que implicitamente nós temos esse objetivo também, de uma coesão maior, de uma questão de equipe, de você estimular isso. Mas nós nunca introduzimos isso como um objetivo. Porque às vezes alguns alunos só querem saber de poder ter momentos de descontração com os colegas, não sabem nem o que é a prática, mas já chegam dizendo: “eu quero viajar”. Já chegam com a mala, no primeiro dia de aula! O primeiro dia que a gente está explicando o que é a disciplina, eles já estão: e a viagem??? A disciplina não pode ter a marca da viagem. Isso é uma prática. Mas enfim, eu acho que não deixa de ser um objetivo nosso, mesmo que implícito, essa idéia de estimular a cooperação, a socialização, entendeu? (Docente 1. Med. Fonte: GF).

Na fala do docente existe uma preocupação de que a prática não deva ser confundida com descontração e prazer. Assim, o entrosamento entre os estudantes não pode figurar entre os objetivos explícitos da disciplina. Existe um receio de que isto possa “desvalorizar” a disciplina, tanto por parte dos estudantes, como pelo conjunto dos professores da escola e pela própria universidade. Isso mostra mais uma vez como o ensino está centrado no cognitivo, deixando de lado outros referenciais que também são importantes para a formação de novos

profissionais, sobretudo os de saúde, onde o entrosamento entre a equipe e entre esta e o usuário é fundamental.

A ênfase nas falas dos estudantes e dos professores de medicina não significa que as outras duas escolas também não mantenham a mesma visão de organização dos currículos; significa apenas que a questão apareceu menos nas discussões. No conjunto das três escolas, observa-se a permanência da tradição curricular, mas se observa ao mesmo tempo, muita vontade de mudar, muitas críticas à situação atual e propostas de mudanças, em consonância com todo o movimento de crítica aos atuais currículos presente em praticamente todas as áreas do conhecimento.

A concepção tradicional de currículo começa a ser interpelada, de uma forma mais ampla e sistematizada, a partir da década de 70, com os questionamentos da chamada “Nova Sociologia da Educação” e, em geral, da teoria crítica em educação, ao ressaltar tanto o caráter histórico (variável, mutável), quanto o caráter social (construído) do conhecimento escolar (YOUNG, 2000).

As críticas iniciais ao currículo, apesar de pouco mobilizadoras de mudanças internas, por permanecerem ligadas a uma visão muito determinista e a fatores econômicos, abriram um caminho fértil para os estudos de currículo.

Nesses estudos, principalmente a partir dos anos 90, a idéia de conhecimento como um bem passível de ser transmitido e acumulado por processos construídos linearmente, regidos por princípios rígidos de hierarquia e pré-requisitos, é cada vez mais questionada. A concepção do conhecimento como construção de relações, rede de significações multiplamente articuladas, vem ganhando espaço. Nessa concepção, a ciência moderna não é a única forma de explicação possível da realidade. Nela, estão incluídas a filosofia, a arte, a literatura, o conhecimento prático com que orientamos nossas ações (TORALLES-PEREIRA, 1997).

Como um dos desdobramentos dessa discussão, surge a luta por uma visão multicultural – onde vários modos de expressão (movimento feminista, manifestações étnicas, entre outros) – possam estar presentes no currículo. Para Sacristã (1995), o preparo dos cidadãos para o convívio com as diferenças deve ser uma tônica sempre presente nos currículos, pois que, sem compreender a pluralidade do contexto sócio-econômico-cultural, o

indivíduo permanece atrelado a uma postura etnocêntrica, que tende sempre ao estranhamento do que lhe seja diferente. Para o autor, o currículo deve ser entendido como a cultura real que surge de uma série de processos e não apenas como um objeto delimitado e estático que se pode planejar e depois implantar.

Pensar no currículo escolar como um objeto estático e totalmente planejado *a priori* deixa de ter razão ou sentido na contemporaneidade, onde as grandes e velozes transformações do conhecimento e da tecnologia influem diretamente a organização do trabalho, incluindo aí o de saúde, que a cada dia se torna mais complexo e heterogêneo. Este processo vem estabelecendo padrões mutáveis nesse campo, envelhecendo, rapidamente, os cenários estabelecidos para sua realização.

Neste contexto, o papel da escola na socialização e na produção de novos conhecimentos, tem colocado o currículo escolar no centro das preocupações. A atenção tem sido focada no papel que este (o conhecimento) desempenha nas sociedades contemporâneas. Além do aspecto da socialização e da produção do conhecimento, tem sido discutido também a vinculação dos currículos com o mundo do trabalho, na perspectiva de se formar cidadãos-trabalhadores (FRÓES BURNHAM et al., 1994).

A discussão do currículo e seu significado, na perspectiva da formação do cidadão-trabalhador (FRÓES BURNHAM, 1998a, p. 37), remete a aprofundar, para melhor compreender:

Não só a polissemia do termo, mas o seu significado como processo social, que se realiza no espaço concreto da escola, cujo papel principal é de contribuir para o acesso, daqueles sujeitos que aí interagem, a diferentes referenciais de leitura de mundo e de relacionamento com este mesmo mundo, proporcionando-lhes não apenas um lastro de conhecimentos e de outras vivências que contribuam para a sua inserção no processo da história, como sujeito (quicá autônomo) que participa ativamente do processo de produção e de socialização do conhecimento e, assim, da instituição histórico-social de sua sociedade.

Entender o currículo numa perspectiva multicultural, como propõe Sacristã, ou multirreferencial, como discute Fróes Burnham, significa a abertura de um espaço de luta pelo estabelecimento de práticas curriculares que levem em conta a heterogeneidade de interesses existentes na sociedade. Sabe-se que o currículo é um artefato social, que representa uma mobilização de poder em favor do processo hegemônico, mas, sabe-se também, que este vem perdendo a sua solidez iluminista no bojo da crise do conhecimento e dos saberes escolares. O

currículo é, hoje, um campo contraditório, onde existem brechas para o estabelecimento de estratégias constitutivas de um novo *ethos* de um novo *habitus*, que desaloje o currículo dos *clichês* da instrução modernista, que o fez, predominantemente, solipsismo, regulação, controle, fragmentação e hierarquização (MACEDO, 2002).

O principal questionamento à visão moderna do currículo tem sido em termos de sua contribuição para a formação do estudante, visando a uma atuação crítico-reflexiva na realidade com a qual lida/terá de lidar como profissional. Este questionamento está intimamente relacionado ao fato do currículo, tradicionalmente, não levar em consideração as necessidades, os pontos de vista, as leituras do real que convivem nos diversos espaços de aprendizagem onde se desenvolvem as práticas curriculares.

A crítica à forma tradicional de fazer currículo tem, como aponta Young (2000), duas correntes principais: a primeira, dominante, que o autor chama de “currículo como fato” entende o currículo como estrutura de saber socialmente prescrito, externa àqueles que deverão “dominar” e “deter” esse saber. A segunda, de origem mais fenomenológica/existencialista, que Young denomina de “currículo como prática”, cuja ênfase não é dada à estrutura do conhecimento, mas, sim, às relações da prática. Para esse autor, é necessária a construção de uma teoria crítica de currículo que questione estas duas correntes.

A concepção de “currículo como fato”, na percepção de Young (2000), é enganadora de inúmeras maneiras: apresenta o currículo como algo que tem vida própria e obscurece os contextos sociais nos quais ele se insere. Desta forma, termina por apresentar o currículo como um dado que não pode ser inteligível ou modificável. A concepção do “currículo como fato” trata o saber como algo externo àqueles que lidam com ele no dia-a-dia das práticas curriculares, ou seja, os professores e os estudantes. Segundo esta concepção, o saber é algo que está incorporado nos programas e nos manuais e não nas pessoas. Isto traz profundas implicações para as concepções de ensino e aprendizagem, pela vinculação entre esta concepção e a do ensino como “saber a ser transmitido”. O papel do professor, na concepção de “currículo como fato”, fica definido como sendo o de “inventar” maneiras mais efetivas de transmissão de saber, de habilidades e de valores para o maior número possível de alunos. Como teoria, o “currículo como fato”, embora amplamente difundido, não tem contribuído para que os professores percebam as possibilidades de mudança e de uma melhor compreensão das condições de sua própria prática. Ao partir de uma concepção do

conhecimento que faz abstração das pessoas dentro da história, a concepção de “currículo como fato” nega aos professores qualquer papel além do de *distribuidores* e aos alunos, de *receptores*, do que foi decidido alhures.

Essa concepção do currículo tem como um de seus resultados a negação do papel construtivo dos professores e dos estudantes no currículo. Esta concepção endossa uma visão muito mecanicista do currículo, como algo a ser distribuído e testado, o que contradiz boa parte da mais recente pesquisa sobre a aprendizagem. Ao dar ênfase à convencionalidade das hierarquias do saber – acadêmico e não-acadêmico, teórico e prático, abstrato e concreto - ela não oferece bases para a compreensão de como determinadas hierarquias educacionais têm origem em relações sociais na educação e fora dela. Todavia, essa concepção não pode ser tratada como uma mera ilusão, como um produto irrelevante da torre de marfim acadêmica ou dos criadores de currículos burocráticos (YOUNG, 2000).

O “currículo como fato” foi amplamente criticado por Freire (1981), por desumanizar e mistificar o processo de aprendizagem. A concepção de “currículo como prática” tem neste filósofo da educação um dos seus principais mentores. A premissa básica dessa concepção inverte os pressupostos do “currículo como fato”. Não parte da estrutura do conhecimento, mas de como o conhecimento é produzido por pessoas que agem coletivamente. O saber já não é visto como uma espécie de propriedade privada legada pelos “descobridores” acadêmicos ao professor, para que o “distribua” ou o “transmita”. O saber torna-se aquilo que é realizado num trabalho de colaboração entre professores e alunos. A implicação dessa teoria é a de que, se os professores submeterem a exame crítico os pressupostos que subjazem às suas práticas, entenderão como mudar o currículo. Essa teoria, segundo Young (2000), embora valiosa para desafiar a concepção do “currículo como fato” e por afirmar o papel ativo de professores e alunos no processo de aprendizado, é enganosa tanto na teoria como na prática, ao situar as possibilidades de mudança curricular, primordialmente, nas interações entre professores e estudantes. O conceito de “currículo como prática” dá aos professores uma idéia falsa de seu poder, de sua autonomia e de sua independência em relação aos contextos mais amplos de que seu trabalho é parte. Assim, não lhes oferece uma maneira de entender seu próprio fracasso em promover mudanças, a não ser nos termos de suas deficiências pessoais.

A proposta do ensino centrado no aluno que evoca Carl Rogers tem uma vinculação estreita com a concepção de “currículo como prática”, segundo essa proposta, o que importa deixa de ser o saber acumulado que o professor transmite ao aluno de uma maneira vertical e pré-estruturada, para ser o saber que se constrói, a partir e pelo que todos e cada um dos participantes de uma comunidade aprende e pode trocar uns com os outros. Young (2000) argumenta que a concepção de “currículo como prática”, representa uma reação excessiva à invasão de concepções sobre o currículo associadas a matérias, formas de conhecimento e objetivos de aprendizagem, mas que ela mesma se tornou uma forma de mistificação. Para este autor, o currículo precisa ser visto, não só como algo *imposto* à prática dos professores e dos alunos, mas como uma realidade social *sobre a qual* os professores e os estudantes *agem*, transformando-a, portanto. Assim, para Young, a concepção alternativa de “currículo como prática” em sua tentativa de trazer de volta os professores e os alunos ao currículo, nega sua realidade externa e dá ênfase excessiva a intenções e ações subjetivas, como se eles (professores e estudantes), não estivessem sempre agindo sobre um currículo que é ao mesmo tempo externo e procedente deles. Por limitar a capacidade de ver o currículo historicamente, a concepção do “currículo como prática” também limita nossa capacidade de conceber alternativas que não as que se baseiam em alguma forma de rejeição utópica dos currículos tradicionais.

Para Young (2000), qualquer tentativa de mudança curricular radical baseada na idéia do “currículo como prática” topará muito rapidamente com a experiência prática de que o currículo está longe de ser *apenas* um produto da prática dos professores e dos alunos. Ele é, também, um produto das concepções acerca do que a educação deve ser, da parte de vários segmentos da sociedade, entre eles, os empregadores, administradores, formuladores de políticas educacionais, pais, comunidades diversas.

Além disso, como refere Macedo (2002), em qualquer forma de conceber o currículo, não se pode dispensar o conhecimento historicamente construído, até porque a aprendizagem é um fenômeno social e historicamente mediado. A apropriação da herança científica e cultural não é incompatível com a autonomia e com a criatividade. A fuga das formas tradicionais de transmissão do conhecimento, não pode significar uma ênfase absoluta no conhecimento produzido na prática. É na interação entre essas duas formas de construir/socializar conhecimentos/saberes que podemos pensar em práticas de

ensino/aprendizagem criativas, que impliquem em desorganização cognitiva e caos, para a constituição de novas organizações cognitivas.

Uma mudança efetiva na forma de conceber o currículo, no dizer de Young (2000), só ocorrerá quando houver mudanças nas relações entre os teóricos da universidade e aqueles acerca dos quais teoriza. Para o autor, um caminho para isto seria o estabelecimento de vínculos mais explícitos entre o aprendizado no trabalho, na comunidade e o aprendizado nas salas de aula. Young vê isso como um reconhecimento de que boa parte das mudanças curriculares não terão, necessariamente, início nas escolas ou nas universidades, mas, sim, em outros espaços sociais. A parceria entre a universidade e outros espaços da vida social cria oportunidades para o estabelecimento de “comunidades de prática”, formadas por professores, estudantes e representantes de comunidades (no sentido amplo, tais como: industrial, empresarial, de serviços, associações de moradores), que poderiam oferecer o contexto para o desenvolvimento de teorias com maior base prática, bem como de práticas com melhor base teórica.

Quando questionados se a prática com comunidade tem contribuído para a transformação das formas tradicionais de fazer currículo, os professores das três escolas responderam afirmativamente, embora com algumas reservas em relação à possibilidade de ter havido mudanças mais amplas para além do contexto das suas próprias disciplinas:

Acho que as práticas que estamos desenvolvendo nas disciplinas ligadas a área social tiveram sim um impacto no currículo, não foi à-toa que a partir destas experiências, no currículo que está em processo de implantação, passou a ter, como a gente tinha proposto, um fluxo de disciplinas da área social. Eu acho que ao nível das mudanças curriculares interferiu, interferiu muito, mas eu ainda tenho um pé atrás, a gente fala desses ganhos, destes trabalhos com alunos, com turmas de alunos. No contexto da Escola como um todo, os professores das outras áreas ainda nos vêem, digamos assim, como uns ETs. Pode ter o respeito, mas eu sei que o aluno prefere que aula acabe mais cedo, ou nem vai para a aula, por que tem que estudar a prova de Cirurgia, quer dizer, a valorização que os alunos atribuem, no contexto da sua formação geral eu ainda sinto que é bastante diferenciada, mesmo que momentaneamente ele goste da experiência, alguns obviamente são tocados, a gente também não pode querer tocar todos, alguns são permanentemente tocados, fazem a opção por esse tipo de trabalho e de prática. Mas há uma mudança? Eu ainda não percebo isso assim como uma coisa do geral, quer dizer, ainda tem o ranço da marginalização da área de saúde coletiva. A hegemonia ainda é a clínica (Docente 7. Odonto. Fonte: GF).

Eu acho que um dos grandes ganhos do novo currículo foi ter introduzido disciplinas sociais no início do curso, já no terceiro semestre. Antes era só

Críticas e Demandas aos Currículos

*Odontologia Sanitária, no oitavo, nono semestre, quando o aluno já estava se formando. Hoje nós estamos conseguindo informar as mudanças e as dificuldades do mercado de trabalho mais cedo, eu acho que isso está repercutindo na nossa prática, por que temos um estudante menos cristalizado, **menos resistente** às práticas sociais. Ele ainda não está se sentindo tão dentista tradicional que vai trabalhar só em consultório (Docente 8. Odonto. Fonte: GF).*

Para os professores de medicina, assim como para os de odontologia, a principal mudança foi o amadurecimento que as práticas trouxeram da necessidade de se introduzir disciplinas que tratassem da questão do “social” mais cedo no currículo, como um esforço de colocar o aluno em contato com a comunidade, no sentido de uma sensibilização, antes mesmo deste aluno estudar a doença, de atuar na clínica. Para os professores de ambas as escolas isto tem uma relevância, ainda que limitada, para a formação dos profissionais, no caso, médicos e odontólogos. Os professores de odontologia ressaltam, ainda, os ganhos em termos de ampliação do número de disciplinas. Outras questões que pudessem sinalizar alguma transformação nas formas tradicionais de perceber o currículo não foram relatadas.

Entre as professoras da escola de enfermagem, uma delas refere que as práticas com comunidades contribuíram para a percepção de que:

Para mim tem ficado claro que o ensino não pode ser algo separado da realidade concreta. Que não tem o antes e o depois, quer dizer, não existe essa coisa de você preparar teoricamente o aluno e depois ele ir se confrontar com a prática. Eu comecei a entender, a entender mesmo, a sentir um pouco do que as pessoas ficam falando do que é construtivismo, de como o professor não é aquele que ensina tudo, mas é aquele que abre caminhos com o aluno. Eu me sinto tão envolvida com os alunos, com os Agentes Comunitários, de construir com eles, assim como eles têm me ajudado a fazer essa construção. Então é assim, a gente têm só um pouco, mais um pouco mais de reflexão, a gente é aquele que está abrindo caminhos para o conhecimento, que está aprendendo junto, que está refletindo. Foi muito forte essa coisa de estar trabalhando com a comunidade, de estar com os atores construindo, você vê uma situação e as saídas, com diferentes e distintos olhares e saberes. É impossível um único olhar. Eu acho que o papel do professor é dar oportunidades e possibilidades, instigar o aluno para que ele perceba os olhares e as percepções do outro (Docente 4. Enf. Fonte: GF).

Nesta fala, pode-se observar um questionamento ao modelo tradicional de organização curricular nos cursos da área de saúde. Observa-se, também uma compreensão do espaço de aprendizagem “comunidade” como um local para o estabelecimento de práticas curriculares que levem em conta os diversos olhares; portanto, a diversidade de interesses existentes na sociedade e suas diferentes formas de expressão, na construção do saber. Esta forma de

compreender as possibilidades do espaço “comunidade”, como se viu no conjunto das falas analisadas, não é hegemônica, mas já representa um indício de que este tipo de prática pode, se bem refletida, tornar um importante elemento para interpelação e transformação das formas tradicionais de fazer currículo e de produzir conhecimento, nos processos de formação de profissionais de saúde.

A percepção de que não se pode circunscrever as aprendizagens da prática a uma mera “aplicação da teoria” estudada em sala de aula, e a compreensão de que a prática tem muito a oferecer, em termos de articulação de novas aprendizagens e da socialização/produção de novos conhecimentos, está muito bem explicitada nas falas de alguns estudantes:

É no contato com a comunidade que você percebe que o que se aprende na escola são instrumentos que ajudam na prática, mas percebe também que a prática na comunidade é diferente, ela é mais aberta, por exemplo, que o hospital. Ela é construída no fazer, no contato com a população, ela vai muito além do que o que você vê em sala de aula, a prática na comunidade ajuda a perceber muita coisa, coisas importantes para a formação profissional (Estudante 2. Enf. Fonte: GF).

Eu acho que o aprendizado deste tipo de trabalho é totalmente diferente do da sala de aula. Na sala de aula, é muito teórico, sobrecarrega o aluno com um acúmulo de informações, coisas para o aluno decorar, que muitas vezes ele não vai usar e se for usar ele provavelmente não vai conseguir lembrar. O que se ensina é o homem puramente biológico, você só entende como se o homem fosse um monte de reações químicas, você não entende a parte psicológica, a parte social e não tem nada de prático [no curso básico]. Então, você vai se formar, se você não tiver um contato deste com a comunidade você vai se formar, tudo bem, você entende tudo que está acontecendo dentro do homem em relação à química, à biologia, mas sabe o que passa pela cabeça dele? O que ele sente? Você não consegue entender saindo de um curso médico sem ter tido essa relação com a comunidade... (Estudante 9. Med. Fonte: GF).

Muitas vezes, você pode saber tudo que acontece numa reação bioquímica, os mecanismos biomoleculares e tudo mais, e você não consegue manter uma relação com aquele ser humano que está em sua frente, você pode ter mais conhecimento que ele, mas se não estabelece uma relação, muitas vezes, nada do que você sabe adianta. E acho que você só aprende isto quando sai da sala de aula, no contato com as pessoas. Cada vez que eu tenho contato com pessoas diferentes, eu aprendo mais, cada vez é uma realidade nova, que não se explica em 3, 4 aulas sentado em uma cadeira. O professor pode explicar tudo, mas conviver com as pessoas, saber lidar com elas, isto não se ensina, isto se vive e é por isto que é importante a faculdade cada vez mais explorar este lado de campo (Estudante 12. Med. Fonte: GF).

A experiência só do estágio curricular não basta, o contato com a comunidade só no final, no Estágio Curricular, é uma coisa muito chocante, porque você sai de uma realidade acadêmica que é bonitinha: abre o

pacotinho, faz a técnica... e vai para um trabalho onde você não tem o mesmo controle das coisas, tem que lidar com problemas que você não sabe como resolver (Estudante 7. Enf. Fonte: GF).

Não se pretende com esta discussão, reforçar a idéia de que existe uma “distância entre teoria e prática”. Como se viu, no capítulo da metodologia, não é possível uma separação radical entre estes dois campos: o concreto é um suporte às construções teóricas e a teoria imprime orientação à experiência, por conseguinte, o lastro teórico subsidia a prática e vice-versa (FRÓES BURNHAM, 1992). O que se quer chamar a atenção é que a prática dos profissionais de saúde tem bases também em outros saberes, que não somente o saber científico. O próprio saber clínico é um exemplo disso que estamos discutindo. A clínica fundamenta-se em ciências abstratas, mas ela é aprendida, principalmente junto ao “paciente”. O que se aprende em uma situação clínica não é universal, tudo vai depender daquilo que cada situação particular exige. Na clínica, é sempre necessário se tomar alguma decisão. Decisão esta que é sempre fundamentada em diversos tipos de saberes: teóricos, técnicos, éticos, saberes adquiridos em experiências anteriores.

Uma outra crítica muito significativa que os estudantes fazem, é à concepção curricular que afirma a necessidade de concentração de “blocos teóricos” no início e “blocos práticos” no final dos cursos, como é o caso do “ciclo básico” e dos “estágios curriculares” ou “internatos”, existentes em alguns cursos da área de saúde na UFBA. Para Pozo (2002), uma mesma quantidade de teoria ou de prática, resulta em aprendizagens mais efetivas quando estas se distribuem no tempo, do que quando são realizadas de forma concentrada. Para este autor, a acumulação de “teorias” ou de “práticas”, em certas condições, não só não melhora o rendimento, como pode chegar, inclusive, a saturar o aluno, produzindo efeitos contrários aos desejados.

De uma maneira geral, as críticas formuladas pelos estudantes em relação aos currículos e aos professores concentram-se na visão quase que exclusivamente biológica do ser humano, que perpassa os cursos; pelo tecnicismo, pela pouca importância aos aspectos relacionais da atuação profissional e pela pouca oportunidade de atuar fora dos muros da universidade.

6.2 DEMANDAS AOS CURRÍCULOS IDENTIFICADAS NA REFLEXÃO SOBRE O ESPAÇO DE APRENDIZAGEM “COMUNIDADE”

Nas últimas décadas, como vimos anteriormente, as críticas constantes, sobretudo na universidade, têm suscitado muitas discussões e propostas que visam a transformação dos currículos. A UFBA não fugiu a esta regra. Durante os anos 90, realizou mudanças em, praticamente, todos os cursos da área de saúde. Entretanto, nenhuma destas mudanças contempla, na nossa opinião, a radicalidade necessária para se exercitar rupturas com as formas tradicionais de fazer currículo. Sabe-se que mudanças nos currículos escolares têm a ver com questões mais gerais, definidas em outros níveis; determinações às quais obviamente, não se pode fugir (pelo menos não totalmente). Contudo, a realidade tem demonstrado a necessidade de se exercitar novos formatos acadêmicos, novas formas de planejar os cursos, mais sensíveis às demandas locais. Isto é reconhecido pelo próprio MEC, que tem proposto diretrizes curriculares como orientações gerais e não como prescrições fechadas para a estruturação dos currículos. Neste sentido, acreditamos que o estabelecimento de estratégias permanentes de *escuta* às práticas curriculares, nos espaços onde elas ocorrem possa trazer elementos para a transformação dos currículos de graduação. É neste processo que importantes “demandas” são identificadas. Na reflexão sobre o significado do espaço de aprendizagem “comunidade” na formação de profissionais de saúde, foram identificadas demandas significativas para os três cursos envolvidos na pesquisa. Algumas delas já foram discutidas, ao longo dos quatro capítulos de análise do material de campo, o que faremos a seguir é tentar sintetizar alguns pontos dessa discussão, para que as demandas possam ser melhores explicitadas:

6.2.1 Instituição de processos de formação menos confinados aos espaços escolares:

Esta demanda caracteriza-se pela necessidade referida pelos participantes da pesquisa, sobretudo pelos estudantes, de currículos mais abertos à participação da universidade em outros espaços da vida social, visando com isto oferecer oportunidades de melhor conhecer o campo da futura profissão, ao mesmo tempo em que se promove uma educação mais geral,

humanística e cidadã. Para isso, faz-se necessário currículos que retirem os estudantes do confinado espaço da escola e lhes permitam (vi)ver a riqueza e a multiplicidade de conhecimentos existentes fora dos muros da universidade. Alguns aspectos relacionados a esta demanda que aparece nas falas:

Os trabalhos com comunidades devem ser feitos, durante os seis anos da nossa graduação, que é pra gente não ficar preso a um mundo particular que é o da faculdade. Quando você faz um trabalho desse, ao longo do curso, você sai diferente de quem não teve este tipo de contato. Você está acostumado com o linguajar da sala de aula, com os vícios da convivência só com os médicos, com estudantes de medicina, então é importante você sair, se desligar um pouco deste mundo, saber que existe vida fora da universidade (Estudante 8. Med. Fonte: GF)

Dar oportunidade ao estudante de odontologia conhecer outras experiências de trabalho que não se limitem ao consultório odontológico, mostrar que a profissão de odontologia não se limita ao consultório (Docente 10. Odonto. Fonte: GF).

Muitos alunos vêm para a faculdade de Odontologia, com uma visão voltada para o consultório, um profissional solitário e que só vê a boca. Aqui [na Faculdade] eu descobri, embora eu já tivesse uma visão disto, mas descobri de uma forma mais clara que hoje é necessário a gente ultrapassar o consultório, que a Odontologia hoje é prevenção. E se o espírito da Odontologia hoje está voltado para a prevenção, uma das questões fundamentais é justamente este tipo de disciplina, que tem práticas comunitárias (Estudante 23. Odonto. Fonte: GF).

Para alguns estudantes, as oportunidades de trabalhos em espaços alternativos, como comunidades, ainda são muito poucas nos currículos; sugerem que estes sejam ampliados:

Os alunos, de maneira geral, não têm oportunidade de participar destes grupos [de pesquisa ou de extensão], até porque são grupos pequenos e a disputa pelas vagas é muito grande, os que ficam de fora são prejudicados, porque eles perdem a oportunidade de vivenciar o que as colegas vivenciaram. Cada uma destas experiências que elas tiveram modificou dentro delas, a visão delas de enfermagem, de sociedade, de pessoa (Estudante 7. Enf. Fonte: GF).

O fato de existirem poucas oportunidades no currículo de desenvolvimento de práticas ligadas à área social, que poderia trazer para os estudantes uma visão mais ampla dos problemas de saúde; dos limites da prática profissional; da melhoria da capacidade de se comunicar; de interagir com indivíduos e grupos sociais distintos, foi um ponto bastante discutido pelos estudantes; boa parte das críticas aos currículos estão centradas neste aspecto.

Na percepção das lideranças comunitárias, a saída da universidade do seu território tradicional para outros locais que se apresentam como espaços de aprendizagem na sociedade, traz a possibilidade de que essa instituição reflita sobre seus modos de fazer currículo (monorreferenciais), para pensar em outros capazes de contribuir com a instituição de uma universidade que intercambia conhecimentos, que acolhe outras visões e que se preocupa com os problemas do mundo. Em outras palavras, para um ensino que possa ter de fato, como referência, a problemática social do contexto, no qual a universidade está inserida. A fala do líder comunitário⁴¹ que diz que “quando a universidade se dispõe a ir para a comunidade, ela aprende com o pessoal da comunidade coisas que eles nunca viram antes, os estudantes, professores até, passam a saber coisas que jamais pensaram que existia. Eles chegam e conferem, logo, que tem a sabedoria do povo”, traz claramente este significado.

A universidade é uma instituição que tem, historicamente, demonstrado pouca capacidade de auto-reforma (NÓVOA, 2000). Devido a isso, é necessário que se trace algumas estratégias para o acolhimento da demanda de “instituição de processos de formação menos confinados aos espaços escolares”, na forma como foi posta pelos estudantes e pelas lideranças comunitárias. Um caminho para isto poderia ser a criação ampla de “comunidades de prática”⁴², como propõe Young (2000). Estas “comunidades” devem contar com a participação efetiva de professores, estudantes e representantes dos diversos tipos de comunidades que tenham interesse ou estejam, de alguma forma, relacionadas com as práticas (serviços de saúde, representantes de bairros, associações de profissionais). Tais “comunidades” não devem ser pensadas, apenas, para o diagnóstico e o planejamento das ações, mas também para a discussão sobre os ganhos e perdas de cada um no trabalho conjunto, e, sobretudo, para a reflexão sobre as aprendizagens da prática e suas relações com a teoria e com outras formas de organizar o saber. É, neste movimento, que a cooperação, a construção partilhada de conhecimentos, adquire forma e sentido.

O compartilhamento do conhecimento como uma intenção explícita das práticas com comunidades, foi, também, reivindicado pelos estudantes como uma forma de socialização entre eles das aprendizagens (re)construídas na prática. Argumentam que os professores, na maioria das vezes, priorizam, como instrumento de reflexão, apenas os relatórios escritos,

⁴¹ Líder Comunitário 3, tratada no Capítulo 3.

⁴² Vistas no Capítulo 4.

deixando de lado os debates e as discussões orais. Na percepção dos estudantes, este tipo de discussão favorece a comparação de pontos de vista, de troca de informações, além de facilitar a construção de argumentos e idéias que, no isolamento da escrita, dificilmente seriam criados.

6.2.2 Estabelecimento de formas (canais) de reflexão permanente sobre a prática:

Este é um processo que, na maior parte das vezes, não se dá de forma espontânea; ele exige uma atitude deliberada nesse sentido. A caracterização dessa demanda deu-se, principalmente, pelas questões trazidas por professores e até por alguns estudantes de como o trabalho com comunidades, por se situar fora dos muros da universidade, é capaz, em alguns momentos, de “desestabilizar” as práticas e os saberes estabelecidos. A falta de maior “controle” sobre a situação, característica do trabalho com comunidades foi considerada, ao mesmo tempo, fonte de frustrações, de novos aprendizados e de novas responsabilidades, que não costumam ser “escutadas” pelos currículos.

Alguns professores têm muitas dúvidas sobre o aprendizado e valorização dos alunos em relação às disciplinas ministradas por eles; questionam se estas disciplinas representam, de fato, uma inovação; se têm alguma reverberação nos currículos como um todo ou na postura dos futuros profissionais. Questões como estas já representam, por si só, grandes demandas de reflexão sobre o processo de formação. Mas, além destas que poderíamos chamar de “mais particularizadas”, existem outras “mais generalizadas” que também podem ser “escutadas”, através da atuação em comunidades. Um exemplo disto são as demandas trazidas pela atuação em programas como o PSF e o PACS.

A participação em tais programas, traz de volta para o campo da saúde a discussão entre formação de generalistas e de especialistas. Esta é uma discussão que, devido a mudanças significativas no mundo do trabalho, tem perpassado, praticamente, todos os campos profissionais. Como observa Sousa Santos (1997), hoje em dia se verifica um certo regresso ao generalismo, ainda que agora concebido não como um saber universalista e desinteressado, mas como formação *não-profissional* para um desempenho *multiprofissionalizado*. Em outras palavras, a preparação ampla para uma grande variedade de condições subseqüentes imprevisíveis, em detrimento de um treinamento específico para uma

tarefa que, daqui a cinco ou dez anos, pode nem existir. Isto, aliado a mudanças na universidade, nas comunidades onde as práticas ocorrem e na relação com o conhecimento, dada a heterogeneidade crescente e a tendência à diversidade de interesses, traz novas demandas para o ensino universitário.

Para Nóvoa (2000), um primeiro desafio que estas demandas trazem é o de que o professor desloque a atenção exclusivamente dos *saberes que ensina* para as pessoas a *quem* esses saberes são ensinados. O que o autor diz é importante para a compreensão de que a formação não deva ser centrada somente no *conteúdo*, as *relações* são igualmente fundamentais. Contudo, a nosso ver, este processo não deve ser de deslocamento de um pólo a outro como propõe o autor, mas sim de *inclusão*, ou seja, de que a atenção deva ser dada aos saberes e às pessoas ao mesmo tempo. Este desafio traz a necessidade imperiosa de que o professor faça uma reflexão sobre o sentido do seu trabalho. Para que essa reflexão tenha um maior impacto nos currículos, ela precisa ser, simultaneamente, individual (auto-reflexão) e coletiva (reflexão partilhada). Para isto, Nóvoa sugere a instauração de grupos de reflexão pedagógica, dentro das universidades, que conduzam pouco a pouco a instaurar rotinas de debate, de supervisão, de formação *inter pares*.

As mudanças na formação do professor requerem que este conceba e pratique relações pedagógicas muito diferentes das que existem hoje em dia. Para isto o professor terá que se atualizar, criar dispositivos de acompanhamento, orientação, aconselhamento e integração dos alunos em grupos de pesquisa, em grupos de trabalho e de reflexão (comunidades de prática). Com estas mudanças, na percepção de Nóvoa (2000), as aulas deixam de ser o mais importante, elas poderão, em alguns casos, ser disponibilizadas pelas novas tecnologias da informação. O que não poderá ser disponibilizado, por esses meios, são as questões da relação pedagógica, das dúvidas, do compartilhamento dos saberes, do trabalho crítico e reflexivo sobre o conhecimento. Para o autor, será esse conjunto de atividades pedagógicas e científicas, e não as “aulas” propriamente ditas, que definirá a universidade do futuro.

Contudo, esses grupos de reflexão não devem se restringir, apenas, a comunidades *inter pares*, visando à formação de professores. Por se tratar da formação de profissionais de saúde, cuja prática incide diretamente sobre a vida das pessoas, é preciso que os “grupos de reflexão” sobre o currículo incluam, como vimos na discussão da “demanda 1” representantes de outros setores da sociedade. As questões relacionadas à saúde extrapolam o setor

específico, elas são, cada vez mais, de interesse da sociedade como um todo. As constantes críticas aos serviços de saúde e à atuação dos seus profissionais demandam que a universidade, na qualidade de instituição formadora, preocupe-se, de uma forma mais explícita, com o desenvolvimento de medidas de controle social do exercício do cuidado de saúde. Este processo poderia ser iniciado com a promoção de um diálogo mais estreito com associações de profissionais, conselhos, entidades comunitárias, ONG(s), grupos de ajuda mútua, entre outros, que lidam com questões relacionadas à saúde.

6.2.3 Mudanças mais profundas nas relações entre a universidade e a comunidade:

A consciência da necessidade de vínculo mais forte entre a universidade e a comunidade, foi referido pelas lideranças comunitárias e pelos professores como o mais conseqüente em termos de resultados concretos das experiências de atuação conjunta.

Para os professores, a base do compromisso com a universidade está relacionada ao cuidado de não se “utilizar” a população para objetivos que dizem respeito somente aos interesses da universidade (ensino, pesquisa, extensão) e depois ir embora, sem dar nenhum retorno. Existe, também, a preocupação de que as decisões sobre as ações que serão desenvolvidas sejam tomadas coletivamente. Percebe-se, ainda, um zelo de não gerar expectativas que não poderão ser atendidas, para evitar frustrações de ambos os lados. O trabalho com comunidades como uma prática curricular, é percebido pelos professores, sobretudo, como uma oportunidade dos alunos compreenderem a saúde no espaço coletivo e aprofundar aprendizados nesse campo. Em menor escala, mas de forma bastante significativa, foram encontradas nas falas questões relacionadas ao compromisso social da universidade para com outros setores da sociedade.

Na percepção das lideranças comunitárias, a ampliação do compromisso da universidade para com a comunidade deve-se, principalmente, ao fato da população ter se organizado para poder reivindicar “uma contrapartida” nas ações desenvolvidas pela universidade em seus locais de moradia. Essa “contrapartida” pode ser algum tipo de assistência, treinamento ou consultoria. Para as lideranças comunitárias e para os ACS o que a universidade trouxe de melhor foram os conhecimentos técnicos/científicos sobre como se

prevenir de algumas doenças, de como se organizar e instrumentalizar a luta por melhores condições de vida, incluída aí a assistência à saúde. As informações trazidas pela universidade interessam, também, para o fortalecimento do papel das lideranças comunitárias.

O avanço na construção do compromisso coletivo entre a universidade e a comunidade é inegável. No entanto, percebe-se, nas entrelinhas de algumas falas das lideranças comunitárias e de alguns aprendizados referidos por estudantes e professores, a necessidade de uma maior atenção a um outro sentido do trabalho cooperativo, que é o de não se restringir à “prestação de serviços”, nem à “doação” de alguns produtos do conhecimento socializado/produzido pela universidade. Nos interstícios das falas, pode-se “escutar” a necessidade de um maior partilhamento para que haja, efetivamente, a cooperação, a parceria. As práticas com comunidades deveriam ser, por excelência, o espaço do encontro entre o saber dito “popular” e o saber acadêmico. Sabe-se que esses dois tipos de conhecimento são distintos e irredutíveis um ao outro, mas se sabe, também, que as interações entre eles se constituem em uma fonte inesgotável de criação de novos conhecimentos. Os saberes produzidos nesta interação são, na maioria das vezes, fundamentais para “tocar a vida”, para a compreensão da complexidade das questões de saúde e para um maior amadurecimento das questões relacionais que a atuação profissional envolve.

6.2.4 Desenvolvimento de práticas curriculares menos fragmentadas, que contemplem a multiprofissionalidade, a intersetorialidade, a complexidade, a interdisciplinaridade e a multirreferencialidade das questões de saúde:

Esta é uma questão que está presente na pauta de quase todas as discussões e propostas de mudanças nos currículos escolares na atualidade, na UFBA, tem alimentado projetos como o “UFBA em Campo” e a “ACC”. Especificamente na área de saúde, esta preocupação é parte integrante das propostas do Projeto UNI, da Rede UNIDA e de outras iniciativas que visam introduzir mudanças na formação dos profissionais. Contudo, a preocupação com a superação dos diversos tipos de fragmentação existentes nos currículos não aparece com muita ênfase nas falas dos sujeitos, nem nos objetivos das disciplinas analisadas. Apenas alguns aspectos relacionados ao tema estiveram presentes nos discursos:

O currículo é muito fragmentado em várias disciplinas, sem nenhuma relação às vezes mais orgânica uma com a outra, essa questão faz o estudante

Críticas e Demandas aos Currículos

se sentir muito solto dentro do conjunto das atividades que compõe o seu processo de formação (Docente 3. Med. Fonte: GF).

Toda nossa formação é muito fragmentada, não existe uma ponte entre as disciplinas, isto deixa os alunos perdidos, não existe uma ponte, uma seqüência para que ele dê continuidade ao aprendizado em outro estágio. É evidente que os estágios curriculares de rede básica, o hospitalar e o da maternidade, são estágios muito importantes, neles temos a experiência de atuar como profissionais, mas com uma formação tão fragmentada em tantas disciplinas, fica difícil de repente colar tudo, juntar em três meses, fazer uma coisa que poderia ter sido construída desde o início do curso (Estudante 2. Enf. Fonte: GF).

A divisão do currículo em disciplinas e a falta de integração entre elas foram os aspectos da fragmentação mais falados pelos professores e pelos estudantes. As possíveis “soluções” para o problema ativeram-se, basicamente, à necessidade de se buscar formas de integração entre as disciplinas.

Além do aspecto da fragmentação disciplinar, a questão da intersetorialidade, ou seja, da busca da articulação com outros setores que, mesmo não cuidando diretamente, produzem as condições necessárias para a preservação da saúde na coletividade, tais como educação, saneamento, organizações comunitárias, ONGs, entre outras, foi levantada e discutida pelo conjunto das escolas envolvidas, como já foi visto em outros momentos deste estudo. Entretanto, um outro aspecto da fragmentação, cuja tematização e superação é essencial para a transformação dos processos de formação e de trabalho em saúde, praticamente não foi tocado pelos participantes da pesquisa. Este aspecto é o da multiprofissionalidade que atravessa o campo da saúde. Nas experiências analisadas, não foi observado nenhum esforço de contribuir para o aprofundamento das questões neste campo. Este “silêncio”⁴³ é surpreendente, dada a ênfase que esta temática, juntamente com a interdisciplinaridade, vem tendo, nas discussões e propostas de mudanças curriculares na área de saúde⁴⁴.

A ênfase no trabalho conjunto entre os diversos cursos, presente no “UFBA em Campo” e na “ACC”, não parece ter influenciado as experiências analisadas neste estudo. A estratégia de atuação em comunidades, pelo menos até o momento da realização do trabalho de campo, não tem contribuído, de forma explícita, para superar o isolamento e o

⁴³ Silêncio: “aquilo que é apagado, colocado de lado, excluído” ORLANDI (2002, p. 106).

⁴⁴ Para isto ver publicações do Projeto UNI e da Rede UNIDA, mais explicitamente nas propostas da Fase II do Projeto UNI (FEURWERKER; SENA, 2002).

confinamento de cada curso em si mesmo. As práticas ocorrem, muitas vezes, no mesmo espaço físico, na mesma comunidade, com os mesmos ACS e com a participação das mesmas lideranças comunitárias, mas não têm nenhuma articulação entre elas, não interagem entre si. Sabe-se, muito bem, das dificuldades em realizar um trabalho que contemple a integração entre cursos, quando se está imerso em uma organização curricular fundamentada na fragmentação disciplinar. Contudo, esforços nesta direção devem ser feitos, diante da centralidade desta questão para a formação dos novos profissionais de saúde.

Problematizar as delicadíssimas relações entre os diversos profissionais de saúde é uma questão inadiável, quando se tem, no horizonte, a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo setor. Uma das formas de se alcançar esta melhoria, é através de uma maior inter-relação nas ações, não só no plano da superação da fragmentação entre preventivo e curativo, como também da busca de uma maior integração nas práticas desenvolvidas pelo conjunto dos profissionais. Esta é uma proposta do movimento pela reforma sanitária brasileira, incorporada pelas políticas de saúde, porém com muito pouco impacto até o momento, na organização dos serviços, na prática e na formação dos profissionais.

Sabe-se que a fragmentação existente em instituições como a universidade e os serviços de saúde não é casual ou irracional, ela é deliberada, obedece aos fundamentos do taylorismo que ainda é a regra predominante na organização das nossas instituições (CHAUÍ, 2001a). Mas este não é o único obstáculo a projetos que visam integrar os trabalhos especializados dos profissionais de saúde. Um destes obstáculos, na percepção de Peduzzi (1998), é o não compartilhamento da qualidade interativa do trabalho. Para essa autora, falta aos referidos profissionais a percepção de que estão trabalhando em interação. E à medida que não concebem o trabalho como instância interativa, buscam apenas na autonomia técnica individual a possibilidade de se expressar como sujeitos da ação. Assim, a interdependência que existe entre o trabalho dos diversos atores deixa de ser contemplada.

Para Peduzzi (1998), esta questão está muito relacionada ao fato de que o modelo que orienta a prática dos profissionais de saúde ainda é predominantemente o “biomédico”. Este modelo de base taylorista tem, historicamente, ajudado a construir a idéia da “equipe de saúde”, a partir de um profissional nuclear – o médico. Nesta perspectiva, os outros profissionais são percebidos como meros coadjuvantes em cena. Isto tem reforçado a secular tradição de isolamento das profissões e a manutenção da territorialidade das práticas. Esta

forma de conceber e organizar os serviços de saúde é percebida, também, nos espaços onde as ações deveriam ter um caráter mais coletivo e participativo, como é o caso da atenção primária à saúde. Um exemplo disso, como apontam Almeida e Mishima (2001) é o Programa de Saúde da Família. Na percepção dessas duas autoras, o PSF não propõe nenhuma alteração no papel do médico como central e hegemônico na equipe de saúde, o que significa a manutenção das valorações hierárquicas e das desigualdades sociais entre os trabalhos dos diversos profissionais. Desta forma, perde-se a oportunidade de se investir na construção conjunta de outro projeto de cuidado que contemple a complexidade, a multiprofissionalidade e a multirreferencialidade das questões de saúde.

A transformação de realidades como esta requer um investimento consciente e ativo nesta direção. Para isso é preciso que se identifique as correlações que existem nas práticas dos técnicos e se coloquem em evidência estas conexões. No plano objetivo, isso requer que cada agente passe a entender que sua autonomia técnica não está no isolamento ou independência profissional, mas na colaboração objetiva, construindo, de modo negociado e compartilhado, um projeto comum de intervenção. Isto significa a cooperação, também, no plano subjetivo, na construção de relações profissionais solidárias em lugar da concorrência competitiva individual. Este é um grande desafio de um caminho que precisa ser trilhado, para o qual não existe nenhuma normalização a priori que possa dar conta. Um norteamento para este caminho é a própria concepção de Peduzzi (2000, *apud* ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p. 152), sobre o trabalho multiprofissional:

O trabalho multiprofissional refere-se à recomposição de diferentes processos de trabalho que, concomitantemente devem flexibilizar a divisão do trabalho; preservar as diferenças técnicas entre os trabalhadores especializados argüir a desigualdade na valoração dos distintos trabalhos e respectivos agentes, bem como nos processos decisórios; toma em consideração a interdependência dos trabalhos especializados no exercício da autonomia técnica, dada a necessidade de autonomia profissional para a qualidade da intervenção em saúde.

Esta concepção do trabalho de saúde traz novas demandas para os processos de formação, que deve ser sustentado na atuação multiprofissional e em uma construção interdisciplinar e multirreferencial dos currículos. A formação de profissionais solidários, criativos, autônomos e com maior competência e responsabilidade profissional passa necessariamente por essa discussão. A criação de formas de horizontalização e de democratização das relações dentro da equipe de saúde é, hoje, uma questão obrigatória em

todos os currículos da área de saúde. A tão falada necessidade de transformação da atenção à saúde, no sentido de torná-la mais humanizada para os usuários, implica, também, a necessidade de humanização das relações dentro da própria equipe. Sem esquecer, é claro da humanização da relação professor/aluno.

6.2.5 Valorização mais explícita dos saberes da experiência:

A conciliação entre conhecimentos teóricos e conhecimentos forjados na experiência é fundamental para o desempenho dos profissionais de saúde. Tomar decisões que afetam a vida de outras pessoas faz parte da rotina desses profissionais. Neste processo, participam saberes éticos, técnico/científicos e em grande parte saberes da experiência (BERNADOU, 1996).

Os saberes da experiência (implícitos, tácitos) na concepção de Therrien (1997) são aqueles que verdadeiramente orientam a prática, daí a sua grande importância no processo de formação. A reflexão sobre as aprendizagens da prática, a fim de que essas possam ser compartilhadas, tornadas explícitas, requer, como fala Pozo (2002), um planejamento de atividades com esta finalidade, ou melhor, requer que a aprendizagem seja objeto de preocupação e estudo nos currículos escolares.

Os saberes de experiência orientam, também, a atuação das lideranças comunitárias e dos ACS, que buscam na cooperação com a universidade novas formas de ampliar esse conhecimento. Os saberes da prática têm uma relação direta com a interatividade entre as pessoas. Os estudantes referiram-se a diversos tipos de saberes (aprendizagens) articuladas nesse processo que podem ser elencadas como: 1) melhor capacidade de comunicação (falar e escutar), incluindo-se aí o esforço de encontrar formas para “driblar” a assimetria naturalmente existente entre a linguagem técnica e a linguagem popular; 2) aprender a se relacionar e a acolher o *outro*; 3) perceber que a população tem seus próprios saberes, portanto a não presumir sempre a ignorância do *outro* nas questões de saúde; 4) gerir situações que ocorrem no cotidiano do trabalho; 5) resolver problemas criativamente; 6) atentar para uma prática profissional humanizada; 7) compreender de forma mais ampla os limites e as possibilidades da atuação profissional. Estes são aprendizados que na maioria das

vezes, não tinham sido previstos nos objetivos das disciplinas, o que sugere que os professores não lhes prestam muita atenção, mas que os estudantes dão muita ênfase.

6.2.6 Desenvolvimento de uma “escuta” mais acolhedora e sensível no conjunto das relações que envolvem o processo de formação:

“Escutar” para Barbier (1996, 1997 e 1998), como foi visto no capítulo da metodologia, significa saber sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do *outro* para “compreender do interior” as atitudes, os comportamentos, o sistema de idéias, de valores, de símbolos e de mitos. Escutar sensivelmente implica na aceitação incondicional do *outro*, sem, contudo, significar uma adesão às opiniões ou se identificar com o que é enunciado ou praticado. A escuta sensível começa por não interpretar para suspender todo julgamento. Ela busca compreender por “empatia” o “excedente” de sentido que existe na prática ou na situação. Escutar “sensivelmente” significa deixa-se surpreender pelo desconhecido, pelo inesperado.

A necessidade de uma escuta mais acolhedora e sensível nas relações que envolvem o processo de formação, foi evidenciada em distintos aspectos ao longo deste estudo. Percebe-se esta necessidade na fala dos estudantes, quando demandam uma melhor distribuição dos conteúdos técnico/científicos e das atividades práticas durante o curso (crítica aos ciclos básicos e ciclos profissionalizantes; aos estágios curriculares que concentram as práticas apenas no final dos cursos). É percebida, também, nos discursos de professores e estudantes que criticam a excessiva fragmentação dos currículos. De uma forma mais sutil, está na reclamação de alguns estudantes sobre a forma autoritária e grosseira com que são tratados por alguns professores; mas ela está, sobretudo, presente na crítica que os representantes das comunidades fazem à utilização de modelos prescritivistas, que não permitem aos estudantes e professores perceber e compreender demandas existentes na população, que não se enquadram nas metas dos programas de saúde institucionalizados. Isto aponta para a necessidade de uma maior predisposição para “escuta” e decodificação destas necessidades, para a construção de processos de trabalho atentos a um universo mais amplo de necessidades e interesses da população. Trata-se obviamente de uma decodificação difícil, pois muitas vezes o conhecimento e a experiência anteriores não são suficientes, é preciso muitas vezes

ultrapassar essas duas instâncias para se chegar à compreensão da situação em foco. É preciso se deixar “surpreender” pela situação, pois é exatamente, nesse processo, que aprendizagens significativas são articuladas e que a cooperação e a parceria ganham sentido.

A capacidade de “escuta” está relacionada à necessidade de pensar, de desentranhar o sentido de uma experiência nova e os caminhos de uma ação por fazer. Se se abdica disso, como fala Chauí (2001a), a tendência é repetir, sempre, os modelos adestrados e tomar a prática como uma aplicação mecânica desses modelos sob a forma de táticas e estratégias. A própria idéia da ação como práxis social, pode se transformar numa pura técnica de agir circunscrita ao campo do provável e do previsível. É importante chamar atenção para essas questões, devido a uma prática habitual da universidade de achar que já existem soluções “prontas” para os problemas, de já chegar “ensinando” sem antes buscar formas de aprofundar o conhecimento sobre a situação a partir da interação com as pessoas do local.

Alguns aprendizados referidos pelos alunos comprovam a importância do “saber escutar” as demandas da prática. Quando eles dizem “eu aprendi a ouvir mais”; “as pessoas só queriam que eu as escutasse”, estão se referindo a aprendizagens da prática, a conhecimentos, que são, por definição, ligados à pessoa, ao praticante, são, portanto, mais difíceis de serem comunicadas. São saberes construídos pelo profissional, durante a sua vida, geralmente de forma gradual e não através de saltos sucessivos como acontece com os saberes teóricos. Os saberes ditos *práticos* são mais duradouros e os chamados saberes *teóricos* são mais efêmeros, mas ambos são fundamentais na formação da conduta do profissional (BERNADOU, 1996). Entretanto, é sempre bom lembrar que os saberes da prática e os saberes teóricos não podem ser vistos como instâncias totalmente separadas, não existe uma separação radical entre esses dois campos, como argui Fróes Burnham (1992): o concreto é um suporte às construções teóricas e a teoria imprime orientação à experiência. Se, neste estudo, está se dando atenção especial aos “saberes da prática” é com o objetivo de mostrar a importância desses saberes no processo de formação profissional. Os currículos, ao darem muita atenção aos saberes técnico/científicos, “esquecem-se” de que, nos espaços onde as práticas desenvolvem-se, existem outras possibilidades de aprendizagem que vão muito além da mera “aplicação” do conhecimento obtido em sala de aula.

A “escuta” na construção deste estudo teve o sentido de tentar mostrar que o currículo não deve ser visto como algo “exterior” a suas práticas, algo colocado no papel, distante do

cotidiano das ações. O que se buscou trabalhar foi a idéia de que o currículo **também** deve ser objeto de preocupação do processo de formação. Na medida em que este desenvolve formas de auto-escuta, transforma a formação em um processo que pensa a si mesmo. É nesse exercício de reflexividade, que, como diz uma das estudantes de enfermagem “se pode conhecer, de fato, onde está a dificuldade, onde está o problema, se começa a detectar coisas que não têm respostas prontas, a desconstruir muitas coisas que a gente sabia” (Estudante 1 Enf. Fonte GF).

7 CONCLUSÕES

O termo “conclusão” está ligado à idéia de “término”, de “finalização”. Evidentemente, que não se trata, aqui, do encerramento ou finalização de uma discussão que está apenas começando. No contexto deste estudo, a palavra “conclusão” está referida apenas ao encerramento de um trabalho, no qual foram levantadas questões como: relação universidade e comunidade; relação espaço e aprendizagem, bem como, demandas ao currículo advindas da prática, que são questões ainda muito pouco estudadas na universidade e que estão a requerer uma priorização, até o momento, quase inexistente.

Durante o processo de análise, muitas demandas à universidade se fizeram presentes. Aquelas relacionadas mais diretamente aos currículos de cursos da área de saúde, foram discutidas no Capítulo anterior. Aqui, serão tratadas questões mais amplas em relação à universidade e à educação.

A primeira dessas questões refere-se à necessidade de que a universidade repense a sua habitual postura autoritária perante outros tipos de conhecimento que não aquele por ela produzido/socializado. As discussões feitas, no Capítulo sobre as relações entre a universidade e a comunidade, indicam que a postura da universidade, de tentar substituir os conhecimentos próprios da população pelo conhecimento acadêmico, ainda é hegemônica. Esta posição, própria do iluminismo, sustenta-se, na crença do conhecimento científico, como “dissipador da ignorância” e tem, como principal modo de disseminação, as práticas de comunicação e de educação dirigidas aos “excluídos” do consumo (da escola, dos serviços de saúde, entre outros). O menosprezo por outras formas de conhecimento, como denunciam Moscovici (1998, *apud* GUARESCHI, 2002) e Sousa Santos (1997) esconde uma discriminação e uma tentativa de exclusão, ou supressão de determinados tipos de saberes, no caso específico, o chamado “saber popular”.

Para Sousa Santos (1997, p. 328), a universidade, ao não reconhecer as formas de conhecimento próprias da população, deslegitima as práticas sociais que as sustentam e, nesse sentido, promove a exclusão social. Este tipo de “epistemicídio” costuma ser utilizado, quando se quer “subalternizar, subordinar, marginalizar, ou ilegalizar práticas e grupos sociais que poderiam constituir uma ameaça [...] ou ainda contra trabalhadores, índios, negros,

mulheres, as minorias em geral (étnicas, religiosas, sexuais)”. Na percepção de Guareschi (2002), enquanto essas práticas forem hegemônicas, dificilmente poder-se-á falar numa sociedade verdadeiramente democrática e pluralista, tanto política, como cultural e economicamente.

A ação educativa/comunicativa em comunidades, na percepção de Freire (1981) só tem sentido e eficácia, quando objetiva criar oportunidades de quebrar o silêncio e a invisibilidade social dos “excluídos”. A libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma palavra a mais, é a práxis, que implica na ação e reflexão das pessoas sobre o mundo, para transformá-lo. Assim, não basta que a universidade torne seu saber conhecido, é preciso que ela reconheça e legitime outros saberes que estão fora dela. É preciso reconhecer que existem questões, na sociedade, que extrapolam o conhecimento técnico-científico e que trazem demandas urgentes para a educação. Uma delas é formulada por Sousa Santos (1996, 2000), como o grande paradoxo do tempo em que vivemos: mutações vertiginosas produzidas pela globalização, sociedade de consumo e a sociedade de informação. Mas é, também, um tempo de estagnação, parado na impossibilidade de pensar a transformação social radical. Nunca foi tão grande a discrepância entre a possibilidade técnica de uma sociedade melhor, mais justa e mais solidária e a sua impossibilidade política.

Impõe-se uma questão fundamental, neste “tempo de estagnação” e diante desta discrepância: o que a universidade poderia desenvolver no sentido de combater a trivialização do sofrimento humano, os profundos fossos que separam os *excluídos* e os *excludentes*, neste tempo em que os processos de globalização e a infra-estrutura informacional acrescentam outros fatores de segregação e fragmentam, ainda mais, os *estratos de cidadania*? (FRÓES BURNHAM, 2001). Esta é uma questão sobre a qual a universidade ainda tem muito o que refletir, se quiser, efetivamente, contribuir para a luta contra o aprofundamento da situação de *apartheid* social existente na nossa sociedade.

O primeiro passo para esta reflexão seria a busca da construção de uma universidade que *pensa a si mesma*. Compreender o significado de “pensar a si mesma” implica, no dizer de Sousa Santos (1997), uma abertura para o *outro*. Este, na percepção do autor é o sentido profundo da democratização da universidade. Democratização esta que implica, sobretudo, que a universidade participe, ativamente, da busca de soluções para os problemas do mundo

contemporâneo e ainda, mesmo que de forma modesta, contribua para o re-encantamento da vida coletiva.

Este sentido do “pensar a si mesma” difere, radicalmente, do movimento visualizado na universidade brasileira durante os anos noventa. Neste período, como aponta Chauí (2001a), a universidade fez um movimento de *se virar para dentro de si mesma*, sem que isto significasse um *retorno a si própria*. Pode-se dizer que este movimento significou uma virada para o próprio umbigo, mas sem saber onde esse se encontra. A *universidade operacional*, instituída na década de noventa, caracteriza-se por ser regida por contratos de gestão e avaliada por índices de produtividade. Isso, juntamente com a grave crise financeira que a instituição vem atravessando, tem feito com que esta busque cooperação, quase que exclusivamente, com o setor industrial, tornando esta a forma hegemônica da universidade exercer a sua “responsabilidade social”. O discurso político da integração universidade / setor produtivo, deixa de lado outros problemas e saberes de outras faixas da população que também demandam uma participação mais efetiva da universidade.

Um exemplo disso são os movimentos populares urbanos, crescentes na sociedade, sobretudo na esfera dos bairros mais pobres, que reivindicam das instituições sociais, incluída aí a universidade, um maior compromisso com a resolução de problemas que os afeta diretamente. Questões trazidas pelas lideranças comunitárias ilustram bem isto:

Nós já tínhamos uma história de luta nas nossas comunidades, mas a participação da Universidade, sobretudo do Projeto UNI, nos ajudou a ter uma melhor articulação, a enfrentar uma série de dificuldades que antes nós não tínhamos como enfrentar, deu mais força ao nosso trabalho, nos deu uma visão mais ampla da realidade (Líder Comunitário 2. Fonte GF).

Promover o reconhecimento de outras formas de saber e o confronto comunicativo entre elas é, na percepção de Sousa Santos (1997), a primeira condição para que a universidade possa, efetivamente, se responsabilizar socialmente. Para tanto, a universidade deve ser um ponto privilegiado de encontro entre saberes. A hegemonia da universidade deixaria, assim, de estar no caráter único e exclusivo do saber que produz e transmite para passar a residir na configuração de saberes que proporciona, na produção de conhecimentos de modo compartilhado com outros setores da sociedade.

A compreensão do conhecimento como mobilizador de transformações sociais, requer uma discussão sobre a própria concepção do que seja *conhecimento* e das formas como ele é

produzido e socializado. A análise desenvolvida, neste estudo, evidenciou a necessidade de superar um modo bastante arraigado às práticas da universidade em comunidade, que é o de “passar”, “repassar” informações construídas em outros contextos sem se preocupar em fazer um vínculo, uma ponte com a história e os saberes daquelas pessoas que estão ali naquele espaço, naquele lugar. Para que uma *informação* seja efetivamente *formativa* é preciso que seu sentido seja partilhado pelas pessoas que estão interagindo em uma determinada ação ou atividade. É esse *partilhar* que torna possível a “construção coletiva do conhecimento”, que possibilita o trabalho efetivo com indivíduos, grupos ou comunidades.

O compromisso de “colocar o conhecimento a serviço de parcelas da população que dele são privadas” (UFBA, 1999, p. 363), significa pensar como Romano (2002) que a universidade é sempre relacional, que não tem sentido uma universidade “para si”. Mas para que este compromisso possa, de fato, contribuir para a transformação da universidade, é preciso repensar o conceito elitista de “extensão universitária”, para que se possa pensar em uma universidade que faz intercâmbios e não apenas difunde e dissemina conhecimentos (FRÓES BURNHAM, 2000). É neste movimento que se pode compreender que a universidade nas suas atividade de extensão, não só “presta serviços” a outrem, mas, também “presta serviços” a si própria (SOUSA SANTOS, 1997). É a partir desta compreensão que a “escuta” às próprias práticas que estamos tratando neste estudo, pode trazer subsídios para que a universidade possa encontrar novos eixos para seus currículos, visando à formação de cidadãos socialmente responsáveis e com capacidade de reflexão sobre sua própria prática.

As práticas das disciplinas analisadas, as idéias preconizadas pelo Projeto UNI e outros movimentos como o UFBA em Campo e a ACC, podem ser considerados como iniciativas que visam, de alguma forma, repensar a inserção da universidade na sociedade, pois representam um contraponto à formação enclausurada de profissionais, e uma tentativa de respostas éticas, solidárias, às críticas e pressões de vários setores da sociedade à universidade pública brasileira. Contudo, ao longo deste estudo, foram apontadas questões - tanto pelos representantes das comunidades como pelos estudantes e em parte pelos professores - sobre a necessidade de uma maior reflexão sobre essas práticas no sentido de que elas possam, de fato, contribuir na instituição de uma universidade mais sensível e produtiva no que se refere à interação com a sociedade. Algumas falas nas quais se pode perceber isto: “O professor chega lá mostra um projeto excelente, começa um trabalho, mas

quando é no semestre seguinte não aparece mais” (Líder Comunitário 1. Fonte GF). “Acho que ainda temos muitas dificuldades no trabalho com a universidade, tem muitos alunos, professores que ainda têm muito preconceito...” (Líder comunitário 2. Fonte GF). “Isto [o trabalho com a universidade] é interessante para a comunidade e acredito que esta parceria só tende a crescer, desde que os parceiros estejam dispostos a conversar e a construir juntos” (Líder Comunitário 1. Fonte GF).

A necessidade, muitas vezes reiterada, de uma maior reflexão sobre a prática ganha sentido, sobretudo, no contexto da discussão da relação entre *espaço* e *aprendizagem*. Esta discussão, trazida mais especificamente no quarto Capítulo, dá-se, a partir da constatação da existência, cada vez maior, de uma interpenetração entre duas formas de organizações de aprendizagens: as *especialistas* (instituições de educação formal – escolas, universidades, institutos de pesquisa) e as *não especialistas* (locais de trabalho, grupos culturais, ações de movimentos políticos e sociais). As interações entre estas duas maneiras de organizar as aprendizagens têm demandado mudanças nas formas da universidade se relacionar com outros setores da sociedade. Um dos grandes desafios para isto tem sido o de identificar objetivos comuns e explorar novas formas de parceria e de instituição de espaços de aprendizagem necessários aos processos de formação demandados na contemporaneidade. Uma das justificativas para que a universidade aceite este desafio é o de que o confronto entre as visões de mundo na universidade e as visões encontradas em outros espaços sociais, contribui para a formação de novos conhecimentos, saberes e novas idéias para a solução de problemas reais e, reflexivamente, para a concepção de novas formas de construir currículos (FRÓES BURNHAM, 2002).

Este desafio já foi, em parte, vencido nas experiências analisadas nesta pesquisa. A construção de vínculos mais sólidos, como parte de um novo compromisso ético entre a universidade e a comunidade, foi partilhado por todos os grupos como uma das aprendizagens mais significativas, proporcionada pelo trabalho cooperativo. Neste processo, muitos projetos e objetivos comuns já foram construídos. Mas para que os vínculos firmados possam, de fato, instituir *espaços de aprendizagens cooperativas*, a análise revelou que muita coisa ainda precisa ser construída, a começar pela superação da concepção dominante da educação como prática unidirecional, autoritária, baseada na idéia de aprendizagem como simples aquisição de informações.

O estabelecimento de vínculos mais explícitos entre os diversos espaços onde ocorrem as aprendizagens (locais de trabalho, comunidade, laboratórios, sala de aula) é, para Young (2000), fundamental, uma vez que boa parte das mudanças curriculares não têm início na universidade e sim em outros espaços sociais. Assim, a saída da universidade de seus muros, para buscar na sociedade a construção de parcerias, formas de cooperação ou instituição de “comunidades de prática” pode representar oportunidades de criação e desenvolvimento de teorias com maior base prática, bem como de práticas com melhor base teórica. Como também pode representar uma oportunidade de aprendizagem, com alguns movimentos sociais, de como se constrói práticas de partilha e cooperação.

Para finalizar, gostaria de trazer, aqui, a necessidade e o desafio de (re)pensar a formação dos profissionais de saúde, tomando como base a noção de cuidado proposta por Boff (1999): a de que este não seja apenas um *momento* de atenção, de zelo e de desvelo. Mas, sim, uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o *outro*.

E ainda um convite à reflexão sobre o processo de (con)formação, tendo como inspiração os versos de Pablo Neruda:

O pé da criança ainda não sabe que é pé,
e quer ser borboleta ou maçã.

Mas depois os vidros e as pedras,
as ruas, as escadas,
e os caminhos de terra dura
vão ensinando ao pé que não pode voar,
que não pode ser fruta redonda num ramo.
Então o pé da criança
foi derrotado, caiu
na batalha,
foi prisioneiro,
condenado a viver num sapato.

Pouco a pouco sem luz
foi conhecendo o mundo à sua maneira,
sem conhecer o outro pé, encerrado,
explorando a vida como um cego.

PABRO NERUDA, “Ao pé de sua criança”, *Estravagagio*⁴⁵.

⁴⁵ Tradução encontrada em Pozo (2002).

REFERÊNCIAS

ABERCROMBIE, N. e Cols. **The pegiun Dictionary of Sociology**. 3rd. London: Peguin Books, 1994.

ALMEIDA, MCP; MISHIMA, SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface** - comunicação, saúde, educação. Fundação UNI de Botucatu/UNESP, v. 5, n. 9, p. 150-153, 2001.

ARANHA, MLA; MARTINS, MHP. **Filosofando**: introdução à filosofia. 2. ed. Revista e atualizada. São Paulo: Moderna, 1993.

ARAUJO, MJS. Demandas sociais para a preparação de profissionais de enfermagem: a graduação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 49, 1997, Belo Horizonte. **Anais**, Brasília: ABEN, 1998. p. 196-212.

ARDOINO, J. **Discernement entre pédagogie de l'étonnement de le pédagogie de la surprise?** (A propos d'une articulation entre formations initiales et formations continues). Colloque AFIRSE, Pau, França, 2002a.

_____. **Regards croisés sur le métissage**. (Contribution à la recontre de Fort de France), Paris, 2002b.

_____. Pour un éducation enfin reconnue métisse: Status respectifs de l'hétérogénéité et de l'impureté dans une telle optique. In: L'ANNÉE DE LA RECHERCHE EN SCIENCES DE L'ÉDUCATION. Paris: AFIRSE/Matrice, 2001. p. 181-205.

_____. **Les avatars de l'éducation**: problématiques et notions en devenir. Paris: PUF-Presses Universitaires de France, 2000a.

_____. De l' "accompagnement", en tant que paradigme. (Editorial) **Pratiques de Formation** (Analyses). Revue du Service de Formation Permanente-Université Paris VIII, n.40, p. 5-19, 2000b.

_____. Abordagem multirreferencial (plural) das situações educativas e formativas. In: BARBOSA, JG. (Org.) **Multirreferencialidade nas ciências e na educação**. São Carlos, SP: EdUFSCar, 1998, p.24-42.

ARDOINO, J. **Propos actuels sur l'éducation**. 6. ed. Paris: Editions Gauthier Villars, 1978. (Coleção Hommes et Organisations).

AYRES, JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação. Fundação UNI Botucatu/Unesp, v. 6, n.11, p. 11-23, 2002.

_____. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática?. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação. Fundação UNI Botucatu/UNESP, v.4, n.6, p.117-120. Botucatu, SP: Fundação UNI, 2000.

_____. Deve-se definir transdisciplinaridade? **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 2, n.1/2, p.36-38, 1997.

BARBIER, RA. Escuta sensível na abordagem transversal. In: BARBOSA, JG.(Org.). **Multirreferencialidade nas ciências e na educação**. São Carlos-SP: EdUFSCar, 1998. p.168-199.

_____. **L'Approche transversale; l' écoute sensible en sciences humaines**. Paris: Economica/Anthropos, 1997.

_____. **La recherche action**. Paris: Economica/Anthropos, 1996.

BARBOSA, JG. Educação para a formação de autores-cidadãos. In: BARBOSA, J. G.(Org.). **Multirreferencialidade nas ciências e na educação**. São Carlos-SP: EdUFSCar, 1998. p.7-13.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARTHES, R. **A aula**. 10 ed. São Paulo: Cultrix, 2002.

BAUMAM, Z. **Ética pós-moderna**. São Paulo: Paulus, 1997.

BECK, U. **La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad**. Barcelona: Paidós, 1998.

BERNADOU, A. Savoir théorique et savoir pratiques. L'exemple medical. In: BARBIER, J-M. (Dir) **Savoirs théoriques et saviors d'action**. Paris: PUF, 1996.

- BHASKAR, R. Teoria do conhecimento. In: OUTHWAITE, W; BOTTOMORE, T. (Org) **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. p. 125-129.
- BICUDO, M. A V. Sobre a fenomenologia. In: BICUDO, MAV; ESPOSITO, VHC. (Org.). **Pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico**. Piracicaba-SP: UNIMEP, 1994. p. 15-21.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- BOURDIEU, P. **La noblesse d’Etat: grandes écoles et esprit de corps**. Paris: Minuit, 1989.
- BOURDIEU, P. e PASSERON, J-C. **La reproduction: elements pour une théorie du système d’enseignement**. Paris: Minuit, 1970.
- _____. **Les héritiers: les étudiants et la culture**. Paris: Minuit, 1964.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, 1998.
- CAMPOS, FE; BELISÁRIO, SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação. **Interface**—comunicação, saúde, educação. Fundação UNI de Botucatu/UNESP, v. 5, n.09, p. 133-142, 2001.
- CECÍLIO, LCO. Programa UNI: uma necessária ampliação da sua agenda. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L; LLANOS, MC. (Org.) **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 129-136.
- CIANCONI, R. **Gestão da informação na sociedade do conhecimento**. Brasília: SENAI/DN, 1999.
- CHARLOT, B. **Le rapport au savoir em milieu populaire**. Paris: Anthropos, 2001.
- _____. **Da relação com o saber: elementos para uma teoria**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- CHAUÍ, MS. **Convite à filosofia**. 12. ed. São Paulo: Ática, 2002.

- CHAUÍ, MS. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo: Editora UNESP, 2001a.
- _____. **Cultura de democracia: o discurso competente e outras falas**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2001b.
- CHERVEL, A. **La culture scolaire: une approche historique**. Paris: Éditions Belin, 1998.
- CHIESA, AM.; CIAMPONE, MHT. **Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1998.
- CLIFFORD, J. **A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX**. Organizado por José Reginaldo Santos Gonçalves. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1998.
- COULON, A. Etnometodologia e multirreferencialidade. In: BARBOSA, J. G. (Org.) **Multirreferencialidade nas ciências e na educação**. São Carlos, SP: EdUFSCar, 1998. p.149-158
- CRITELLI, DM. **Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica**. São Paulo: EDUC: Brasiliense, 1996.
- DAMÁSIO, AR. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**. São Paulo: Cia das Letras, 1996.
- DANDURAND, P; OLLIVIER, E. Centralidade dos saberes e educação: em direção a novas problemáticas. **Educação & Sociedade**, n. 46, p. 380-407, dez 1993.
- DAZZANI, MVM. **Sobre algumas contribuições da Hermenêutica reivindicadas pelo o Pragmatismo**. Salvador, 1999 (Mimiografado).
- DEJOURS, C. **O fator humano**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999a.
- DEJOURS, C. A violência invisível. (Entrevista). **Caros Amigos**. São Paulo, n. 26, p.16-17, maio 1999b.
- DEMO, P. Extensão como pesquisa. In: **UFBA em campo 1996-1998: uma experiência de articulação ensino/pesquisa e sociedade**. Universidade Federal da Bahia, Pró-Reitoria de Extensão. Salvador, Bahia, 1998. p. 19-22.

DENZIN, NK. Lessons James Joyce Teaches Us; In: **Interpretive ethnography: ethnographic practices for the 21^o century**. London: Sage, 1997.

DOWBOR, L. Da globalização ao poder local: a Nova Hierarquia dos Espaços. **Pesquisa e Debate**, PUC-SP, v. 7, n.1(8). Disponível em <http://ppbr.com/ld>. Acesso em 20/11/1996.

DREYFUS, H; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

DUBET, F. **Sociologie de l' expérience**. Paris: Seuil, 1994.

FAGUNDES, NC. **Educação em saúde para escolares: a higiene nossa de cada dia**. 1987 (97f.) [Dissertação de Mestrado Saúde Comunitária]. Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia.

FAGUNDES, NC; FRÓES BURNHAM, T. Transdisciplinaridade, multirreferencialidade e currículo. **Revista da FAGED**/Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia, n. 5, p. 39-55, 2001.

FEUERWERKER, LCM; SENA, RR. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface: comunicação, saúde, educação**/Fundação UNI Botucatu/UNESP, v. 6, n. 10. p. 37-49, 2002.

FORMIGLI, VLA et al. Vigilância à saúde: uma experiência de integração ensino/comunidade/serviço de saúde para o controle da hipertensão. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1. p. 38-45. Jan/abr, 1999.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. **Microfísica do poder**. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

FRÓES BURNHAM, T. **Cidadania, globalização e tecnologias na (in)formação do trabalhador**. 2002a (mimeo).

FRÓES BURNHAM, T. Análise contrastiva: memória da construção de uma metodologia para investigar a tradução de conhecimento científico em conhecimento público.

DataGramZero. (On Line). Disponível em: <http://www.dgz.org.br> > Acesso em: 30/06/2002b.

_____. Desafios de la globalización et de las nuevas tecnologías para el currículo et la formación del ciudadano trabajador. In: PADENA, GO; RIQUELENE, RL.(Org).

Formación, cambyo et desarrollo. Temuco, Chile: Ed. Telstar Impresores, 2001. p. 272-283.

_____. Sociedade da informação, sociedade do conhecimento, sociedade da aprendizagem: implicações ético-políticas no limiar do século. In LUBISCO, N; BRANDÃO, L. (Org).

Informação e informática. Salvador: Edufba, 2000. p. 283-307.

_____. Complexidade, multirreferencialidade, subjetividade: três referências polêmicas para a compreensão do currículo escolar. In: BARBOSA, JG. (Org.) **Reflexões em torno da abordagem multirreferencial**. São Carlos: EdUFSCar, 1998a. p. 35-55.

_____. Aprendizagens no UFBA em Campo. In: **UFBA em campo 1996-1998**: uma experiência de articulação ensino/pesquisa e sociedade. Salvador: Universidade Federal da Bahia - Pró-Reitoria de Extensão, 1998b. p. 48-51.

_____. Vazio de significado político-epistemológico na escola pública. In: SOARES, MB et al. **Escola básica**. Campinas, S.P:Papirus: CEDES: ANDE: ANPED, 1992. p.89-102.

FRÓES BURNHAM, T. et al. **Currículo, trabalho e construção do conhecimento**: relação vivida no cotidiano da escola ou utopia de discurso acadêmico? (I Etapa). Salvador: UFBA, 1994. (Relatório de Pesquisa).

GADAMER. H-G. **Verdade e método**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

GAMBETTA, D. Confiança e cooperação. In: OUTHWAITE, W; BOTTOMORE, T (Org) **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. p. 119-121.

GARRAFA, V. Bioética e ética profissional: esclarecendo a questão. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, n. 97, set., 1998.

GAUTHIER, C; TARDIF. Elementos para uma análise crítica dos modos de fundação do pensamento e prática educativa, Trad. Isabel Mª S. de Farias e Nyamien Sebastien. **Contexto & Educação**. Rio Grande do Sul, n. 48. p.37-49, out./dez. 1997.

GEERTZ, C. **O saber local**: novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

_____. **El antropólogo como autor**. Barcelona: Ediciones Paidós, 1989.

GIANNOTTI, A. **A universidade em ritmo de barbárie**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

GIUST-DESPRAIRIES, F. Reflexão epistemológica sobre a multirreferencialidade. Trad Maria Amália Ramos. In BARBOSA, JG.(Coord) **Multirreferencialidade nas ciências e na educação**. São Carlos, SP: EdUFSCar, 1998. p. 159-167.

GLISSANT, É. **Introduction à une poétique du divers**. Paris: Gallimard, 1996.

GONÇALVES, RBM. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC ABRASCO, 1994.

GUARESCHI, PA. Pressupostos psicossociais da exclusão: competitividade e culpabilização. In: SAWAIA, B.(Org.) **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 141-156.

GUATARI, F. **As três ecologias**. Campinas: Papirus, 1995.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 1998. Parte I.

LAPASSADE, G. Da multirreferencialidade como “bricolagem”. In: BARBOSA J. G. (Coord.) **Multirreferencialidade nas ciências e na educação**. São Carlos, SP: EdUFSCar, 1998. p.126-148.

_____. **Les microsociologies**, Paris: Economica, 1996.

LAVE, J; WENGLER, E. **Situated learning**: legitimate peripheral participation. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

Referências

- LÉVY, P. Árvores de saúde. (Entrevista) **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo, n. 4. p. 143-156, 1999.
- LIMA, PC. Novos rumos na interface universidade-sociedade. In: **UFBA em campo II 1999-2001: uma experiência de articulação ensino/pesquisa e sociedade**. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Pró-Reitoria de Extensão, 2001. p. 361-362.
- _____. Pensando em voz alta sobre uma extensão da pesquisa e do ensino constituída. In: **UFBA em campo 1996-1998: uma experiência de articulação ensino/pesquisa e sociedade**. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Pró-Reitoria de Extensão, 1998. p. 32-40.
- MACEDO, RS. **Chrysallís, currículo e complexidade: a perspectiva crítico-multirreferencial e o currículo contemporâneo**. Salvador: EDUFBA, 2002.
- _____. **A etnopesquisa crítica e multirreferencial nas ciências humanas e na educação**. Salvador:EDUFBA, 2000.
- _____. Por uma epistemologia multirreferencial e complexa nos meios educacionais. In: BARBOSA JG. (Org.) **Reflexões em torno da abordagem multirreferencial**. São Carlos: EdUFSCar, 1998. p. 57-71.
- MACHADO, AR. Acompanhamento de família. (Carta). **Revista HCPA**. Porto Alegre, v. 07, n. 03, 1987.
- MARSIGLIA, RG. **Relação ensino/serviço: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1995.
- MATURANA, H.; REZEPKA, SN. **Formação humana e capacitação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
- MELO, MCM. **Inovação e gestão pública em saúde: uma análise da perspectiva local**. 2001. 244f. [tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- MENDES, EV et al. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, EV. (Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995. p.159-185.
- MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1996.

MORA, JF. **Dicionário de filosofia**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MORAES, NA. Transdisciplinaridade, saúde coletiva e história. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n.1/2, p.31-35, 1997.

MORIN, E. **Amor, poesia, sabedoria**. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000a.

_____. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000b.

_____. A epistemologia da complexidade. In: MORIN, E; MOIGNE, J-L. **A inteligência da complexidade**. 2. ed. São Paulo: Peirópolis, 2000c.

_____. **Ciência com consciência**. 2. ed. Revista e modificada pelo autor. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

_____. Epistemologia da Complexidade. In: SCHNITMAN D. F. (Org.) **Novos paradigmas, cultura e subjetividade** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996a. p. 274-286.

_____. **O problema epistemológico da complexidade**. Biblioteca Universitária. Lisboa: Publicações Europa – América, 1996b.

NONAKA, I; TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

NOVAK, JD. **Uma Teoria de Educação**. São Paulo: Pioneira, 1999

NÓVOA, A. Universidade e formação docente. (Entrevista) **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo, v. 4, n. 7, p. 129-138, 2000.

ORLANDI, EP. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. 5 ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2002.

PAIM, JS. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface** – comunicação, saúde, educação. São Paulo, v.5, n.09. p. 143-146. 2001.

_____. **Recursos humanos em saúde:** problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PAIM, JS.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, n.32. p.299-316, 1998.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo, v. 6, n. 11. p. 25-38. 2002.

PALMER, RE. **Hermenêutica**. Lisboa: Edições 70, 1997.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde:** a interface entre trabalho e interação. 1998. 260f. [tese de Doutorado]. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

PERRONE-MOISÉS, L. Lição de casa – posfácio. In: BARTHES, R. **A aula**. São Paulo: Cultrix, 2002.

PETRAGLIA, IC. **Edgar Morin:** a educação e a complexidade do ser e do saber. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

PORTO CARRERO, V. Transdisciplinaridade em saúde coletiva: tópicos filosóficos complementares. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p.39-44, 1997.

POZO, JI. **Aprendizes e mestres:** a nova cultura da aprendizagem. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PRIGOGINE, I. **O fim das certezas:** tempo, caos e as leis da natureza. São Paulo: Editora da UNESP, 1996.

RABINOW, P. Representations are social facts: modernity and post-modernity. In: CLIFFORT, J; MARCUS, GE. (Ed) **Writing culture:** the poetics and politics of ethnography. Berkeley: University of California Press, 1986. p.234-261.

ROMANO, R. Ética, ciência, universidade. (Entrevista). **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo, v. 6, n.10. p.97-109. 2002.

RAMOS, MN. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2001.

RORTY, R. **Objetivismo, relativismo e verdade.** Rio de Janeiro: Relume Dumerá, 1997.

SACRISTÃN, JG. Currículo e diversidade cultural. In: SILVA, TT; MOREIRA, AF (Org). **O currículo e os novos mapas políticos culturais.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

SALVADOR - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Relatório de gestão.** Salvador, 1999.

SAKAI, MH.; LIMA, GZ. PBL: uma visão geral do método. **Olho Mágico**, Londrina, v. 2, n. 5/6, n. esp. p. 24-30, 1996.

SANTOS, M. **Território e sociedade.** 2. ed. São Paulo: Perseu Abramo, 2000.

_____. **Metamorfoses do espaço habitado.** 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1996a.

_____. **Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1996b.

SERRA, O. Manhã e método. In: **UFBA em campo 1996-1998: uma experiência de articulação ensino/pesquisa e sociedade.** Salvador: Universidade Federal da Bahia, Pró-Reitoria de Extensão, 1998. p. 59-69.

SERRES, M. Novas tecnologias e sociedade pedagógica. (Entrevista) **Interface**– Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo, v. 4, n.6, p.129-142, 2000.

SCHRAIBER, LB. Ciência, trabalho e trabalhador em saúde: contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos. **Divulgação para a Saúde em Debate**, n.14. p. 07-09, ago,1996.

SHORE, C. Comunidade. In: OUTHWAITE, W; BOTTOMORE, T. (Org) **Dicionário do pensamento social do Século XX.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. p. 115-117.

SILVA, T. T. **Currículo e cultura como práticas de significação.** [s.p: s.n], 1998. Apresentado no GT Currículo da ANPED.

SOARES, L.E. **O rigor da indisciplina**: ensaios de antropologia interpretativa. Rio de Janeiro: Relume Dumerá, 1994.

SONTAG, S. **Contra a interpretação**. Porto Alegre: L&PM, 1987.

SOUZA, ES. **Quando o ensino acadêmico se converte no espaço do conhecimento interessado**: o trabalho educativo em saúde bucal coletiva. 2002. 144 f. [tese de Doutorado]. Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

SOUSA SANTOS, B. **Para um novo senso comum**: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. São Paulo: Cortez, 2000. v. 1. “A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência”.

_____. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. Para uma pedagogia do conflito. In: SILVA, L E; AZEVEDO, JC. (Org.). **Reestruturação curricular**: novos mapas culturais, novas perspectivas educacionais. Porto Alegre: Sulina, 1996. p. 15-33.

_____. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estudos avançados**, v. 2, p. 56-71, 1988.

SVEIBY, KE. **A nova riqueza das organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TANAKA, OY; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Editora da USP, 2001.

TEIXEIRA, CF; PAIM, JS. Políticas de formação de Recursos Humanos em Saúde: Conjuntura atual e perspectivas. **Divulgação da Revista Saúde em Debate**. Londrina, n. 12, p.19-23, jul.1996.

THERRIEN, J. Saber de experiência, identidade e competência profissional: como os docentes produzem sua prática. **Contexto & Educação**. Rio Grande do Sul, n.48, p.7-36, 1997.

_____. O saber social da prática docente. **Educação & Sociedade**. n. 46, p.408-418, dez. 1993.

TORALLES-PEREIRA, MLT. Notas sobre Educação na transição para um novo paradigma. **Interface** - Comunicação, saúde, Educação. Fundação UNI Botucatu/UNESP. n.1, p. 51-58, 1997.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - Pró-Reitoria de Extensão. **UFBA em Campo II 1999-2001**: uma experiência de articulação ensino/pesquisa e sociedade. Salvador, 2001.

_____. **UFBA em Campo 1996-1998**: uma experiência de articulação ensino/pesquisa e sociedade. Salvador, 1998.

VALLA, V. V. Debatendo a presença das classes populares nos projetos UNI. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L; LLANOS, MC. (Org.) **Educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 137-144.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface**—comunicação, saúde, educação. Fundação UNI de Botucatu/UNESP, v.5, n.8. p. 121-126, 2001.

_____. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p.6-19 set./dez. 1999.

WALDOW, V. R. A opressão na enfermagem: um estudo exploratório. In: LOPES, MJM; MEYER, D E; WALDOW, V R. (Org.). **Gênero & saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

WITTGENSTEIN, L. **Tractatus lógico-philosophicus**. 3. ed. São Paulo: EDUSP, 2001.

YOUNG, M. F. D. **O currículo do futuro**: da “nova sociologia da educação” a uma teoria crítica do aprendizado. Campinas, SP: Papirus, 2000.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento

Eu, -----, (Representante da Comunidade; professor; estudante ou ACS)-----, declaro que após ouvir da Professora/Doutoranda Norma Carapiá Fagundes, as explicações sobre a justificativa, os objetivos e os procedimentos para a realização da pesquisa intitulada “Em busca de uma universidade outra: a inclusão de “novos” espaços de aprendizagem na formação de profissionais de saúde”, que se constituirá na sua tese de doutoramento, consinto em participar por minha livre e espontânea vontade, da técnica de *grupo focal* e declaro estar ciente de que as informações por mim prestadas serão gravadas e utilizadas pela referida professora no desenvolvimento da pesquisa em pauta. O meu consentimento está atrelado às seguintes exigências:

- Que a pesquisadora utilize as informações colhidas no grupo focal exclusivamente para a pesquisa em tela.
- Que eu possa retirar o meu consentimento, se assim o desejar em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.
- Que seja garantido o sigilo das informações por mim prestadas e a minha privacidade como participante da pesquisa.

Salvador,

Assinatura do participante

APÊNDICE B – Roteiro para os grupos focais

COM PROFESSORES:

- Em primeiro lugar, eu gostaria que o grupo descrevesse em linhas gerais quais são as experiências que são desenvolvidas nas disciplinas que vocês participam, que envolvam parcerias com comunidades. Como o trabalho é planejado, ou melhor, quem participa do planejamento?
- Por que o grupo optou por este tipo de experiência? Qual a importância do trabalho com comunidade para a formação do médico/ do enfermeiro/ do odontólogo? O que vocês esperam que os alunos aprendam nestas atividades?
- Na prática, o trabalho com comunidade costuma trazer resultados diferentes daqueles que foram inicialmente previstos/programados? Como vocês lidam esses resultados diferentes (para além ou para além) do que tinham pensado em alcançar?
- Você (cada professor individualmente) considera que o trabalho com comunidades tem modificado a sua prática (a compreensão do seu papel) de professor? De que forma?

COM ESTUDANTES

- Em primeiro lugar, eu gostaria que o grupo me descrevesse em linhas gerais os trabalhos que vocês participam (ou participaram) promovidos pela sua escola (Enfermagem, Odontologia ou Medicina) ou outros setores da UFBA com comunidades. Quais as disciplinas que desenvolvem este tipo de trabalho e como tem sido a participação de vocês nos mesmos?
- Vocês consideram a atuação em comunidades importante para a formação profissional? Porque?
- O que vocês aprendem neste tipo de experiência? O aprendizado é diferente daquele da sala de aula? Quais são as principais diferenças?

COM REPRESENTANTES DAS COMUNIDADES:

- Quais as atividades que vocês participam ou já participaram em conjunto com estudantes e professores da UFBA? Como a comunidade tem participado nesses trabalhos?

- Vocês consideram que o trabalho com a universidade tem contribuído para o aumento da competência individual (de cada um) e da comunidade para lidar com as questões relacionadas à saúde? Podem dar exemplos disto?
- Vocês consideram que este tipo de experiência contribui para a formação dos profissionais de saúde? De que forma?

COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:

- Quais as atividades que vocês participam ou já participaram em conjunto com estudantes e professores da UFBA? Qual foi, ou qual tem sido a participação dos ACS nestes trabalhos?
- Vocês consideram que este tipo de experiência contribui para o trabalho dos ACS e para a formação dos profissionais de saúde? De que forma?

ANEXO I – Programa da disciplina Estágio Curricular em Rede Básica

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM/DECOM
ESTÁGIO CURRICULAR / REDE BÁSICA 2001.1

PROPOSTA PEDAGÓGICA

O Estágio Curricular tem como propósito a inserção do aluno como protagonista no processo de trabalho, de forma que lhe possibilite exercitar e consolidar os conhecimentos e habilidades adquiridos no seu processo inicial de formação, tendo em conta uma situação real de trabalho. Isto implica não só na realização das atividades já estabelecidas no processo de trabalho das unidades, mas no desenvolvimento da capacidade crítica, analítica e instrumental, que o capacite para imprimir as mudanças necessárias ao atendimento das reais necessidades de saúde do indivíduo e da coletividade.

O estágio curricular deve ter como produto mínimo o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas para:

- Buscar e selecionar informações necessárias ao desenvolvimento das ações e ao processo de tomada de decisões.
- Analisar as informações, estabelecer prioridades, tomar decisões, intervir e avaliar o resultado e impacto das ações, tendo em conta a complexidade e as múltiplas relações do contexto.

Neste processo, saber analisar o contexto geral e particular, tomar iniciativas, comunicar-se, negociar, trabalhar conflitos, planejar, configuram-se como habilidades fundamentais. Portanto, os objetivos do estágio são:

OBJETIVO GERAL

Espera-se que ao final do Estágio a aluno tenha se inserido no processo de trabalho da unidade, realizando atividades assistenciais e gerenciais, tendo em conta os problemas prioritários do indivíduo e/ou da coletividade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar as políticas de saúde (Nacional, Estadual e Local) e sua influência na organização da atenção à saúde no âmbito local.
2. Reconhecer o território, identificando, priorizando e analisando os problemas de saúde.

3. Entender a dinâmica de funcionamento da Unidade Básica de Saúde e identificar os recursos existentes para o enfrentamento dos problemas.
4. Interagir com os profissionais na perspectiva do trabalho multiprofissional.
5. Realizar atividades de planejamento e programação local, de organização de serviços, de articulação com outros setores e segmentos governamentais e/ou comunitários e de acompanhamento e avaliação voltadas para o enfrentamento dos problemas identificados no âmbito da saúde coletiva.
6. Promover e realizar atividades educativas e de assistência de enfermagem no âmbito local.
7. Realizar atividades de educação permanente para pessoal auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.
8. Interagir com as instâncias representativas e de decisão da comunidade e da unidade (Conselhos Locais de Saúde, Associações de Moradores etc.).

METODOLOGIA

O Estágio terá como referência as unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário Barra/ Rio Vermelho e do Distrito Sanitário da Boca do Rio, incluindo atividades desenvolvidas intramuros, e nos espaços externos (domicílios, creches, escolas, equipamentos comunitários, logradouros públicos etc.).

Os alunos estarão inseridos nas equipes do PACS e/ou da unidade de saúde, ficando sob a responsabilidade da preceptora do estágio (coordenadora do PACS ou enfermeira da unidade) e do acompanhamento e orientação da professora orientadora.

Além das **atividades de campo**, os alunos terão, semanalmente, com o seu respectivo professor orientador, momentos de leitura e discussão de temas (Anexo 1) e orientações necessárias ao apoio às atividades de campo. Esse será, também, o momento de avaliação das atividades desenvolvidas, onde os alunos deverão apresentar a **planilha com registro do seu processo de trabalho** (Anexo 2).

Como produto fundamental do estágio (competências a serem atingidas), cada aluno irá **propor e desenvolver atividades, tanto gerenciais quanto assistenciais**, que contribuam para a solução dos problemas de saúde prioritários da população. Para tanto, ficarão responsáveis pela coordenação das atividades de 5 ou mais Agentes Comunitários de Saúde e pela cobertura assistencial das 1000 ou mais famílias dos seus respectivos Agentes.

As atividades a serem desenvolvidas serão programadas conjuntamente por professores, alunos, preceptores do estágio, Agentes Comunitários de Saúde e outros atores envolvidos na situação, e expressas **num plano e cronograma de trabalho**.

O processo de planejamento deverá se orientar pelo enfoque do Planejamento Estratégico Situacional (Carlos Matos, 1987); o que implicará na realização de um diagnóstico situacional, numa definição e realização de ações e estratégias para impactar o problema, levando em conta a sua viabilidade operacional, bem como na definição de indicadores e mecanismos de avaliação das ações.

Nessa perspectiva, os alunos deverão buscar informações através de entrevistas, trabalhos de grupos, leituras de documentos e consulta a fontes secundárias que possam:

- Caracterizar as áreas e famílias, som sua responsabilidade, do ponto de vista geotopográfico, sócio-econômico, cultural, demográfico e epidemiológico.
- Entender a dinâmica de funcionamento da unidade básica de saúde e das unidades de referência (acesso; recepção da clientela; fluxo; horários e critérios de atendimento; formas de encaminhamento), na perspectiva de garantir o acesso da população a todos os níveis de atenção, através da articulação das diversas unidades assistenciais.

- Relacionar os outros recursos e equipamentos sociais existentes na comunidade de acordo com as formas e possibilidades de utilização para enfrentamento dos problemas identificados.

Como a assistência no âmbito da Saúde Coletiva inclui o atendimento às necessidades individuais tanto de forma programada como de demanda espontânea, os alunos deverão **identificar as formas existentes de atendimento e/ou buscar/propor sua organização**, para que suas famílias sejam devidamente encaminhadas de acordo com suas necessidades.

Para possibilitar o alcance dos objetivos propostos pelo estágio, além do desenvolvimento de ações para o enfrentamento dos problemas prioritários, o aluno desenvolverá, a partir de uma questão por ele formulada, um **estudo de caso** relacionado à Saúde Coletiva, voltado para os problemas de estado de saúde ou dos serviços de saúde da sua área de atuação.

AVALIAÇÃO

Os alunos serão avaliados pelo seu desempenho individual, de acordo com os critérios e variáveis constantes do “Boletim de Avaliação” (Anexo 3) e através da participação nas discussões e da apresentação dos trabalhos escritos – Plano Operativo, Estudo de Caso e Relatório Final/Prontuário das microáreas (orientações no Anexo 4).

A avaliação do desempenho deverá ser processual, devendo ser realizada pela preceptora, aluna e professora orientadora.

A nota final do estágio em rede básica será a média aritmética do desempenho individual e dos trabalhos escritos. Será considerado aprovado o aluno que obtiver, no mínimo 7 (sete) em cada item (desempenho e trabalhos escritos).

ANEXO II – Programa da disciplina Introdução à Medicina Social

UFBA/ FAMED/ DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA MED- 209 - Introdução à Medicina Social – SEMESTRE 2002.1 PROGRAMA DO CURSO

A. DESCRIÇÃO DA DISCIPLINA

Introdução à Medicina Social (IMS) é uma disciplina complementar obrigatória oferecida no 3º semestre do curso de graduação em Medicina. Sua carga horária é de 90 horas, sendo 30 horas de atividades teóricas e 60 horas de atividades teórico-práticas e/ou práticas. Corresponde a quatro créditos.

Em cada semestre do ano letivo, a disciplina oferece 80 vagas (40 pela manhã e 40 pela tarde), das 8 às 11 horas e das 14 às 17 horas, respectivamente, às terças e quintas-feiras. As turmas são divididas em módulos de 13 e 14 alunos, sendo que de TO1 a TO3 as aulas são pela manhã e de TO4 a TO6, pela tarde.

Cada turma fica sob a responsabilidade de um docente, o qual coordena o desenvolvimento das atividades teóricas e práticas. Poderão também ser convidados outros profissionais e professores para apresentação e discussão de temas específicos. As atividades comportarão também momentos conjuntos de todas as turmas de cada turno.

O curso é integrado por:

-6 módulos temáticos, que abrangem atividades teóricas e práticas, realizadas alternadamente nos dias da semana.

-uma prática de educação em saúde, realizada na metade do curso.

-uma discussão sobre temas atuais em Medicina Social, ao final do programa.

B. MÓDULOS TEMÁTICOS

Módulo 1 - Introditório	1.1 Medicina Social: conceito e história. 1.2 Cultura, Sociedade e Saúde 1.3 As práticas em Medicina Social e Saúde Pública: Educação e Comunicação em Saúde.
Módulo 2	2.1 Estado e Sociedade Civil 2.2 Saúde e Cidadania 2.3 Saúde e Constituição.
Módulo 3	3.1 A ética na saúde: a Bioética e a Medicina Social.
Módulo 4	4.1 Serviços de Saúde no Brasil: organização, gestão e financiamento.
Módulo 5	5.1 Saúde e Trabalho.
Módulo 6	6.1 Formação médica no Brasil 6.2 Organização do trabalho médico; perfil dos médicos no Brasil.

As atividades teóricas constarão de seminários, discussões em grupo, exposições e debates, utilizando os textos básicos da disciplina e bibliografia complementar, além de materiais audiovisuais.

As atividades práticas compreendem:

- **Visitas a organizações da sociedade civil e/ou debates com seus representantes:** movimento popular, organizações sindicais, partidos políticos, associações profissionais, e organizações representativas da categoria médica (ABM, CREMEB, SINDIMED).
- **Visitas a instituições e/ou serviços de saúde públicos, privados ou comunitários:** abrangendo a realização de entrevista com usuários e observação participante.
- **Entrevistas estruturadas:** com representantes e profissionais das diversas organizações do trabalho em saúde em nosso meio.
- **Visitas/Debates com representantes de variadas instituições com o objetivo de discutir a relação Saúde e Trabalho:** sindicatos de trabalhadores, empresas, Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador etc.
- **Confecção de painéis temáticos; comitê simulado envolvendo questões da Bioética.**

C. PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Consta de ações educativas dirigidas à população, usuários de serviços ou alunos das escolas públicas e comunitárias, cujos locais de execução serão definidos levando em conta áreas de atuação do Departamento, a partir de critérios de viabilidade, interesse, benefícios, e possibilidades de continuidade.

D. TEMAS ATUAIS EM MEDICINA SOCIAL

Apresentação e discussão de temas relevantes em Saúde Pública (ex: fome, violência), selecionados previamente nas turmas e preparados ao longo da execução das demais atividades.

E. OBJETIVOS EDUCACIONAIS (NUMERADOS DE ACORDO COM OS TEMAS TEÓRICOS).

- 1.1 Identificar os diferentes sentidos históricos da “Medicina Social”, caracterizando os seus principais objetos de saber e de prática.
- 1.2 Descrever as relações entre cultura, sociedade e saúde.
 - 2.1 a. Analisar o papel do Estado e da sociedade civil em relação à saúde nas sociedades contemporâneas, principalmente no Brasil.
 - 2.1b. Identificar organizações da sociedade civil, discutindo formas de participação no âmbito da saúde.
 - 2.2. Definir cidadania, identificar os direitos básicos do cidadão e discutir saúde enquanto direito social.
 - 3.1. Discutir as relações entre a Bioética, as práticas de saúde e a Medicina Social.
 - 4.1. Analisar as características dos serviços de saúde nos sub-setores público e privado no Brasil, identificando os principais modelos de atenção à saúde existentes no país.
 - 5.1 a. Analisar as relações entre saúde e trabalho.

5.1b. Identificar as diversas formas de organização para defesa das condições de trabalho e da saúde do trabalhador.

6.1. Descrever as características da formação médica, sua relação com a realidade de saúde no Brasil e discutir as perspectivas de transformação.

6.2. Descrever as formas de organização do trabalho médico existentes no Brasil, analisando a situação atual e as perspectivas do mercado de trabalho.

Objetivos das práticas de educação em saúde

-Explicar a importância das ações educativas em saúde no que se refere à prevenção de doenças, elevação da consciência sanitária e a conquista da cidadania.

-Realizar ações educativas de saúde em comunidades, escolas e/ou serviços de saúde.

-Praticar diferentes formas de sociabilidade, no sentido da construção dos princípios de solidariedade e cooperação.

Objetivo da atividade “Temas em Medicina Social”

Discutir temas relevantes em Saúde, relacionando-os com o referencial teórico da Medicina Social.

F. AVALIAÇÃO

O desempenho dos estudantes será aferido através da média aritmética de quatro conceitos (0 a 10), três deles correspondentes a avaliações dos módulos temáticos e um à prática de educação em saúde (PES).

Cada módulo temático utilizará instrumentos específicos de avaliação tais como sínteses ou fichamento de textos, seminários, relatórios, testes escritos e/ou orais. Além disso, a avaliação do módulo considerará o desempenho do aluno no que diz respeito a frequência, pontualidade, participação nas discussões e contribuição nos debates e nas atividades, em geral. As notas dos módulos serão somadas de dois em dois para construir os três conceitos finais.

Módulo 1 e Módulo 2 – teste escrito = 8 + desempenho = 2; total = 10

Módulo 3 – comitê = 3 + fichamento = 1 + desempenho = 1; total = 5

Módulo 4 – seminário = 4 + desempenho = 1; total = 5

Módulo 5 – síntese do texto/debate = 2 + relatório da visita = 2 + desempenho = 1; total = 5

Módulo 6 – seminário = 4 + desempenho = 1; total = 5

PES – desempenho p/docente=5 + desempenho p/ discentes = 1 + Relatório=2 + Apres. Oral = 2
Total=10.

A disciplina contará ainda com avaliações processuais realizadas pelos alunos, referentes ao curso e ao docente.

ANEXO III- Programa da disciplina Odontologia em Saúde Coletiva I

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA - DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL
ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA I

Caracterização da disciplina

A disciplina Odontologia em Saúde Coletiva I é obrigatória para os alunos do 4º Semestre do curso de Odontologia, com uma carga horária de 75 horas/aula, sendo 15 delas teóricas e 60 em atividades práticas.

Busca proporcionar ao futuro profissional uma primeira aproximação com práticas individuais e coletivas que visem a manutenção da saúde bucal. Entende-se que estas situações são necessárias ao desenvolvimento de uma consciência crítica da realidade, proporcionando a formação de profissionais de saúde que sejam responsáveis pela implantação de um novo modelo de atenção à saúde bucal no Brasil.

A prática da disciplina serão desenvolvida no âmbito do Distrito Docente Assistencial Barra-Rio Vermelho, sendo escolhidas áreas levando-se em consideração aspectos como: capacidade instalada, modelo de atenção existente, recursos humanos disponíveis, análise de viabilidade do trabalho em parceria com os serviços existentes e a comunidade. A programação de cada localidade adquire feições próprias, construídas coletivamente, de acordo com suas demandas e possibilidades, onde se busca a integração entre Universidade/Serviço/Comunidade.

O paradigma da promoção de saúde bucal orienta o desenvolvimento das atividades práticas da disciplina, envolvendo alguns aspectos fundamentais:

- a informação, educação e comunicação em saúde como instrumentos de resgate da cidadania e não só como mero estímulo à prevenção através do “auto-cuidado”;
- a abordagem diferenciada dos determinantes biológicos e sociais do processo saúde/doença bucal;

Objetivos para o aluno:

Objetivos gerais:

- Preparar para uma prática profissional socialmente comprometida;
- Introduzir uma primeira atuação na área da Saúde Bucal Coletiva.

Ao final do curso o aluno deve estar apto a:

- compreender a organização social e política das comunidades em que irão atuar;
- perceber as diferentes culturas e saberes;
- exercitar a comunicação verbal e não-verbal a partir da interação com diferentes grupos;
- desenvolver ações educativas em saúde bucal;
- implementar medidas de promoção, prevenção e proteção à saúde bucal a nível comunitário;
- Compreender o enfoque coletivo em saúde bucal a partir da análise dos dados junto a famílias acompanhadas

- identificar aspectos relevantes das políticas de saúde bucal e os diferentes modelos assistenciais em experiência no país;

Conteúdos:

- Educação, Informação e Comunicação em saúde
- Promoção da saúde bucal
- Introdução à Epidemiologia
- Políticas de saúde bucal e modelos assistenciais em saúde bucal

As atividades práticas são diversificadas, tendo como eixos fundamentais:

- Visitas domiciliares para acompanhamento de famílias em micro áreas definidas pelos agentes comunitários. Nessas visitas são desenvolvidas atividades de orientação individual em saúde bucal com aconselhamento sobre uso de escova dental, pasta fluoretada, controle de dieta, etc.
- Implementação de grupos educativos junto a idosos, adolescentes e gestantes, sendo discutidos temas relacionados como prevenção do câncer bucal, doença periodontal, saúde bucal do bebê e da gestante, além da relação entre a sexualidade (o beijo) e a saúde bucal.
- Atividades junto a escolares em creches ou escolas de primeiro grau das micro-áreas, identificadas como locais potenciais. São atividades de escovação supervisionada semanal, além de ações educativas junto às professoras e aos alunos, conforme programação local.
- Conhecimento do programa estatístico Epi-Info 6.01, suas principais funções e usos a partir da análise dos dados coletados junto às famílias cobertas em semestres anteriores para a compreensão do potencial de trabalho a partir do uso da informação computadorizada.

Avaliação

Além da frequência mínima considerada obrigatória para a aprovação do aluno, as seguintes avaliações serão realizadas durante o semestre letivo:

- 1ª. Avaliação teórica: 5,0
- 2ª. Avaliação teórica: 5,0
- Avaliação prática- Diário de Campo: 4,0
- Avaliação prática- Apresentação da experiência/seminário: 4,0
- Avaliação qualitativa individual: 2,0

Média final: o total de pontos (até 20) dividido por dois corresponderá à média final do(a) aluno (a).

ANEXO IV - Programa da disciplina Odontologia em Saúde Coletiva II

EMENTA

A disciplina tem como eixos temáticos o método epidemiológico, com ênfase na epidemiologia aplicada aos problemas bucais e as estratégias de planejamento em saúde. Busca oportunizar o aprofundamento de elementos conceituais e técnicos, essenciais à prática profissional dirigida a grupos populacionais. Para isto, procura desenvolver no aluno, visto como sujeito do processo ensino-aprendizagem, uma consciência crítica sobre a realidade. Tem-se como objetivo formar profissionais comprometidos e responsáveis, capazes de contribuir com a implantação de avanços significativos no âmbito das políticas sociais e de saúde no seu contexto de atuação e no país como um todo.

OBJETIVOS

- Dar continuidade a capacitação do aluno para atuar no campo da Saúde Bucal Coletiva;
- Instrumentalizar o futuro profissional para a identificação de problemas de saúde bucal em grupos populacionais, usando o arsenal teórico-metodológico da epidemiologia;
- Rever e aprofundar criticamente elementos da organização dos serviços de saúde no Brasil;
- Introduzir os elementos essenciais do planejamento, programação, e gestão em saúde, no contexto do SUS, com ênfase no Programa de Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde;

METODOLOGIA

- Encontros semanais envolvendo toda a turma, com duração de duas horas, quando serão ministradas aulas expositivas, realizados trabalhos de grupo e exercícios individuais e coletivos;
- Grupos tutoriais de 06 alunos, com 4 horas semanais, que desenvolverão atividades práticas em áreas previamente estabelecidas e sob a supervisão de um docente ou atividades teórico-práticas realizadas na própria Faculdade.

Faz-se a opção pelo desenvolvimento de práticas pedagógicas onde o aluno é o sujeito do processo ensino-aprendizagem e o docente facilitador do mesmo. Privilegia-se a investigação e a busca de soluções de problemas, estimulando o aluno a aprender a aprender. O trabalho em equipe, adotado como estratégia essencial, permite a interação entre os alunos e entre estes e a comunidade participante.

AVALIACÃO

Propõem-se os seguintes instrumentos de avaliação:

TEÓRICA:

- 02 verificações teóricas (5,0 pontos cada);
- 01 oficina de planeamento (4,0 pontos);

TEÓRICO-PRÁTICA:

- exercícios (2,0 pontos);

PRÁTICA:

- Relatório final de prática / diário de campo (2,0 pontos);
- Seminário final de prática (1,0 ponto)
- Avaliação qualitativa individual (1,0 ponto);

Média final: O total de pontos (até 20) dividido por dois corresponderá à média final do(a) aluno(a).

ANEXO V - Programa da disciplina Odontologia em Saúde Coletiva III

EMENTA

A disciplina se caracteriza por buscar desenvolver no aluno dos últimos semestres a capacidade de compreender criticamente a realidade do exercício profissional no contexto atual, seus determinantes e principais características. Aborda aspectos éticos, legais e organizacionais da prática odontológica e focaliza as alternativas de inserção do egresso no mercado de trabalho. A equipe de saúde bucal em função dos modelos assistenciais e as questões relacionadas com o financiamento em Odontologia são também discutidas.

OBJETIVOS

Geral

- Instrumentalizar o aluno para a realização de uma análise crítica sobre o exercício profissional no contexto atual, criando as condições para uma inserção consciente, ética e criativa no mundo do trabalho odontológico, com sensibilidade social e capacidade de incorporar o desenvolvimento técnico e científico no exercício da profissão.

Específicos

- Compreender os determinantes e as características da prática odontológica no contexto atual;
- Introduzir os elementos fundamentais da ética na sociedade contemporânea, da ética profissional e da bioética;
- Discutir o papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde bucal;
- Introduzir os elementos essenciais do planejamento, programação, e gestão em saúde, na perspectiva da inserção do profissional no mercado de trabalho;

METODOLOGIA

- Encontros semanais envolvendo toda a turma, com duração de duas horas, quando serão ministradas aulas expositivas, realizados trabalhos de grupo e exercícios individuais e coletivos;
- Grupos tutoriais de 10 alunos, com 4 horas semanais, nos quais serão aprofundados os temas propostos através de dinâmicas de grupo, trabalhos em equipe, leitura e discussão de material bibliográfico entre outras estratégias, que poderão emergir da interação entre os professores/tutores e seus alunos. Parte da carga horária será destinada ao planejamento, coleta e análise de dados e elaboração de um trabalho final no formato de uma monografia ou artigo científico, cujo objeto de investigação será definido por cada grupo a partir dos temas abordados na disciplina.

AVALIAÇÃO

Propõem-se os seguintes instrumentos de avaliação:

TEÓRICA:

- 02 verificações de aprendizagem (5,0 pontos cada);

PRÁTICA:

- 01 monografia ou artigo científico (7,0 pontos);
- Seminário de apresentação do trabalho final (1,0 ponto)
- Avaliação qualitativa individual (2,0 pontos);

Média final: O total de pontos (até 20) dividido por dois corresponderá à média final do(a) aluno(a).