



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO - DEDC/CAMPUS I  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E CONTEMPORANEIDADE  
(PPGEDUC)**

**MARCELO PEIXOTO SOUZA**

**DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DOCENTE NA EXPERIÊNCIA  
DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO ACADEMIA, SERVIÇO E  
COMUNIDADE (PIASC)**

**SALVADOR  
2016**

**MARCELO PEIXOTO SOUZA**

**DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DOCENTE NA EXPERIÊNCIA  
DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO ACADEMIA, SERVIÇO E  
COMUNIDADE (PIASC)**

Dissertação de Mestrado apresentada a Banca Examinadora como exigência para a obtenção do título de Mestre em Educação e Contemporaneidade, na área da Linha de Pesquisa II: Educação, Práxis Pedagógica e Formação do Educador, da Universidade do Estado da Bahia - UNEB, sob orientação da Profa. Dra. Sandra Regina Soares e vinculado ao Grupo de Pesquisa Docência Universitária e Formação de Professores (DUFOP).

**Salvador  
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA  
Sistema de Bibliotecas da UNEB  
Bibliotecária: Jacira Almeida Mendes – CRB: 5/592

Souza, Marcelo Peixoto

Desenvolvimento profissional docente na experiência do programa de integração academia, serviço e comunidade (PIASC) / Marcelo Peixoto Souza . - Salvador, 2016.

110f.

Orientadora: Sandra Regina Soares.

Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade. Campus I.

Contém referências e apêndices.

1. Professores universitários - Formação. 2. Universidades e faculdades - Corpo docente. 3. Prática de ensino. I. Soares, Sandra Regina. II. Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação.

CDD: 378.124

## FOLHA DE APROVAÇÃO

### DOCÊNCIA E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DOCENTE NA EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO ACADEMIA, SERVIÇO E COMUNIDADE (PIASC)

MARCELO PEIXOTO SOUZA

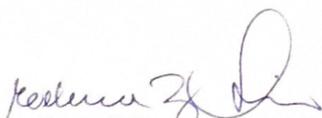
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Contemporaneidade, em 20 de junho de 2016, como requisito parcial pa obtenção do grau de Mestre em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia, composta pela Banca Examinadora:



Profa. Dra. Sandra Regina Soares  
Universidade do Estado da Bahia - UNEB  
Doutorado Em Educação.  
Universit  De Sherbrooke, Usherb, Canadá



Profa. Dra. Maria Isabel da Cunha  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS  
Doutorado em Educa o  
Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil



Profa. Dra. Edleusa Nery Garrido  
Universidade do Estado da Bahia - UNEB  
Doutorado em Educa o.  
Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil

*Dedico este trabalho à minha família, aos meus amigos e amigas, professores e estudantes do Departamento de Ciências da Vida.*

Estar vivo é assumir a Educação do sonho do cotidiano.

Para permanecer vivo, educando a paixão, desejos de vida e morte, é preciso educar o medo e a coragem.

Medo e coragem em ousar.

Medo e coragem em romper com o velho.

Medo e coragem em assumir a solidão de ser diferente.

Medo e coragem em construir o novo.

Medo e coragem em assumir a educação deste drama, cujos personagens são nossos desejos de vida e morte.

Educar a paixão (de vida e morte) é lidar com esses dois ingredientes, cotidianamente, através da nossa capacidade, força vital (que todo ser humano possui, uns mais, outros menos, em outros anestesiados) e desejar, sonhar, imaginar, criar.

Somos sujeitos porque desejamos, sonhamos, imaginamos e criamos, na busca permanente da alegria, da esperança, do fortalecimento da liberdade, de uma sociedade mais justa, da felicidade a que todos temos direito.

Este é o drama de permanecermos vivos... Fazendo Educação.

Madalena Freire

## AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa faz parte de um processo de formação permanente na minha vida pessoal e profissional. Nessa trajetória, pessoas ilustres contribuíram decisivamente, e por isso merecem meus agradecimentos. Inicialmente agradeço à minha família: meu pai, Manoel Fernando, e minha mãe, Diomedes Peixoto, meus irmãos, Marcio, Marcos e Marize, que me deram amor, coragem, cuidado e afeto para viver e desafiar a vida em sua plenitude.

Não poderia deixar de agradecer especialmente a minha orientadora, Sandra Regina Soares, uma pessoa encantadora, que me levou a espaços e tempos fascinantes da docência universitária, provocando intensos desequilíbrios afetivos-cognitivos, valiosos para o processo de aprendizagem, com cuidado e afeto próprios de uma verdadeira educadora/professora. Obrigado!

Agradeço a duas pessoas incríveis, amigos/colegas de trabalho do Departamento de Ciências da Vida, que me incentivaram a fazer o Mestrado em Educação e Contemporaneidade: Fernanda Camelier e Marcio Costa.

À minha noiva, Geisa Ungar, agradeço por me acompanhar nessa jornada e por ter sido muito paciente nos momentos críticos (risos) de pleno foco, e abdicar, junto comigo, do lazer dos finais de semana. Te amo! Agora estarei um pouco mais livre (só um pouco - risos) para aproveitar com você e com Matheus. Nossa família está crescendo!

À professora Brasilena Trindade, uma mulher incrível, especial em minha vida, que me ensinou a enxergar outros diálogos entre a educação, a saúde e a música.

Às novas amigas construídas no programa, aos professores do PPGEDUC, agradeço as aprendizagens que todos me possibilitaram. Grandes mestres!

Agradecimento especial aos amigos do grupo de estudo e pesquisa DUFOP, especialmente, Dayse, Samuel (meu nobre), Sílvia, Édiva, Liege, Edleusa, Álvaro, Neilton, Cássia, Mariana, Ddijane, Fátima, Ilma, Jéssica, Joelma, Patrícia, Altina, Conceição e Miriam. À professora Antonete Xavier do Departamento de Educação da UNEB. Aos professores do PIASC e aqueles que participaram da pesquisa, aos professores do DCV, em especial aos do curso de Fisioterapia e a toda a comunidade estudantil (FisioUneb).

Finalmente, agradeço ao PPGEDUC, na pessoa do seu coordenador, o prof. Dr. César Leiro, pela dedicação e qualidade do programa e às professoras Dra. Maria Isabel da Cunha e Dra. Edleusa Garrido, pelas contribuições, a partir da análise apurada do projeto submetido para qualificação, decisivas para seu aprimoramento.

Agradeço à vida...

## RESUMO

Este estudo situa-se no campo da docência universitária, especialmente, no contexto da formação do profissional de saúde. Tal formação tem ganhado destaque em decorrência da adoção de diversas políticas de educação e saúde formuladas nas últimas décadas, impulsionando ações fundamentais no processo de ensino-aprendizagem, dentre as quais a parceria entre instituições de ensino superior e a comunidade, contemplando princípios fundamentais da área de atenção básica, como reflexão crítica da realidade social, articulação teoria e prática e integralidade. Na condução dessas ações, professores e estudantes, em conjunto com a comunidade, buscam desenvolver propostas interdisciplinares com o intento de assegurar a saúde integral do ser humano. O componente curricular Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade dos cursos de Saúde da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), foco deste estudo, se insere nesse contexto. Assim, considerando o caráter inovador desse componente curricular e os desafios que ele gera na perspectiva de transformação das práticas docentes historicamente construídas na área de saúde, este estudo buscou compreender a contribuição da experiência de ensino no Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade (PIASC) para o desenvolvimento profissional docente dos responsáveis por este componente curricular. Adotou como questões norteadoras: Que desafios os participantes da pesquisa reconhecem estar presentes na experiência de docência no PIASC? Que estratégias formativas os docentes participantes da pesquisa valorizam frente aos desafios do PIASC? A pesquisa de natureza qualitativa e do tipo estudo de caso adotou como estratégia de coleta dos dados a entrevista semiestruturada. O referencial teórico contemplou os conceitos de docência universitária e desenvolvimento profissional docente se apoiando em diversos autores, como Soares e Cunha (2010), Masetto (2003, 2005, 2012), Tardif (2014), Marcelo Garcia (1999, 2009), Day (2001) e Cunha (1997, 2005, 2006, 2014, 2015). Dentre os principais resultados destacam-se um descompasso entre a concepção formativa do PIASC e a sua implementação na prática pelo desconhecimento da proposta do PIASC pelos diversos níveis da gestão da UNEB, assim como diversas limitações de natureza administrativa e curricular, acompanhadas pela falta de integração entre os docentes do PIASC e os demais do Departamento; pela discrepância entre a perspectiva de formar profissionais de saúde críticos, reflexivos e comprometidos com a atenção básica e o ensino transmissivo que dissocia teoria e prática; e ainda indica a existência do pouco compromisso dos gestores da saúde municipal como corresponsáveis na formação de futuros profissionais de saúde. Por fim, os encontros dos docentes, que poderiam assumir a configuração de atividade formativa frente ao componente PIASC, não vão nessa direção, pois, em geral, se restringem a questões pragmáticas, não problematizando os aspectos pedagógicos. Dessa forma, é possível afirmar, em resposta ao objetivo da pesquisa, que a reflexão e a investigação, com os pares, sobre a própria prática docente, é pouco compreendida como potencializadora de sua formação pedagógica, portanto, como espaço privilegiado de desenvolvimento profissional docente.

**Palavras-chave:** Docência Universitária; Articulação teoria e prática; Desenvolvimento profissional docente.

## ABSTRACT

This study is part of the university teaching field, in the training of health professionals. Currently such training has gained prominence due to the adoption of a number of education and health policies. Boosting fundamental actions in the teaching-learning process as the partnership between higher education institutions and the community. Comply with the fundamental principles of primary health care, as critical reflection of social reality, articulation theory and practice and completeness. In conducting the actions, teachers and students, together with the community, seek to develop interdisciplinary proposals with goal to ensure the overall health of the human being. The curricular component Integration Program Academy, Service and Community (PIASC) of the Health courses at the State University of Bahia (UNEB) is inserted in this context and is the focus of this work. Due to the innovative character of this curricular component and challenges generated by the perspective transformation of teaching practices historically built on health, he sought with this study to understand the contribution of teaching experience in PIASC for the professional development of professors responsible for this component curriculum. It was adopted as questions: Which challenges do the participants recognize being present at the teaching experience of PIASC? Which educational strategies do the professors who participate to the survey value when facing the challenges of PIASC? The research was qualitative and case study type was adopted as collection strategy of the data to semi-structured interview. The references include the concepts of university teaching and teacher professional development based on several authors, such as Smith and Cunha (2010), Masetto (2003, 2005, 2012), Tardif (2014), Marcelo Garcia (1999, 2009), Day (2001) e Cunha (1997, 2005, 2006, 2014, 2015). Among the main findings highlight is a disassociation between the formative conception of PIASC and its implementation in practice by the lack of the proposal by the various levels of management UNEB. Another factor has been the lack of integration among professors of PIASC and other Department; discrepancy between the prospect of training health professionals critical, reflective and committed to primary care and the transmissive education dissociates theory and practice; and little commitment of municipal health as co-responsible in the training of future health professionals. Finally, the meetings of professors, which could take the training activity against setting the PIASC component, do not go in that direction, as generally restricted to pragmatic issues, not questioning the pedagogical aspects. Thus, we can say in response to the objective of the research, that reflection and research with peers on their own teaching practice, is little understood as potentiator of their pedagogical training, so as a privileged space for teacher professional development.

**Keywords:** University teaching; Articulation theory and practice; professor professional development.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCV	Departamento de Ciências da Vida
DPD	Desenvolvimento profissional docente
DUFOP	Docência Universitária e Formação de Professores
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIASC	Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SESu	Secretaria de Ensino Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Salvador
SUS	Sistema Único de Saúde
UMA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UNEB	Universidade do Estado da Bahia
USF	Unidade da Saúde da Família
VER-SUS	Vivências e estágios na Realidade do Sistema único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	13
<b>1. PROBLEMÁTICA DA PESQUISA</b> .....	13
1.1 RETROSPECTIVA DA CONFIGURAÇÃO DO CAMPO CIENTÍFICO E DA PRÁTICA DA SAÚDE .....	14
1.2 O MODELO FLEXNER DE FORMAÇÃO MÉDICA.....	21
1.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO UM PROJETO DE REFORMA SOCIAL NO BRASIL.....	24
1.4 REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO BRASIL.....	26
1.5 BREVE REVISÃO DAS PESQUISAS SOBRE A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	33
1.6 O PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO ACADEMIA, SERVIÇO E COMUNIDADE DA UNEB.....	37
1.7 IMPLICAÇÃO DO PESQUISADOR.....	39
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO DA PESQUISA</b> .....	43
2.1 DOCÊNCIA UNIVERSITÁRIA.....	43
<b>2.1.1 Relação entre teoria e prática</b> .....	47
<b>2.1.2 Desenvolvimento das competências cognitivas e socioafetivas como foco da docência universitária</b> .....	48
2.2 DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DOCENTE.....	51
<b>2.2.1 A reflexão como eixo do desenvolvimento profissional docente</b> .....	55
<b>2.2.2 Saberes docentes</b> .....	57
<b>3. METODOLOGIA DA PESQUISA</b> .....	62
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	62
3.2 A ESTRATÉGIA DE COLETA DOS DADOS.....	63
3.3 LOCUS DA PESQUISA.....	64
3.4 CARACTERIZAÇÃO DO PIASC - CASO DO NOSSO ESTUDO.....	65
3.5 SUJEITOS E PROCESSO DE RECRUTAMENTO.....	68
3.6 DESENVOLVIMENTO DA ENTREVISTA.....	70
3.7 ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO DOS DADOS.....	71
<b>4. CONTRIBUIÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE ENSINO NO COMPONENTE PIASC PARA O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DOCENTE</b> .....	74
4.1 DESAFIOS DA EXPERIÊNCIA DE ENSINO NO PIASC NA PERSPECTIVA DOS DOCENTES.....	74
<b>4.1.1 Descompasso entre a concepção do PIASC e a sua concretização no processo formativo dos profissionais de saúde</b> .....	75

<b>4.1.2 A contribuição do PIASC para o desenvolvimento pessoal e da consciência social dos estudantes.....</b>	<b>97</b>
<b>4.1.3 O prazer e a dor de ser docente do PIASC.....</b>	<b>101</b>
<b>4.2 ESTRATÉGIAS FORMATIVAS VALORIZADAS PELOS PARTICIPANTES FRENTE AOS DESAFIOS DA DOCÊNCIA NO PIASC.....</b>	<b>110</b>
<b>4.2.1 Competências reconhecidas como necessárias para os docentes do PIASC.....</b>	<b>110</b>
<b>4.2.2 Contradição entre o reconhecimento de necessidade de formação pedagógica e as estratégias formativas assumidas.....</b>	<b>113</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>123</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>128</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>138</b>
<b>APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>138</b>
<b>APÊNDICE II - GUIA DE ENTREVISTA.....</b>	<b>140</b>
<b>APÊNDICE III - FORMULÁRIO PERFIL DOS PARTICIPANTES.....</b>	<b>141</b>
<b>APÊNDICE IV - ESQUEMA DE CATEGORIA .....</b>	<b>143</b>

## APRESENTAÇÃO

Esta dissertação, intitulada Desenvolvimento Profissional Docente na experiência do Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade (PIASC), estruturada em quatro seções e considerações finais, apresenta os resultados da pesquisa, inserida no campo da Pedagogia Universitária, realizada no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade da Universidade do Estado da Bahia.

O objetivo do estudo foi compreender a contribuição da experiência de ensino no PIASC para o desenvolvimento profissional docente dos responsáveis por este componente curricular, buscando a medida em que os desafios identificados e as práticas pedagógicas se relacionam com estratégias formativas do professor.

A primeira seção deste trabalho, a problemática da pesquisa, descreve o processo de construção do objeto da pesquisa, partindo de aspectos históricos das práticas de saúde e da sua composição como campo científico, contemplando a formação do profissional de saúde, as políticas públicas e a constituição Sistema Único de Saúde (SUS). Além desses, são abordados outros aspectos que convergem para a delimitação do problema da pesquisa, entendido como a situação desafiante que se deseja compreender e transformar, os objetivos e questões de pesquisa, bem como a implicação do pesquisador com o objeto do estudo.

A seção seguinte, o referencial teórico da pesquisa, sistematiza a contribuição de diversos autores acerca dos conceitos essenciais para o desenvolvimento deste estudo, a saber: docência universitária e desenvolvimento profissional docente e as diversas nuances envolvidas em cada um deles.

A terceira seção, a metodologia da pesquisa, descreve o tipo de pesquisa adotada, as estratégias de coleta e análise dos dados, além dos lócus, dos participantes e do processo de recrutamento e de realização da entrevista.

A quarta seção, cujo título é a Contribuição da experiência de ensino no componente PIASC para o desenvolvimento profissional docente, apresenta e discute os resultados da pesquisa, oriundos do processo de categorização dos dados fornecidos pelos participantes. Nesta seção são respondidas as questões de pesquisa e o objetivo da mesma.

As considerações finais resgatam os aspectos essenciais do estudo e tecem considerações críticas e propositivas relacionadas ao tema central da pesquisa: a formação dos docentes na perspectiva do seu desenvolvimento profissional. Além disso, nesta seção se apresenta um breve balanço da repercussão da experiência de realização da pesquisa no sentido do desenvolvimento pessoal e profissional do pesquisador.

## 1. PROBLEMÁTICA DA PESQUISA

Este estudo se insere no campo de pesquisa e de prática da docência universitária, especialmente na área de Saúde. Nesse sentido, associa-se aos estudos sobre a formação dos profissionais desta área, que se desenvolve em cursos de graduação.

Com o intuito de delimitar seu foco, construímos uma problemática, etapa fundamental num processo de pesquisa. Isto porque esta se configura como uma teia textual que integra um conjunto de aspectos, de distintas naturezas, por exemplo, fatos históricos e conjunturais, orientações legais, dados estatísticos e resultados de outras pesquisas relacionados ao fenômeno em estudo, que contribuem para a construção, pelo pesquisador, do problema na sua rede de relações e significados. A problemática, além de delimitar o objeto do estudo, coloca em evidência “[...] princípios e critérios que constituem outras tantas condições de possibilidade e inteligibilidade das futuras respostas” (FABRE, 2015, p.645).

Nessa perspectiva, para compreender o cenário mais amplo no qual se insere a formação dos profissionais de saúde, iniciamos essa problemática com um breve retrospecto da história da constituição do campo científico da saúde.

### 1.1 RETROSPECTIVA DA CONFIGURAÇÃO DO CAMPO CIENTÍFICO E DA PRÁTICA DA SAÚDE

A preocupação com a saúde humana sempre acompanhou o homem em todas as culturas mundiais, desde as civilizações primitivas até a sociedade contemporânea. Nos diferentes momentos da história da humanidade, a ideia de saúde-doença e as práticas de cura apresentaram distintas concepções que refletiam crenças, valores e representações de cada sociedade e momento histórico (LIMA, 2003).

Nas civilizações antigas, as práticas de cura, cujo objeto principal era o homem doente, se fundavam em aspectos religiosos e culturais. Eram exercidas por sacerdotes, xamãs, índios, negros, brancos e feiticeiros, que ficaram conhecidos por empregar diversos recursos, a exemplo de sangrias, escarificações, fórmulas mágicas, talismãs, amuletos, orações, interpretação de sonhos, visões, palavras cabalísticas, danças, ervas, massagens, trepanação craniana etc., no tratamento das doenças, concebidas como um dano em alguma parte do corpo. As enfermidades eram encaradas como castigo ou provação das divindades, por ação dos astros, agentes climáticos, força de uma praga ou feitiço (CALDER, 1976; SANTOS FILHO, 1991; WEBER, 1999; SCLiar, 2002).

Paralelamente à concepção mágico-religiosa, conforme Scliar (2002) e Lima (2003), outras interpretações foram se constituindo, com intuito de encontrar explicações para as questões existenciais da humanidade e, conseqüentemente, para as formas de minimizar o sofrimento decorrente das doenças nas pessoas. Os surgimentos da filosofia ocidental e da medicina, na Grécia Antiga, se configuraram como um marco histórico do pensamento humano, em busca da superação das práticas religiosas, místicas e curandeiras, cedendo lugar a um conhecimento mais estruturado, observável, de caráter filosófico e racional, permitindo a compreensão dos fenômenos da vida humana e, sobretudo, dos processos de saúde e doença e da sua relação com os elementos da natureza.

Assim, no século V a.C, na Grécia, os trabalhos de Hipócrates (460-377 a.C), passaram a interpretar a doença como fenômeno eminentemente humano, a partir de criteriosas observações empíricas da natureza e suas relações com o meio ambiente e a população. Neste período, a medicina define-se como método de exercício profissional, vinculada a questões éticas e morais, direcionada ao cuidado integral do ser humano, onde o diagnóstico e a cura das enfermidades eram diretrizes estabelecidas pelo médico, que a partir de então, passou a conceber os processos naturais como a explicação verdadeira dos problemas de saúde das pessoas, transformando-a numa ciência clínica sistemática, negando, veementemente, os aspectos místicos (LIMA, 2003).

Hipócrates pensou a saúde como equilíbrio interno, isto é, como resultante da harmonia dos líquidos do homem (bile amarela, bile negra, fleuma e sangue) e seu meio. Entendia a doença como um desequilíbrio desse estado. Sua obra trouxe contribuições essenciais para o estudo da epidemiologia, séculos depois, como compreensão dos problemas sociais atribuídos ao aparecimento de doenças, dos elementos responsáveis pela insalubridade dos ambientes, como a emanção do ar, o clima, o solo, a água e o estilo de vida das pessoas. (SCLIAR, 2007). Postulava orientações médicas para os pacientes em busca da preservação, do equilíbrio do corpo e da alma, medidas educativas e devida atenção à saúde. Em síntese, orientações para um modo de vida ideal com base numa boa alimentação, repouso adequado e regularidade dos exercícios corporais. Serviu de base para novas descobertas científicas e farmacológicas e abordagens de tratamento de doenças a partir da utilização de métodos cirúrgicos (SCLIAR, 2007).

A despeito de todas essas contribuições, a obra de Hipócrates foi depreciada pelo cristianismo na Idade Média e substituída por uma visão dogmática da doença. No princípio do pensamento cristão, a doença estava vinculada às ideias de pecado, possessão demoníaca e castigo divino. Para buscar a cura, o livramento do mal, ou seja, a salvação, o homem

precisava se submeter às indulgências preconizadas pela Igreja, às recomendações clericais e, assim, por meio dos padres e sacerdotes, eram realizados rituais de conversão ao cristianismo, expurgação das influências malignas e orientação disciplinar dos princípios bíblicos, desde que o devoto almejasse a purificação da alma e a cura das enfermidades. Os meios propostos à retratação com o divino envolviam: a submissão à Igreja, o arrependimento e a penitência (CALDER, 1976).

Nessa conjuntura, o corpo humano foi considerado como um ser inferior ao divino, repleto de impurezas, sujeito às intempéries do pecado da vida profana. O pensamento cristão ignorava qualquer explicação racional advinda do conhecimento empírico decorrente da observação da natureza, e a medicina grega era considerada uma blasfêmia. A Igreja condenava a prática de dissecação de cadáveres, pois acreditava que o corpo humano jamais pudesse ser “aberto”, transgredido, estudado à luz da ciência, e aquele que violasse essa lei divina poderia ser condenado à morte pelos tribunais da Santa Inquisição (SCLIAR, 2002).

Os dogmas e regimes cristãos são confrontados pelo movimento intelectual denominado de Renascimento, na Europa do século XV, caracterizado pela expressão das artes, filosofia e ciências que culminou nas transformações da cultura, sociedade, economia, política e religião, caracterizando uma ruptura com as estruturas medievais, contribuindo para a transição do feudalismo para o capitalismo (ROSSI, 2001). O Renascimento retomou o conhecimento greco-romano clássico, que tinha na filosofia da razão, a principal forma de busca do conhecimento, privilegiando a matemática e as ciências da natureza, a arte, a pintura e a escultura (SCLIAR, 2007).

A partir daí, inúmeros pensadores se contrapuseram aos dogmas religiosos e empreenderam uma revolução científica, com base na racionalidade técnica, que culminou com um processo de ruptura entre a religião, a ciência e a filosofia, constituindo elementos iniciais para o surgimento de um novo período da história, chamado de Modernidade (PAOLO, 2001). Dentre esses pensadores se destacam Nicolau Copérnico (1473-1543), Galileu Galilei (1564-1642), Johannes Kepler (1571-630), Francis Bacon (1561-1626), René Descartes (1596-1650) e Isaac Newton (1643-1727). A título de exemplo, Copérnico desafiou a ideologia cristã com a Teoria do Heliocentrismo, contestando o pensamento teológico, a visão Geocêntrica, da Igreja. Galileu consolidou as bases fundantes para o método científico. Kepler ficou conhecido por ter formulado as três leis fundamentais da mecânica celeste, conhecidas como Leis de Kepler, um grande avanço para a astronomia na época. Bacon, em suas investigações, empenhou-se nos estudos da metodologia científica e do empirismo, sendo considerado por muitos como "fundador da ciência moderna". Descartes foi um dos

pensadores de maior relevância e influência da história do pensamento ocidental, inspirando várias gerações de cientistas e filósofos posteriores. Destacou-se por suas pesquisas notáveis na filosofia e na ciência, tendo relevante prestígio pelo desenvolvimento de áreas científicas.

O período entre os séculos XV e XVII foi marcado, entre outros aspectos, pelos estudos sobre o corpo humano através das artes plásticas, anatomia, fisiologia e patologia, que, estabelecendo-se, constituíram um campo de observação clínica e epidemiológica (LIMA, 2003).

Muitos artistas trouxeram magníficas contribuições que buscavam representar com detalhes o corpo humano nesse período. Os desenhos artísticos reproduziam características corporais específicas de órgãos e sistemas, fiéis à natureza da anatomia humana, que, vinculados aos estudos médicos, ganharam destaque para a construção do conhecimento científico e compreensão de doenças.

Com o enfraquecimento dos ideais cristãos e a ascensão do Humanismo, as dissecações em corpos foram feitas por Leonardo da Vinci (1452-1519), Michelangelo (1475-1564) e Andreas Vesalius (1514-1564). Seus trabalhos produziram importantes avanços para o corpo da saúde, sobretudo, no diagnóstico clínico de doenças e suas causas, ampliando as dimensões terapêuticas e os conhecimentos na área da saúde. Leonardo da Vinci foi o primeiro artista pesquisador nos estudos da anatomia humana. Ele desenhou, em detalhes, diversas estruturas do corpo, especialmente músculos, nervos e vasos sanguíneos. Segundo Souza (2010, p.31), esse movimento cultural e artístico dos grandes pensadores pressionou a Igreja a ser mais condescendente com as práticas médicas de dissecação de cadáveres e estudo do corpo humano.

Os estudos anátomo-fisiológicos do ser humano respondiam indagações para as quais durante séculos não havia resposta e revelavam a essência biológica e concreta do homem no mundo, à luz dos conhecimentos científicos da química, da física e da matemática. A visão biomecânica, que concebia o corpo humano como máquina, composta por um conjunto de peças articuladas e integradas a um sistema maior com funcionamento perfeito, desde que as partes desempenhassem sua função apropriada, sobrepujava a concepção dogmática cristã. Nessa concepção de corpo humano, um defeito em alguma das peças produziria um problema na máquina, uma disfunção que exigia correta identificação e reparação da peça danificada por meio de técnicas e instrumentos para normalizar o seu funcionamento (SCLIAR, 2007).

A metáfora do homem-máquina representava a concepção médica centrada no diagnóstico e na cura das doenças mediante a identificação e eliminação do agente causador, e se necessário adotava-se a remoção cirúrgica da parte doente. Assim, a saúde passa a ser

concebida como ausência de doença, como funcionamento normal dos órgãos e sistemas corporais, considerando apenas os aspectos individuais e biológicos preponderantes à sua condição. A objetividade científica moderna passa a fragmentar o corpo humano como um organismo constituído por sistemas, órgãos, tecidos e células, para melhor ser estudado e compreendido, oportunizando o conhecimento mais especializado sobre cada parte e função orgânica.

O pensamento e a prática do profissional de saúde, em consonância com essa visão, se sustentavam nos conhecimentos da anatomia e da fisiologia humana, da semiologia médica e na utilização de dispositivos como: anamnese (entrevista), exame físico (exploração das partes do corpo), diagnóstico (identificação da doença), tratamento (remédios, cirurgias) e cura de doenças. Os acontecimentos da vida humana, sobretudo aqueles que dizem respeito à saúde e à doença do organismo, passam a ser explicados pelos métodos de observação sistemática e de análise morfológica, orgânica e estrutural do corpo. Nesse período, se destacaram os trabalhos de anatomia patológica<sup>1</sup> de Morgagni (1682-1771) e Bichat (1771-1802), que produziram maior eficácia no tratamento dos enfermos e melhores condições de saúde para a população (FILHO, 2011).

A constituição do Estado burguês e da economia capitalista impulsionaram as descobertas científicas, a consolidação do paradigma de ciência positivista incidindo na concepção de saúde da população. A saúde coletiva passou a ser vista como responsabilidade do Estado, no sentido de superar os desafios e enfrentar os problemas sanitários da população. Portanto, a saúde, além de um campo científico consolidado, conquista um patamar de estrutura político-social, como bem público.

Assim, de acordo com Foucault (2012), a consolidação do Estado Moderno assegurou uma nova ordem social, política e econômica, influenciando diretamente na administração da saúde pública. O mecanismo do Estado de controle e regulação social se concretizava por meio de investigações acerca das doenças que atingiam as massas populares, pela contabilização dos índices estatísticos de mortalidade/natalidade. O controle estatal e as normatizações dos espaços públicos permitiram um investimento maior nas ações coletivas, rompendo definitivamente com o caráter meramente individualista do conceito de saúde. As ideias de prevenção de doenças e promoção à saúde, em uma dimensão coletiva e social, se tornaram mais visíveis e concretas na sociedade emergente no final do século XVIII.

---

<sup>1</sup> O corpo humano passou a ser investigado, sob o ponto de vista da localização e da topografia das doenças nos órgãos e tecidos corporais.

Antes das intervenções do Estado na sociedade, assegurando a saúde pública, muitas cidades, em todo o mundo, perderam centenas de pessoas em decorrência da contaminação por doenças contagiosas, a exemplo da tuberculose, da gripe, da malária, do tétano e da difteria. Tanto na Antiguidade como na Idade Média, doenças como a lepra e a peste bubônica, que assolaram a Europa, dizimaram populações expressivas. Problemas graves e globais de saúde pública só começaram a ser solucionados, efetivamente, com o crescimento das pesquisas, com a intensificação do uso do microscópio no final do século XIX, com o início da chamada ciência experimental de Claude Bernard (1813-1878).

Os estudos de Charles Darwin (1809-1882) permitiram interpretar a vida como uma evolução biológica das espécies e, assim, notáveis descobertas das causas e prevenções de doenças ocorreram. Louis Pasteur (1822-1895), precursor da “era bacteriológica”, comprovou a ação de microrganismos como causadores das doenças, pesquisou os mecanismos de infecção, modos de transmissão, formas de reprodução dos vetores, bem como implantou sistemas de vacinação que possibilitaram a prevenção de doenças, a redução da mortalidade e melhores condições sanitárias para a população (ALMEIDA FILHO, 2011).

No início do século XX, a sociedade experimentou o triunfo da Saúde moderna com o avanço das ciências e das biotecnologias, proporcionando menos sofrimento, mais saúde e qualidade de vida às pessoas. O progresso da área da saúde, de acordo com Schaff (1995), anunciou uma revolução microbiológica, que produziu a cura de doenças e outros desdobramentos da saúde, e que até hoje vem sendo aplicada no âmbito da indústria, da tecnologia e da biologia. O progresso acompanhou de perto o desenvolvimento das demais ciências e “a medicina evoluiu mais no século XX do que em toda a história da humanidade. Além do progresso científico, houve, igualmente, uma evolução de conceitos a respeito de saúde e doença” (REZENDE, 2009, p.281).

Nesse sentido, avanços científicos no âmbito da indústria e da biotecnologia trouxeram consequências globais e conquistas sociais importantes, tanto na acessibilidade aos bens, quanto aos serviços que asseguram saúde à população. Rezende (2009) apresenta algumas conquistas científicas de profunda repercussão na prevenção, no diagnóstico e no tratamento das doenças: avanços na produção de novas vacinas e antibióticos, isolamento e síntese de hormônios e vitaminas, métodos diagnósticos por imagens, técnicas bioquímicas de alta sensibilidade, técnicas de fibro e videoendoscopia, engenharia genética, fecundação artificial, cirurgia cardíaca, transplante de órgãos, psicanálise e psicofarmacologia. Dentre os avanços apresentados, segundo o autor, uma atenção especial no âmbito da saúde pública ocorreu pelo trabalho de imunização coletiva, prevenindo doenças por meio de programas de vacinação da

grande população e o desenvolvimento de ações de integração entre as áreas de educação, saúde e meio ambiente.

A década de 1940 assistiu a novos desdobramentos no campo da saúde, sobretudo com os reflexos da 2ª Grande Guerra Mundial. O investimento em pesquisas biotecnológicas, computação e engenharia nuclear refletiram no desenvolvimento de novas tecnologias para a saúde, trazendo benefícios aos milhares de combatentes de guerra e civis, que se aglomeravam nos hospitais e centros de reabilitação para o tratamento das mutilações e doenças infectocontagiosas. Nesse período, a criação de órgãos internacionais passou a se preocupar com a temática da saúde em nível mundial. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)<sup>2</sup> e a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>3</sup> contribuíram para transformações no cenário global, implementando campanhas e pesquisas em rede em diversos países, com a publicação de boletins e diretrizes internacionais e orientação de questões da saúde pública no mundo (OMS, 2015).

A partir da década de 1950, diversos cursos na área da saúde, como Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, entre outros, se constituíram, consolidando essas profissões em função de novas necessidades do trabalho em saúde exigidas pela sociedade civil e pelos movimentos de classe. Estas profissões se desenvolveram com pressupostos epistemológicos teóricos e práticos específicos ao seu exercício, construindo saberes e adotando os conhecimentos empíricos, filosóficos, técnicos e científicos em saúde desenvolvidos ao longo da história da humanidade.

Nessa trajetória fica evidente que a área de saúde foi largamente influenciada pelo paradigma de ciência moderna positivista, repercutindo nas concepções de saúde e doença e nos processos de formação dos profissionais. Conforme este paradigma, o conhecimento científico é concebido como o único verdadeiro, visto que se baseia na observação científica sistemática, no rigor metodológico dos fenômenos da natureza, na quantificação da busca da previsibilidade dos fenômenos naturais, reduzindo a complexidade do mundo, por meio da classificação das coisas e divisão das partes, pautada no modelo de *mundo-máquina* (SANTOS, 2008). Em consonância com este paradigma, a concepção médica moderna, apesar de trazer grandes avanços para a humanidade, enquadrou a saúde numa perspectiva biológica,

---

<sup>2</sup> A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é um órgão internacional dedicado a estudo e pesquisa, sob as condições de saúde dos países das Américas. Foi criada em 1902, com sede em Washington, nos Estados Unidos.

<sup>3</sup> A Organização Mundial de Saúde (OMS) é similar à OPAS, que conta com a cooperação de 194 Estados-Membros. Fundada em 1948, em Genebra, na Suíça, e subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU), a OMS busca desenvolver níveis de saúde em toda a população mundial.

de um corpo-máquina, numa perspectiva hospitalocêntrica e assistencialista, na qual a saúde é ausência de doença e a doença é o objeto a ser tratado. Com efeito, o aspecto humano e suas dimensões filosóficas, humanísticas, artísticas e culturais se distanciaram da concepção global de saúde. A preocupação com a cura suplanta a preocupação com a manutenção da saúde e, portanto, a prevenção da doença, como concebia Hipócrates na Grécia antiga. A perspectiva curativa-biologicista está largamente difundida nos serviços e centros de saúde, públicos e privados, nas instituições de formação dos profissionais de saúde, entre os profissionais, portanto, no imaginário social.

Contudo, ainda no século XX, paralelamente à visão moderna, em decorrência dos avanços verificados nas esferas econômico-social, científica e tecnológica, a concepção de saúde começa a assumir uma perspectiva mais ampla. Além de reconhecer os aspectos biológicos como parte do ecossistema - definidor do meio externo onde atuam como os agentes causadores das doenças, vírus, bactéria etc. - entende que os aspectos sociais, culturais e econômicos são determinantes na condição ou no estado de saúde. Assim, a interação de uma multiplicidade de determinantes de ordem pessoal, política, psicológica, histórica, étnico/racial, econômica e ambiental, que configuram uma realidade sanitária, influenciam a ocorrência de fatores de risco e problemas de saúde para a população (ALMEIDA FILHO, 2011).

Ao alcançar uma dimensão social, o conceito de saúde admite que os níveis de saúde de toda a população se expressam e interferem diretamente na estrutura econômica e política (PAIM; NAOMAR, 2014). Assume uma perspectiva integrativa da saúde, aos processos de promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, valorização da vida, buscando superar a visão biologicista para assumir o papel significativo da estrutura sócio-política, em uma dimensão sistêmica, individual e coletiva, como responsável pelos processos de produção de saúde e doença (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Como revelado nessa breve retrospectiva, a compreensão da saúde e da doença parte de uma interpretação mística, no período da Antiguidade, passa pela visão dos gregos como fenômeno natural, pela condição religiosa e punitiva da era cristã, seguindo para um modelo curativo-biologicista criado na Modernidade e, mais recentemente, por uma concepção de determinantes sociais que influenciam os processos de saúde-doença. No entanto, vale ressaltar que as concepções da Modernidade, calcadas na ciência positivista, ainda prevalecem no imaginário social, nas práticas dos profissionais e das instituições de saúde. A prevalência dessas concepções tem como importante vetor a formação de profissionais. Nesse sentido, é fundamental nessa problemática, considerando o interesse desse estudo pela formação dos

profissionais de saúde, a reflexão sobre essa formação e, especialmente, aquela concebida pelo modelo Flexner, que teve ampla repercussão no mundo, inclusive no Brasil.

## 1.2 O MODELO FLEXNER DE FORMAÇÃO MÉDICA

Abraham Flexner (1866-1959) foi um educador norte-americano influente no cenário político dos Estados Unidos da América (EUA) com grande notoriedade social, que tornou-se conhecido mundialmente por se dedicar a estudos e pesquisas, no início do século XX, sobre a formação de profissionais médicos de países da América do Norte e da Europa. Esses estudos se expressam, principalmente, no documento intitulado *Medical Education in the United States and Canada – A report to the Carnegie*, produzido em 1910, amplamente conhecido, como Relatório Flexner. Suas proposições são consideradas um marco histórico de reforma das escolas médicas, tornando-se um modelo educacional de referência, cujas concepções influenciariam os profissionais de saúde e seus formadores, ao longo desse século e do seguinte.

O primeiro relatório de Flexner foi elaborado a partir das investigações de hospitais Americanos e canadenses, consta de 364 páginas, dividido em duas partes (Parte I- *Medical Education in the United States and Canada* e Parte II- *Medical Schools of the United States and Canada – arranged alphabetically by states and provinces and separately characterized*). Em 1912, Flexner também pesquisou a educação médica na Europa e elaborou outro relatório intitulado: *Medical education in Europe. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Em 1925, desenvolveu o estudo *Medical education: a comparative study*, no qual comparou a formação médica norte-americana e a dos países: Inglaterra, França e Alemanha.

Flexner afirmava que muitas escolas de medicina dos EUA e Canadá não tinham condições adequadas de funcionar para formar os futuros profissionais desta área. Até então, os cursos podiam ser abertos indiscriminadamente, sem nenhuma preocupação de qualidade do ensino e da formação médica. Flexner visitou 155 escolas de medicina nos EUA e no Canadá, sinalizou que a maioria das escolas médicas desses países não atendiam aos critérios de ensino e formação para os estudantes: podiam se vincular ou não a instituições universitárias, os cursos possuíam duração diversificada, sem uma fundamentação teórico-científica comum a todos os cursos, funcionando muitas vezes sem equipamentos e aparelhos médicos. Após alguns anos de implantação da reforma Flexneriana, o governo americano

fechou inúmeras escolas de medicina, reduzindo de 131 para 81 (MENDES, 1985; BOELEN, 2002; PAGLIOSA, 2008).

A proposta pedagógica flexneriana se estruturava em componentes curriculares isolados, com um regime educacional altamente disciplinar, metódico e sistemático, os quais se dividiam em quatro anos de graduação. A construção do currículo médico era dividida em um ciclo de disciplinas básicas de dois anos, realizado em laboratório, seguido de um ciclo clínico, com mais dois anos, realizado em hospital. Dessa forma, as escolas médicas deveriam seguir um rigoroso padrão educacional: adequada estrutura física, que incluísse a instalação de laboratórios de anatomia, fisiologia, patologia, hospital-escola, e um rígido controle de aprovação do curso (TOMEY, 2002).

A partir das propostas de Flexner, os hospitais, que tradicionalmente eram instituições destinadas à prática médica e ao atendimento de pessoas doentes, proporcionando-lhes diagnóstico, tratamento e cura das enfermidades, se transformavam em verdadeiros centros de estudo e pesquisa, mediante a relação triangular entre o professor, o estudante e o doente, estabelecendo-se entre eles uma relação de ensino-aprendizagem, hierarquia e poder. Os conhecimentos, experiências e informações eram transmitidos pelos professores e reproduzidos pelos estudantes.

O trabalho de Flexner, segundo Pagliosa (2008), reorganizou o modelo educacional e regulamentou o funcionamento das escolas médicas, buscando excelência na preparação e na qualidade dos futuros profissionais, introduzindo, naquela época, aspectos teóricos e práticos da racionalidade científica moderna. Buscou a padronização e o aperfeiçoamento de aspectos, como: diagnóstico, tratamento específico de diversas doenças e o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas<sup>4</sup>. Assim, esse modelo trouxe avanços biotecnológicos e benefícios para o desenvolvimento da saúde e para a qualidade da formação.

A reforma concebida por Flexner adotou o modelo positivista biomédico, sob o prisma da racionalidade técnica e da visão reducionista de mundo. Nessa perspectiva, o foco do médico era a doença, de forma objetiva e sistemática aos sinais e sintomas do paciente, sendo necessário um ambiente apropriado - o hospital - para o diagnóstico e a realização de procedimentos, cirurgias e prescrição de remédios. Assim, a medicina deixaria o lugar, historicamente firmado de arte de curar, para adquirir o estatuto de ciência aplicada e, nesse sentido, a medicina e a área da saúde submeteram-se ao processo de racionalidade técnica-

---

<sup>4</sup> A epidemiologia estuda a população humana do ponto de vista dos fenômenos de saúde/doença, seus fatores condicionantes e determinantes.

científica, decorrente do paradigma moderno, que se expandiu e atingiu todo o Ocidente (PAGLIOSA, 2008).

A despeito de diversos méritos, tais como o fortalecimento das ciências básicas na formação do profissional, a incorporação dos avanços científicos à prática clínica na beira do leito, o treinamento em hospitais universitários com base na resolução de problemas clínicos (FLEXNER, 1910), esse modelo não considerava os determinantes sociais da saúde. Relacionados aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais e psicológicos que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população, esses conhecimentos não faziam parte da educação médica. Portando, esta visão médica desconsiderava a complexidade humana em sua totalidade, acerca da saúde e de sua pluralidade, induzindo o profissional de saúde a orientar suas práticas de cuidado à objetividade frente aos processos de saúde e doença, distanciando-se da prevenção e da promoção à saúde, convergindo o olhar médico sob um prisma essencialmente biológico e assistencial diante da vida.

É importante destacar que o projeto educacional de Flexner, originado nos EUA, não alcançou unanimidade em toda a Europa. A educação médica europeia, conforme Pagliosa (2008), desde a segunda metade do século XIX, passava por modificações em todo o mundo. O autor enfatiza que no modelo médico de formação francês, os estudantes de medicina aprendiam nos hospitais, treinavam as técnicas diagnósticas e faziam pesquisas clínicas ao lado do leito do paciente. Este modelo se espalhou pelo mundo a partir de 1830, que, por sua vez, foi influenciado pelo modelo médico alemão, centrado nas pesquisas experimentais de laboratório, na produção de conhecimento científico e na especialização.

No Brasil, tanto as ideias de Flexner quanto as do modelo francês e alemão refletiram na comunidade médica<sup>5</sup>. Segundo Santos Filho (1991), o movimento da medicina brasileira científica iniciou-se com as pesquisas médicas de Wucherter, Paterson e Silva Lima<sup>6</sup>. O professor e médico Antônio da Silva Mello (1886-1973), posteriormente fez parte de um movimento de modernização da formação médica, aproximando-se das concepções do modelo americano e europeu.

Os pressupostos do modelo Flexner ainda influenciam fortemente as instituições educacionais e organizações médicas do país. Representam, portanto, a conservação na

---

<sup>5</sup>Com a influência europeia, posteriormente, houve a transição de uma medicina popular (pré-científica) exercida por cirurgiões-barbeiros, boticários, pajés, curandeiros, feiticeiros etc., para uma medicina científica, praticada por médicos luso-brasileiros, com base na observação e em pesquisas científicas (FILHO, 1991).

<sup>6</sup>Criadores da Escola Tropicalista Baiana, que provocou mudanças no ensino médico na capital do Império Português, naquela época, Salvador-Bahia (FILHO, 1991).

contemporaneidade, do modelo de ensino e de formação tradicional. Entretanto, nas últimas décadas, seus pilares foram questionados, e novas formas de pensar a saúde e a formação de profissionais de saúde foram estruturadas no Brasil, especialmente a partir das reformas na área da saúde pública e da instituição do SUS. Diante do impacto desse sistema nas representações de saúde e doença e nas políticas de formação de profissionais de saúde, a compreensão dos aspectos essenciais desse sistema é fundamental neste estudo, com vistas à delimitação do seu objeto.

### 1.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO UM PROJETO DE REFORMA SOCIAL NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde (SUS) decorre de um movimento da sociedade civil denominado de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), no final da década de 1970 e no início da década de 1980, que propunha a construção de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil, atribuindo ao Estado a responsabilidade de prover a saúde para a população. Esse movimento, como um projeto de reforma social, segundo Paim (2009), desencadeou diversas mudanças nas ações de políticas públicas de saúde no país, cujos interesses gerais estavam vinculados às ideias de democratização da saúde, dos direitos humanos e da cidadania.

Nesse contexto, o SUS, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, foi planejado para garantir o reconhecimento do direito à saúde, o acesso universal e igualitário das ações e serviços públicos aos cuidados e atenção à saúde (PAIM, 2012). Seus princípios filosóficos foram sistematizados e consagrados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, organizada pela sociedade e pelos trabalhadores da saúde, em 1986, cuja proposta foi incorporada à Constituição Federal da República em 1988 e regulamentada pela Leis Orgânicas de Saúde nº 8080/90 e nº 8142/90.

O SUS se configurou como a estrutura que permitiria ao Estado concretizar o dever de garantir a saúde, em consonância com as políticas econômicas e sociais, embasado nos princípios da Integralidade, Equidade e Universalidade em Saúde. A Integralidade se refere às ações para a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos e a assistência a doentes. A Equidade diz respeito à necessidade de buscar a igualdade das condições de vida e saúde para todos; e a Universalidade traz a ideia da extensão e da cobertura dos serviços de saúde para toda a população.

Tem como pilar a participação dos distintos seguimentos sociais, como as instâncias governamentais, os prestadores de serviço, os trabalhadores e profissionais de saúde, os usuários e a comunidade para o desenvolvimento de ações, planejamento e avaliação das

políticas de saúde pública. Para isso, criaram-se comissões setoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), integradas pelos Ministérios, órgãos competentes e entidades representativas da sociedade civil, com a finalidade de contemplar as diversas atividades de atenção à saúde.

O SUS possui um amplo campo de atuação e compreende ações na área de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância nutricional, saúde do trabalhador, assistência terapêutica e farmacêutica, serviços de saneamento básico, proteção do meio ambiente, política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, fiscalização e inspeção de alimentos, água e bebidas, no controle e fiscalização da produção, transporte, armazenamento e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, desenvolvimento científico e tecnológico, política de sangue e seus derivados e ordenamento da formação continuada de trabalhadores da área de saúde em exercício.

Nessa perspectiva de formação dos profissionais, o governo fomentou e implementou a elaboração de programas de educação permanente e de aperfeiçoamento pessoal e profissional, incluindo a discussão da política de gestão do trabalho, de desenvolvimento do compromisso social coletivo, valorizando as ações, serviços e diretrizes do SUS. Essas ações expressavam a compreensão de que a qualidade da atenção à saúde estava diretamente relacionada à formação dos profissionais de saúde, trabalhadores com competência e domínio de tecnologias, tanto para atenção individual, quanto para a saúde coletiva. Segundo a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS, novos enfoques teóricos, metodológicos e de produção na área da saúde passaram a constituir uma política de formação, onde a presença de novos perfis profissionais, capacitados para lidar com a rede complexa de problemas da saúde pública, torna-se indispensável (NOB/RH-SUS, 1996).

Segundo Machado (2008), o desenvolvimento da gestão do trabalho em saúde e o processo formativo para a capacitação dos trabalhadores para o SUS ganhou destaque no âmbito social e político, tornando-se elemento fundamental para a consolidação desse sistema no país. Neste contexto, houve a necessidade de uma articulação entre os gestores que prestam serviço de saúde à comunidade com as instituições de ensino superior de saúde, para promover uma formação profissional em saúde que atenda às diretrizes e às redes de atenção à saúde elencada pelo SUS, tendo como cenário as demandas da realidade social.

Para isso, a formação dos profissionais da saúde deverá ser voltada para a aprendizagem no cotidiano do mundo do trabalho, com o objetivo de transformar suas práticas profissionais e a própria gestão do trabalho em saúde, tomando como ponto de partida os problemas da população, a gestão setorial e o controle/a participação social - seja nos

diversos estabelecimentos ou nos serviços públicos de saúde - e a problematização dos contextos de realidade social para criar e proporcionar soluções efetivas. É necessário entender a conjuntura histórica das políticas públicas e as mudanças contínuas do sistema de saúde do país, desenvolver novas abordagens em Educação e Saúde a partir das demandas, dos problemas e desafios do mundo do trabalho, como também ter acesso a condições organizacionais e dinâmicas da gestão que lhes permitam compreender o conhecimento global em saúde e desenvolver competências gerais e específicas para seu exercício.

Entretanto, a formação em saúde preconizada pelo SUS ainda não é assumida pela maioria dos profissionais. Muitos se encontram condicionados à formação de saúde baseada no modelo biologicista, no qual o racionalismo científico moderno tem forte presença. Além disto, são recentes as ações políticas propostas pelo Estado e as iniciativas das instituições de ensino superior ainda são pontuais.

#### 1.4 REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO BRASIL

A formação de profissionais de saúde no Brasil, segundo Santos Filho (1991), especialmente dos médicos, se inicia com a chegada da Corte Portuguesa no país em 1808, que criou condições para o príncipe D. João fundar as escolas médico-cirúrgicas de Salvador e do Rio de Janeiro. Antes disso, as práticas de cura eram exercidas pelos físicos, barbeiros, cirurgiões, índios, curandeiros, feiticeiros, profissionais médicos portugueses, espanhóis e holandeses<sup>7</sup> (SANTOS FILHO, 1991).

A formação médica no Brasil teve papel vanguardista no que diz respeito à formação dos profissionais de saúde. A influência do modelo formativo europeu levou a medicina a construir um modelo de ensino prático e voltado para a pesquisa. A inspiração estrangeira permitiu progressos em determinadas áreas da medicina, como nas pesquisas experimentais em centros especializados; nos estudos da microbiologia e patologia; na prevenção e no tratamento das endemias e epidemias; no aprimoramento técnico-profissional em centros clínicos e cirúrgicos; na assistência hospitalar e no desenvolvimento da indústria farmacêutica (SANTOS FILHO, 1991). No início do século XX, a formação médica se lançou em um novo

---

<sup>7</sup> Do século XVI ao XVIII, a história da medicina brasileira dividiu-se em períodos distintos, sem a demarcação de fases ou épocas, na: **Medicina Indígena**, marcada pela prática empírica das plantas medicinais e elementos do sobrenatural (divindades) no tratamento de doenças; **Medicina Jesuítica**, desempenhada pela Companhia de Jesus na assistência médica, hospitalar, farmacêutica aos índios, negros e brancos, marcada pelos dogmas e princípios cristãos; **Medicina Africana ou Negra**, caracterizada pela prática mística dos negros e africanos vindos pelo tráfico de escravos da África, impregnada de magia e feitiçaria voltada aos rituais de cura; **Medicina Holandesa**, marcada pela manifestação científica de estudos sobre patologia e terapêutica no Estado brasileiro; **Medicina Ibérica**, na qual a arte médico-cirúrgica envolvia profissionais habilitados ou não, curiosos, curandeiros, portugueses, espanhóis, cristãos, entre outros, e que tornou-se a medicina popularizada na maior parte do período colonial (SANTOS FILHO, 1991, p.10).

método de ensino-aprendizagem que abrangia a prática clínica, laboratorial e hospitalar (TEIXEIRA, 2005).

Nesse contexto, priorizou-se a formação fragmentada, conteudista, organizada por especialidades, notadamente influenciada pelo modelo Flexner e de escolas europeias, assumindo um caráter prioritariamente científico. Os cursos de saúde ao longo do século XX seguiram o mesmo modelo formativo pedagógico-profissional e de organização curricular, enfatizando determinadas áreas do conhecimento científico à luz da anatomia, da fisiologia, da patologia, entre outras, para entender objetivamente o ser humano, direcionando esforços para a resolução de problemas de ordem essencialmente biológica (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

As reformas políticas na área de saúde, especialmente a criação do SUS, se configuraram como um marco no processo de mudança na formação de profissionais. A LDB 9.394 (BRASIL, 1996) se aproxima desse cenário político e social de Saúde Pública no que diz respeito ao propósito de compreender a educação e transformar a realidade a partir das necessidades, desafios e problemas sociais. As instituições educacionais e organizações de saúde têm o dever de prestar serviços especializados à comunidade, estabelecendo com esta uma relação de reciprocidade, promovendo a extensão às classes populares e a sua participação, visando ao desenvolvimento da história, da cultura, da produção de saúde, da pesquisa e da tecnologia em benefício da sociedade.

Com o propósito de atender essa realidade e na perspectiva de formar profissionais capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, surgem, no início dos anos 2000, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área de saúde, desenvolvidas pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Essas diretrizes orientam a formação de profissionais com competências gerais e específicas, dentro de uma perspectiva das ciências da vida e da saúde, direcionadas aos enfoques técnicos, político-filosóficos e humanísticos enfatizados pelos SUS, para responder, com rigor, aos anseios de uma complexa sociedade, que se encontra em constante mudança

Tais diretrizes concebem um profissional com uma formação generalista, humanista, crítico e reflexiva, capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde – primária, secundária e terciária. Ou seja, profissionais atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, em nível individual e coletivo, com um rigor científico e intelectual, respeitando os princípios éticos/bioéticos, compreendendo os determinantes sociais, culturais, ambientais e psicológicos que influenciam direta e indiretamente os processos de saúde, a qualidade de vida, o bem-estar das pessoas e das comunidades (BRASIL, 2001).

Vale ressaltar que o profissional da saúde deverá conhecer os problemas de saúde pública prevalentes, de acordo com o perfil epidemiológico regional e nacional, ter senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, atuando para a (trans)formação da realidade em benefício da sociedade, ter habilidade de tomar decisões e gerenciar, atuar na promoção da saúde integral, saber se comunicar de forma verbal, não-verbal e escrita, saber trabalhar em equipe, produzindo a interdisciplinaridade, assumir liderança de forma engajada, empática e responsável, e buscar, sobretudo, a educação permanente. Enfim, deve ser capaz de lidar com o processo de saúde-doença-cuidado do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional (BRASIL, 2001).

Assim, em decorrência das demandas efetivas, com vistas à consolidação do SUS, a formação dos profissionais de saúde ganhou mais relevância no país. A formação de recursos humanos, preconizada pelo SUS e pelas DCN, exige profissionais capazes de atuar nos diferentes setores, áreas e serviços, de forma a contribuir para promover a melhoria dos indicadores sociais e de saúde, que pressupõem, conforme as DCN, a adoção de práticas pedagógicas inovadoras na universidade, centradas em metodologias ativas de ensino e aprendizagem, na construção do conhecimento pelo estudante, na sua inserção em atividades práticas na comunidade, no enfrentamento de problemas reais de saúde pública, integrando o ensino, a pesquisa e a extensão a serviço da comunidade, o trabalho em grupo, interdisciplinar e interprofissional, o desenvolvimento de habilidades interpessoais, de atitudes, valores éticos voltados à construção de uma sociedade mais justa, igualitária e fraterna.

Ceccim e Feuerwerker (2004) e Merhy (2005) concordam que a perspectiva formativa, a partir da reflexão sobre a prática no mundo do trabalho em saúde, implica em transformações reais no sujeito, sobretudo, quando ocorre a problematização de si mesmo no cotidiano de suas práticas. De acordo com os autores, este é o ponto central da formação em saúde: “produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho. E isto não é óbvio ou transparente” (MERHY, 2005, p.173).

Essa perspectiva de formação ganhou força com a consolidação das políticas de saúde, expressa nas diretrizes do SUS, e pressupõem mudanças profundas na concepção da formação dos profissionais da área de saúde em relação àquela estabelecida pelo modelo Flexner. Nesse intuito, novas parcerias estabelecidas entre o Ministério da Saúde, o MEC e outras organizações investiram na criação de programas voltados para as mudanças curriculares de cursos bacharelados em saúde. De maneira geral, os programas vieram para fomentar o diálogo entre a produção de conhecimento e os programas de educação permanente

vinculados à realidade social e de saúde da população brasileira. Com isso, foi feita a reorientação da formação, com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica, deslocando o eixo central do ensino centrado na doença para incorporar a integralidade dos processos de saúde/doença e da promoção da saúde. Além disso, visou a estabelecer a cooperação entre os gestores do SUS e as instituições universitárias, a fim de propiciar a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde, favorecendo a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes, com vistas a prepará-los para a educação permanente (BRASIL, 2001).

Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, como um espaço de construção dos processos de formação, desenvolvimento profissional e educação permanente dos trabalhadores em saúde no Brasil. Cabe ressaltar que a interlocução da SGTES com a Secretaria de Ensino Superior (SESu) vem contribuindo decisivamente para o fortalecimento do SUS e da formação profissional. As políticas de formação que vêm ganhando destaque nesse cenário são: Vivências e estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS); a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); as residências multiprofissionais em saúde; o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o Programa Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde) e a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

O Vivências e estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) foi um projeto desenvolvido, em 2004, em conjunto com entidades estudantis dos cursos de saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, cujo objetivo foi oferecer aos estudantes um período de vivência e estágio na rede do SUS, com duração de 15 a 20 dias, visando possibilitar a aprendizagem da realidade dos serviços, das estratégias de atenção, do controle social e dos processos de educação na saúde.

Nesse percurso, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), através da Portaria MS/GM n. 198/2004 e da Portaria GM/MS nº 1.996/2007, como estratégia do SUS para transformar e qualificar as práticas de formação de trabalhadores para a saúde, no entendimento de que a rede de atenção do SUS serve como espaço de educação profissional, com vistas à atenção em linhas do cuidado, ao fortalecimento do controle social e da gestão intersetorial. Tal política formativa assumiu como pressuposto a importância da integralidade nas esferas do ensino, do serviço e da gestão, como dispositivos de qualificação

das práticas de saúde visando à educação permanente dos profissionais no cotidiano do trabalho, seja no planejamento, na implementação ou na avaliação das ações.

Para o fortalecimento das políticas de formação, foi criado também, em 2004, o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS). O FNEPAS tem como objetivo geral “contribuir para o processo de mudança na graduação das profissões da área de saúde, tendo como eixo a integralidade na formação e na atenção à saúde.” Mas, também, tem o desígnio de promover a troca de experiências entre os diversos cursos de graduação em saúde; realizar ações conjuntas voltadas à formação profissional e ao cuidado em saúde, obedecendo à lógica da integralidade da atenção; contribuir para a mobilização de docentes, estudantes, gestores da educação e da saúde e usuários para mudança na graduação das profissões da área de saúde; estabelecer compromissos e cooperação técnica entre as entidades participantes do FNEPAS e os Ministérios da Saúde e Educação, além de outras entidades da sociedade civil organizada (FNEPAS, 2015).

Na mesma linha de formação, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, foram criadas, em 2005, promulgadas pela Lei nº 11.129, as residências multiprofissionais em área, a partir das necessidades e das realidades locais e regionais, que abrangem as profissões: Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2005, em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESU), o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação (MEC) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), lançou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), através da Portaria Interministerial nº 2.101/2005. O Pró-Saúde tem como finalidade uma integração entre as instituições de ensino e a comunidade na perspectiva de promover transformações através da prestação de serviços à população, tendo em vista a reorientação da formação do profissional de saúde, dentro de uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica (PRÓ-SAÚDE, 2005).

O Pró-Saúde está estruturado em três eixos de transformação do processo formativo dos profissionais: a) *Orientação teórica*, com vistas a priorizar os determinantes de saúde, aspectos biológicos e sociais da doença; desenvolver pesquisa clínica-epidemiológica baseada em evidências para proceder a uma avaliação crítica do processo de Atenção Básica; implementar práticas gerenciais que facilitem o relacionamento entre os diferentes atores e

garantir atenção especial à educação permanente, não restrita à pós-graduação especializada. b) *Cenários de Prática* com o propósito de trabalhar com os processos de aprendizagem ativa, com a avaliação formativa e somativa, com sentido crítico na análise da prática clínica e a partir da própria atividade dos serviços, enfatizando o aprendizado baseado na solução de problemas. c) *Orientação Pedagógica* voltada para a diversificação do trabalho conjunto das equipes multiprofissionais, incluindo vários ambientes e níveis de atenção, com maior ênfase no nível básico, na interação de comunidade e estudantes, assumindo a responsabilidade mediante a evolução do aprendizado, com vistas à relevância social e ao desenvolvimento da excelência técnica.

Este programa envolveu duas fases. A primeira contemplou três cursos: Enfermagem, Odontologia e Medicina; a segunda, onze cursos: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia, Nutrição, Educação Física, Ciências Biológicas, Biomedicina, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Psicologia e Medicina Veterinária.

Em 2008, por meio da Portaria Interministerial nº 1802, foi instituído o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), importante estratégia de fortalecimento da articulação ensino-serviço-comunidade na perspectiva da interdisciplinaridade, em estreita relação com as ações do Pró-Saúde. O PET-Saúde é desenvolvido por professores, estudantes de Instituições de Ensino Superior (IES), gestores, secretaria municipal de saúde e profissionais dos serviços<sup>8</sup> que têm como proposta o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde, a concretude das DCN e o desenvolvimento de novas práticas pedagógicas, fomentando a experiência do estudante no território e nos Distritos Sanitários, o trabalho colaborativo interdisciplinar e a pesquisa.

O Programa Telessaúde Brasil Redes criado em 2007 é outra ação nacional que busca melhorar a qualidade da Atenção Básica no SUS, integrando o ensino e o serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, oportunizando a Educação à Distância aos trabalhadores do SUS.

A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), criada em 2010 pelo Decreto nº7.385, visa ofertar aos trabalhadores do SUS cursos de pós-graduação e de extensão universitária, com vistas a promover a capacitação e a educação permanente por meio de cursos à distância por meio da internet.

Cabe ressaltar que os Programas Pró-Saúde, PET-SAÚDE, Residências Multiprofissionais, Telessaúde Brasil Redes e UNA-SUS encontram-se vigentes no país,

---

<sup>8</sup> Os profissionais dos serviços são trabalhadores/profissionais de saúde do SUS que atuam como preceptores de estudantes no PET-Saúde.

mobilizam articulações cruciais entre o Estado, as universidades e os serviços do SUS, e assim assumem o desafio de fortalecer o SUS e formar profissionais para seu exercício.

No contexto mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2010, levantou uma discussão importante em torno da formação de profissionais para a Saúde. Dispondo da rica diversidade destes profissionais e de suas práticas multidisciplinares como temática emergente do campo da saúde, a OMS chama a atenção para a formação profissional num documento, elaborado em 2010, intitulado: “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa” (OMS, 2010).

Segundo este documento, a Educação Interprofissional “ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde” (OMS, 2010, p.13). Já a Prática Colaborativa acontece quando os profissionais de saúde de diferentes áreas de atuação “prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços” (OMS, 2010, p.13).

Conforme a OMS, a formação de profissionais da saúde voltada para essa perspectiva pode contribuir para aumentar a satisfação dos usuários e dos próprios profissionais, para o uso adequado de recursos clínicos especializados, melhorando a assistência, segurança e resolução de problemas, para promover uma melhor adesão ao tratamento, reduzindo: o número de complicações; a duração do tratamento e dos internamentos; o número de consultas ambulatoriais; a rotatividade de profissionais; os custos assistenciais; os conflitos entre os prestadores de serviço; os erros médicos e as taxas de mortalidade (OMS, 2010, p.18).

A Educação Interprofissional e a Prática Colaborativa em saúde possibilitam a aprendizagem integrada e coletiva entre estudantes, professores e profissionais de diferentes campos de atuação. Peduzzi et al. (2013) lembram que o trabalho interdisciplinar deve preservar as especificidades de cada área, tornando imprescindíveis ações dialogadas e colaborativas entre esses profissionais. Pôr em prática a educação interprofissional é desafiar o contexto tradicional hegemônico de formação em saúde para enfrentar a complexidade do processo de saúde-doença, a produção de cuidado, a fragmentação do conhecimento que incide nas especialidades profissionais, as práticas formativas técnicas que estão em plena expansão e desenvolvimento (PEDUZZI et al., 2013).

Assim, constata-se que, tanto no contexto nacional quanto no mundial, as políticas indutoras de formação em saúde expressam a necessidade de formar profissionais mais

preocupados com a integralidade, ou seja, com um conjunto de ações que vão desde a promoção e a prevenção, até a assistência, nos diversos níveis de atenção e complexidade, sintonizados com uma política de saúde comprometida com a questão da cidadania, que se concretize na prática, a partir de experiências sólidas e profícuas entre a universidade, órgãos governamentais, o SUS e a sociedade.

As políticas para a formação do profissional de saúde, nessa perspectiva, explicitam a compreensão de que as situações formativas complexas devem ultrapassar a separação entre a teoria e a prática, o modelo biomédico hospitalocêntrico e, em contrapartida, fomentar a concepção dos determinantes sociais, a interação com a comunidade, a aprendizagem no contexto dos serviços e a interdisciplinaridade. Considerando que já se passaram mais de uma década de vigência das leis referidas, nos interessa perceber se elas têm impactado a formação de profissionais de saúde no país. Nessa perspectiva, foi realizada uma breve revisão das pesquisas sobre a integração entre ensino e serviços de saúde.

### 1.5 BREVE REVISÃO DAS PESQUISAS SOBRE A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Inicialmente, foi tomado como referência o estudo de Kuabara et al. (2014), que realizou uma pesquisa de estado da arte que envolveu programas e projetos de integração entre o ensino, o serviço e a comunidade. Utilizando como fonte de pesquisa o banco de dados do Sistema da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), foram selecionadas 54 publicações, nas quais as autoras identificaram o predomínio de relatos de experiência, com reflexões teóricas sobre a atenção básica e os cursos de Enfermagem e Medicina. No que diz respeito à formação dos profissionais de saúde, as autoras apontaram uma redução da dicotomia teoria/prática e uma maior aproximação do ensino com os princípios do SUS. Constataram que a integração ensino-serviço consegue superar a perspectiva biologicista, oportunizando uma formação à atenção básica da saúde mais integrativa, na qual as ações educacionais, articuladas aos serviços de saúde da comunidade, levam em conta a qualidade do cuidado e a capacitação profissional. Por fim, o estudo aponta a necessidade de mudanças nas relações e nos métodos de ensino, mais envolvimento dos atores e mudanças na concepção epistemológica.

O estudo realizado por Marin et al. (2013) buscou identificar contribuições, limites e sugestões para a integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos da Faculdade de Medicina de Marília. Os autores realizaram um estudo qualitativo, descritivo, com base em narrativas escritas das experiências dos sujeitos: 240 estudantes dos cursos de

Enfermagem e Medicina e 60 professores envolvidos com essa proposta. As autoras verificaram que a integração ensino-serviço possibilita a construção do conhecimento pautado na prática, a partir da troca entre os profissionais dos serviços e os usuários, ampliando as ações em conjunto com a comunidade. Como fatores limitantes, foram identificados a falta de reconhecimento do papel do estudante, a falta de suporte da gestão e a indefinição de papéis da academia e do serviço. Os pesquisadores sugerem uma ampliação do número de professores colaboradores nas atividades acadêmicas, melhorias na gestão da Atenção Básica e revisão do contrato de parceria, como parte da necessidade de corresponsabilização nos processos de ensino-serviço.

Os mesmos autores, Marin et al. (2014), realizaram uma pesquisa transversal, com uma abordagem quantitativa, na qual um questionário foi aplicado a 183 participantes - estudantes e professores de cursos de saúde. Verificaram uma tendência à avaliação positiva da integração ensino-serviço-comunidade, por trazer benefícios à comunidade, como também à formação do profissional de saúde, ao favorecer um campo de prática docente/discente. Entretanto, os resultados também apontam para a necessidade de desenvolver estratégias de ensino mais eficazes, e que se articulem adequadamente ao contexto da integração entre ensino e serviço de saúde.

Pereira (2007) investigou a articulação entre ensino e serviço em um Distrito de Saúde do município de São Paulo e as contribuições advindas dessa articulação para a implementação de um modelo de atenção à saúde. A autora utilizou uma abordagem qualitativa e descritiva, na qual os participantes eram professores e profissionais de saúde envolvidos na articulação entre o ensino e serviço. Dentre os resultados, esse trabalho revelou que a articulação entre ensino e serviço ocorre no sentido do acompanhamento das ações dos alunos pelos trabalhadores da saúde; apontam uma integração incipiente entre a academia e o serviço, devido à falta de projeto político em saúde consensual entre as unidades de ensino e a prefeitura, e aponta que os cursos de medicina e de enfermagem são os que mais desenvolvem ações de ensino no território. O referido estudo considera imprescindível o estabelecimento de estratégias de ação que busquem fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade, como também a sensibilização de gestores públicos, gestores universitários e lideranças comunitárias, no sentido de compreender a relevância de todos esses atores na formação do profissional de saúde e na (re)organização dos serviços da atenção básica.

O estudo de Duarte et al. (2014) teve como foco as ações de formação dos trabalhadores do SUS no Programa de Educação pelo Trabalho na rede de serviços de saúde. Os dados foram obtidos por meio da técnica de narrativas da experiência dos discentes e

docentes dos cursos de fisioterapia e enfermagem, que desenvolveram ações no serviço das áreas de Saúde Mental, da Atenção Básica e do Hospital Geral. Segundo as autoras, a experiência dos participantes de conhecer a realidade da saúde pública do município e de desenvolver ações práticas em consonância com o SUS contribuiu para a formação inicial dos profissionais de saúde, voltada para a atenção básica, para a promoção e a prevenção, para a formação dos profissionais da rede e para o fomento da Política de Educação Permanente em Saúde. Seus resultados apontam para a importância dos programas para o ensino, o serviço, a gestão e a comunidade na formação dos trabalhadores da saúde, tendo em vista que a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho é produzida pela problematização das experiências vividas no próprio mundo do trabalho, implicando em mudanças globais na rede de atenção de saúde no município.

O estudo de Oliveira et al. (2012), “Processo de Interação Ensino, Serviço e Comunidade: a Experiência de um PET-Saúde”, contou com a participação de estudantes dos cursos de Farmácia, Educação Física, Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Foram realizadas práticas pedagógicas inovadoras, a fim de contemplar as diretrizes educativas exigidas pelas políticas de formação em saúde. Dentre elas, os autores destacaram a utilização do portfólio reflexivo como o eixo norteador das atividades desenvolvidas pelos estudantes. O portfólio apoiou-se em seis princípios: a construção autoral do próprio estudante, oportunizando-lhe a tomada de decisão em saúde; a reflexão sobre as suas produções; a criatividade; a autoavaliação; a parceria entre os professores, os trabalhadores da saúde e os estudantes, e a autonomia. Os autores defendem o uso do portfólio, porque possibilita aos estudantes o desenvolvimento do pensamento crítico, a capacidade de solucionar problemas desafiadores, de trabalhar em equipe, de conduzir pesquisa e projetos, possibilitando a formulação de seus próprios objetivos de aprendizagem. Dentre os resultados, as autoras destacam a vivência a partir da realização de ações junto à comunidade e à equipe, como oficinas, grupos, salas de espera e educação permanente, assim como a aproximação com a gestão municipal, que contribuiu para a formação profissional, tendo-se em vista que os estudantes passaram a atuar com autonomia e interdisciplinaridade, reconhecendo as necessidades da comunidade, as diferentes competências profissionais e as possibilidades do serviço.

Capozzolo et al. (2013) analisaram a experiência de formação interprofissional em saúde da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), abordando questões relacionadas à temática da integração ensino-serviço-comunidade, produção de conhecimento e estratégias de acompanhamento pedagógico dos estudantes dessa formação. A investigação, de natureza

descritiva e qualitativa, foi desenvolvida com estudantes dos cursos de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Psicologia, além de professores, agentes comunitários, coordenadores, diretor acadêmico, gerentes e enfermeiros. Segundo os autores, a experiência formativa produziu impactos, deslocamentos e ressonâncias em diferentes graus de intensidade entre os distintos atores, evidenciando os efeitos produzidos por essa formação. O trabalho indica que a formação interprofissional tem contribuído para a construção de um modo de pensar, sentir e agir dos futuros profissionais de saúde, considerando a complexidade do mundo do trabalho em saúde.

Soares, Ribeiro e Massena (2014), num estudo com docentes dos Cursos de Medicina de duas universidades públicas da Bahia, evidenciaram a necessidade da universidade desenvolver uma formação de profissionais da área de saúde orientada para o compromisso social, para uma visão humanística e interdisciplinar. As autoras apontam que caminhar nessa direção coloca como desafio a formação pedagógica dos professores universitários, a partir dos dilemas da prática formativa, centrado na reflexão que integre conhecimentos do campo da pedagogia universitária. No entanto, tal concepção difere do que parece prevalecer no estudo realizado, no qual se evidencia uma contradição entre a forma e os conteúdos que eles ensinam nos cursos.

A revisão da literatura realizada, embora não exaustiva, indica alguns investimentos pontuais na perspectiva de uma formação conforme preconizada pelas DCN e pelas políticas públicas e sinaliza a necessidade da formação dos docentes dos cursos de saúde, para que sejam capazes de empreender as mudanças preconizadas. Entretanto, a formação - inicial e continuada - do docente universitário e do preceptor<sup>9</sup> de saúde tem permanecido silenciada nas políticas da área.

Nesse cenário de transformações no âmbito da formação e do ensino em saúde, entre os anos de 2011 e 2012, foi concebida a inclusão de um componente curricular envolvendo atividades de integração entre a universidade, a comunidade e os cursos de saúde do Departamento de Ciências da Vida (DCV) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), em convergência com o movimento das políticas públicas do SUS.

No caso da UNEB, além de estabelecer a integração entre o ensino, a comunidade e os serviços de saúde, este componente, denominado Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade (PIASC), incluiu outro desafio: o de promover a interprofissionalidade,

---

<sup>9</sup> Preceptores são profissionais de saúde vinculados a serviços do SUS que recebem estudantes de graduação/pós-graduação da área da saúde, no contexto de um programa de educação, a fim de orientá-los nas atividades práticas do cotidiano de seu trabalho e nos diferentes cenários de aprendizagem.

integrando nas turmas estudantes dos cursos de Nutrição, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia e Medicina, a partir de um redimensionamento curricular realizado, concomitantemente, em cada um desses cursos.

#### 1.6 O PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO ACADEMIA, SERVIÇO E COMUNIDADE DA UNEB

O PIASC, componente curricular de caráter transversal, interdisciplinar e interprofissional, dialoga com o princípio da Integralidade entre os campos da Saúde e da Educação, preconizado pelo SUS, para promover uma formação mais humanizada dos profissionais de saúde. Nesse sentido, o PIASC alinha-se aos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), conforme descrito na Portaria Interministerial nº 1.127, de 06 de agosto de 2015, que visam ao fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS.

Concebido e implementado em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS) e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), o PIASC tem o papel fundamental de efetivar o projeto pedagógico de formação dos futuros profissionais, inserindo o estudante de saúde, desde os semestres iniciais, no contexto de trabalho coletivo/colaborativo da Saúde Pública.

Dessa forma, objetiva a diversificação de cenários de aprendizagem, proporcionando a interação universidade-serviço-comunidade, bem como a integração de estudantes e profissionais de saúde, comunidades e instituições parceiras. Contribui para uma formação generalista, humanística, crítica e reflexiva dos futuros profissionais de saúde, capazes de atuar no sistema de saúde vigente no país, resguardando os princípios de universalidade, equidade e integralidade.

O PIASC tem como finalidade desenvolver habilidades e competências nos discentes relacionadas à territorialização, ao trabalho interprofissional, à participação social, à ação intersetorial, ao diagnóstico da comunidade e ao planejamento e à intervenção em saúde. Tem na Unidade da Saúde da Família (USF), na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), espaços de aprendizagens e experiências práticas do modelo vigente de atenção em saúde no SUS.

Considerando o caráter inovador desse componente curricular e os desafios que ele gera na perspectiva de transformação das práticas docentes historicamente construídas na área de saúde, geralmente situada em salas de aula, laboratórios e hospitais, ele poderia se configurar como um espaço de reflexão e desenvolvimento profissional também dos docentes,

especialmente, aqueles que nele atuam, uma vez que envolve um complexo cenário de aprendizagem, distinto dos habituais, o que possibilitaria ampliar determinadas competências e saberes docentes. Portanto, o PIASC conforma-se como um potente componente curricular que desafia permanentemente os docentes à (re)construção de sua própria prática pedagógica.

A problemática desta pesquisa colocou em relevo uma breve trajetória da constituição do campo científico e da prática na área de saúde, a qual se constituiu numa visão de saúde e de doença marcada essencialmente pelos aspectos biológicos e curativos. Essa visão se traduziu em um modelo de formação dos futuros profissionais denominado de Flexneriano de natureza pragmática, fragmentada e objetiva ante os processos de saúde-doença. Destacou, também, que, no Brasil, a criação do SUS estabeleceu uma concepção de saúde fundamentada em princípios e diretrizes a serem garantidos na prática pelo Estado, que formalmente rompem com a concepção biologicista, hospitalocêntrica e curativa secularmente instituída. Esta problemática também evidenciou que, em consonância com os pressupostos do SUS - e considerando que a sua implementação pressupõe a formação de profissionais humanistas, críticos, reflexivos e comprometidos socialmente -, diversas políticas na área da saúde pública e da educação em saúde têm sido formuladas, dentre as quais as Diretrizes Curriculares para os cursos da área de Saúde e as Políticas de Educação e Saúde. Tais medidas políticas apontam para novas abordagens na formação do profissional de saúde, na contramão daquelas inspiradas pelo modelo Flexner, que orientaram por décadas a formação dos profissionais e docentes dos cursos da área de Saúde. Por fim, a problemática evidenciou a inexistência de políticas nacionais voltadas para a formação dos docentes da saúde, com vistas à ressignificação de suas representações e práticas pedagógicas para atuarem nesse novo contexto. Isto significa um profundo vazio, ainda mais se se considera que esses profissionais não vivenciaram, previamente ao ingresso na docência, uma formação específica para tal. Diante desse vazio, o pressuposto é que as instituições universitárias e os docentes dos cursos de saúde deveriam assumir a responsabilidade da formação pedagógica no processo mesmo de implementação das novas práticas e políticas de formação dos futuros profissionais. Considerando que a reflexão coletiva sobre a prática é uma ferramenta importante para a ressignificação da docência, especialmente, aquela desafiada por um componente de natureza inovadora, como é o PIASC, e considerando ainda a escassez de pesquisas sobre a formação do docente da área de saúde, definimos como **objetivo desta pesquisa**: Compreender a contribuição da experiência de ensino no Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade (PIASC) para o desenvolvimento profissional docente dos responsáveis por este componente curricular.

Na perspectiva de atingir tal objetivo, foram formuladas as seguintes questões de pesquisa:

- Que desafios os participantes da pesquisa reconhecem estar presentes na experiência de docência no PIASC?
- Que estratégias formativas os docentes participantes da pesquisa valorizam frente aos desafios do PIASC?

### 1.7 IMPLICAÇÃO DO PESQUISADOR

O meu interesse em pesquisar o potencial formativo de aprendizagem dos professores da área da saúde, no ensino do componente curricular PIASC, foi se delineando aos poucos. O ponto de partida foram minhas inquietações profissionais. Elas foram se configurando a partir das provocações reflexivas sobre a formação dos professores dos cursos de saúde, e posteriormente, da minha prática docente na formação de profissionais de saúde.

Como profissional dessa área, na condição de fisioterapeuta e, posteriormente, de docente universitário, fui percebendo, ao longo de minha trajetória profissional, que além de mim, muitos professores e bacharéis, em diversos cursos da saúde, ingressavam na carreira universitária sem nenhuma formação pedagógica.

Movido pelo desejo de assumir a docência universitária desde minha formação profissional, em 2007, busquei no ano seguinte o Curso de Pós-graduação Lato Sensu em Metodologia do Ensino, Pesquisa e Extensão em Educação pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), assumindo como objeto de pesquisa do meu Trabalho de Conclusão de Curso a formação do fisioterapeuta docente e sua prática pedagógica. Nessa especialização pude compreender conceitos, contextos históricos, políticos e econômicos da educacional nacional, a formação dos profissionais da saúde e dos professores. A experiência formativa do curso de especialização me fez despertar para uma visão crítica e reflexiva a respeito da docência em saúde.

Com esse estudo, compreendi que professores de fisioterapia e aqueles da área da saúde estavam condicionados a um modelo pedagógico de ensino tradicional, marcado pela transmissão e reprodução de conhecimentos técnico-científicos. Esse trabalho me fez pensar na minha formação, na vida acadêmica, na relação com os professores e colegas, na organização das aulas teóricas e práticas nos laboratórios de Anatomia, nos Recursos Terapêuticos Manuais etc. Refleti sobre as práticas pedagógicas dos docentes e percebi o quanto meus professores adotavam metodologias transmissivas de ensino, apoiadas em telas

do Power Point. Normalmente, os docentes dominavam muito bem o conhecimento sobre as disciplinas que lecionavam, mas era bem definida a relação dicotômica entre a aula teórica e a prática, em que a teoria se fazia na sala de aula e a prática nos laboratórios ou nos estágios. Pouquíssimos eram aqueles professores que trabalhavam com problematização, metodologias ativas, interdisciplinaridade, problematização de questões de saúde pública e suas relações com os aspectos sociais, políticos, históricos e culturais da saúde e da fisioterapia. A formação era muito técnica, restrita aos saberes da profissão, centrada nos conteúdos e em sua aplicabilidade.

Quando recebi o convite de duas instituições privadas para ensinar algumas disciplinas, agradei a oportunidade e, cheio de entusiasmo e alegria, fui conversar com as coordenadoras dos cursos. Nessa oportunidade senti certo desconforto quando me falaram para elaborar o plano de curso. Ainda não havia me apropriado, de modo pedagógico, do tal recurso. Tinha ingressado na instituição ao mesmo tempo em que cursava a especialização supracitada e vi alguns modelos apenas na época da graduação. Ainda não havia me apropriado de certos dispositivos pedagógicos e de outros tantos conceitos, práticas etc. Então, para a produção do plano, era preciso elaborar os objetivos, selecionar conteúdos, estabelecer a metodologia, os recursos utilizados, o processo de avaliação, a referência básica e complementar, tarefa que me deixava com certa sensação de impotência e insegurança. Além do mais, não compreendia a real dimensão do plano de curso e concebia sua elaboração como um tanto quanto cansativa e complexa. Não fui apresentado ao Projeto Político Institucional, nem ao Projeto Político Pedagógico, muito menos às Diretrizes Curriculares do curso.

Então, meio “desajeitado”, para não dizer “despreparado”, comecei o exercício da docência. Na sala de aula, tinha uma ótima relação com os estudantes, e toda aquela dinâmica educativa me contagiava. Descobri ali, verdadeiramente, uma paixão pela educação e uma genuína inclinação à docência universitária. Porém, em meio a esse contexto universitário de descoberta, encantamento e alegria, fui atravessado por outro sentimento angustiante, que me apareceu ao longo das aulas, em função de algumas indagações, que me vieram a mente: “\_Que outras formas existem de ministrar aulas, além daquelas expositivas? Que outras metodologias poderiam ser utilizadas? Onde aprender? E a relação com os estudantes? Como proceder? ” Eu só conhecia o recurso didático da aula expositiva. A disciplina era dividida em aulas teóricas e práticas em laboratório. Lembrava-me frequentemente de meus antigos professores da graduação e reproduzia sistematicamente seus métodos e práticas pedagógicas.

Seguia à risca o planejamento pedagógico, como um passo a passo disciplinar. Dar aula para mim era cumprir o papel docente, era a máxima pedagógica. Não existia espaço para projetos de extensão ou pesquisa, muito menos para um trabalho docente coletivo para pensar, planejar, avaliar e nortear nossas práticas. Atuação interdisciplinar? Ações políticas educacionais voltadas para uma prática de saúde pública, articulando educação, saúde, comunidade e a fisioterapia? Nem passavam pela cabeça.

Essa história começou a mudar em 2013, quando passei no concurso público da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e fui nomeado como professor auxiliar no Departamento de Ciências da Vida (DCV) do curso de Fisioterapia. E, a partir de então, passei a andar por outras trilhas educacionais. Na UNEB pude conhecer outras nuances da educação pública e ver de perto o seu real compromisso com as questões sociais.

No colegiado de Fisioterapia do DCV/UNEB, conheci os professores, os técnicos-administrativos, o projeto político do curso, a organização curricular e toda a ideologia formativa para os estudantes de fisioterapia e dos demais cursos da saúde, bem como a macroestrutura filosófica e educacional do departamento. Conheci um componente curricular inovador, o Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade (PIASC), que logo de início me despertou curiosidade pelo fato de ser um componente curricular básico, dos primeiros semestres, que permitia uma articulação entre os cursos da área da Saúde e uma imersão precoce dos estudantes na Saúde Pública, oferecendo-lhes a oportunidade de atuar frente às necessidades e problemas da comunidade/sociedade.

Embora eu não fosse professor<sup>10</sup> do PIASC, interessei-me por conhecê-lo mais profundamente. Pensando neste programa como um componente curricular que oportuniza uma formação profissional voltada para o SUS, imaginei que a responsabilidade docente, talvez, fosse mais delicada em função de sua complexidade, com outras nuances em decorrência do trabalho fora dos muros da universidade, das relações que se estabelecem no território com os usuários dos serviços de saúde, e das abordagens didático-pedagógicas que tinham que dar conta de seus objetivos.

Entretanto, foi no Programa de Pós-graduação em Educação e Contemporaneidade (PPGEDUC) que o interesse em estudar o PIASC foi se concretizando e ganhando contornos mais nítidos, a partir dos questionamentos nas disciplinas, nos fóruns de pesquisa, e nos

---

<sup>10</sup> Existem professores exclusivos para o PIASC, entretanto, em função de demandas do PIASC, eventualmente, surgem convites aos professores do DCV, aqueles que têm afinidade com a área da Saúde Coletiva, para serem professores colaboradores do PIASC, oportunizando a experiência de ensino nesse componente curricular.

encontros com pessoas especiais, como minha orientadora, meus professores e colegas de classe.

Dentre os componentes curriculares do PPGEDUC, destaco dois especificamente, que tiveram uma influência direta na definição do meu objeto de estudo. O primeiro, intitulado Formação do Educador, e o segundo, Docência Universitária. Com efeito, nestas disciplinas busquei compreender a dimensão da complexidade da formação e da docência universitária, encarada como uma profissão, pautada por pressupostos epistemológicos, políticos e metodológicos de natureza emancipatória. A experiência nessas disciplinas possibilitou a ressignificação de minhas concepções de ensino, aprendizagem, avaliação, relação professor-aluno, fomentando inevitavelmente o interesse pelo campo da pesquisa da docência universitária, que se expandiu para a área de saúde. Tal relação criou condições assertivas para pesquisar sobre a contribuição da experiência de ensino no PIASC para o desenvolvimento profissional docente dos responsáveis por este componente.

Esse percurso também foi marcado pelo ingresso no grupo de pesquisa Docência Universitária e Formação de Professores (DUFOP), que desenvolve estudos, pesquisas e ações sobre docência universitária, como também pela participação e apresentação de trabalhos em diversos eventos acadêmicos de âmbito nacional e internacional sobre Educação. A convivência periódica e as rotinas de trabalhos no DUFOP me levaram a inúmeras experiências formativas, entre elas, as reuniões do grupo, a organização do IV Colóquio Práticas Pedagógicas Inovadoras da Universidade e a participação na pesquisa “Necessidades e estratégias de desenvolvimento profissional docente: contributos para a valorização da pedagogia universitária”, realizada junto a professores da UNEB. Mas, para além das questões acadêmicas, o grupo oportunizou encontros profícuos, que me fizeram pensar, sentir e agir como ser humano, como pessoa, cidadão, professor, estudante, fisioterapeuta implicado, integrando as dimensões atitudinal, afetiva, relacional e coletiva.

Por fim, as situações e reflexões mencionadas culminaram na produção deste trabalho, situado notadamente em uma trama relacional dinâmica, complexa e inacabada, que carrega em si uma imensa interlocução com a formação em saúde-educação e processos de aprendizagens de modo individual e coletivo.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO DA PESQUISA

Esta seção apresenta o referencial teórico da pesquisa, que contempla os conceitos fundamentais para a compreensão do nosso objeto de pesquisa, que são: docência universitária e desenvolvimento profissional docente. O texto ora apresentado não tem a pretensão de esgotar tudo que já se produziu a respeito, mas de construir reflexões pertinentes acerca dessa temática, que permitam uma profícua aproximação com o campo e a análise consistente dos dados.

### 2.1 DOCÊNCIA UNIVERSITÁRIA

A palavra docência tem origem no Latim<sup>11</sup>: *docens, docentis, docere*, que significa ato de ensinar, instruir, mostrar; portanto, diz respeito ao trabalho do docente. A docência universitária é uma atividade milenar, que ao longo da sua história vivenciou rupturas e continuidades. Na Idade Média, os docentes, antigos mestres, organizados, dentro da universidade, em faculdades (*facultas*), que designavam ramos de estudo ou mesmo uma disciplina, eram reconhecidos como portadores do saber e, por conta desse reconhecimento, atraíam grandes contingentes de estudantes de lugares diversos. Os docentes tinham como funções a formação de profissionais, cujas profissões mais conhecidas eram Medicina, Direito e Teologia; o desenvolvimento das ciências e das humanidades era realizado através do ensino e da investigação científica que emergia do confronto com a fé cristã, que predominava na vida medieval (CASTANHO, 2000).

O ensino se desenvolvia basicamente de duas formas: mediante a leitura, em sala, pelo professor, de um texto, fazendo comentários sobre determinados trechos, o que deu origem à técnica *expositio*, ou por meio do debate de questões polêmicas dos textos, dando origem à técnica das *quaestiones*, na qual participavam o docente e os estudantes, tornando a aula mais dinâmica. Essas questões versavam sobre conceitos gerais, buscando responder se tais conceitos tinham validade universal e, dessa forma, excitavam a imaginação dos estudantes. A docência universitária medieval visava ao desenvolvimento do espírito crítico da futura elite dirigente, com base na interdisciplinaridade e na indissociabilidade entre o ensino e a pesquisa (CASTANHO, 2000). Entretanto, conforme o autor, apesar da existência desse clima de debate, a universidade medieval e, portanto, a docência, eram conservadoras, pois

---

<sup>11</sup> Os termos em Latim foram pesquisados no site <http://www.dicionarioetimologico.com.br>

A verdade supunha-se como dada de uma vez por todas pela revelação divina. Os princípios racionais também tinham sido definidos pela filosofia clássica, notadamente por Aristóteles. Restavam, aqui e ali, algumas questões de adequação desses princípios à realidade. O campo aberto à pesquisa do novo era muito estreito. Tratava-se muito mais de conservar um patrimônio de verdades do que ir à sua procura (CASTANHO, 2000, p.24).

A docência universitária na modernidade, embora conserve alguns aspectos da docência da era medieval, assume características particulares decorrentes do novo contexto histórico e da revolução do pensamento filosófico e científico. Assim, ao lado das antigas funções da docência, associadas ao ensino e à formação de profissionais, ela passa a assumir a tarefa de acompanhar e contribuir para a produção do conhecimento. Isso num contexto no qual a universidade “tornou-se uma empresa ‘sui generis’ de produção de conhecimentos, uma agência de cultura, de treinamento profissional e de prestação de serviços especializados” (PAVIANI; POZENATO, 1980, p.17), construída com a propriedade intelectual de professores e estudantes, tendo na pesquisa, no ensino e na extensão as principais atividades da prática docente.

Entretanto, o exercício da docência nesse novo contexto histórico e científico varia de acordo com o modelo de universidade no qual está inserida, isto porque nos séculos XIX e XX essa instituição se tornou objeto de reflexões e sistematizações que deram lugar basicamente a quatro modelos de universidade: modelo imperial napoleônico; modelo idealista alemão; modelo elitista inglês e modelo utilitarista norte-americano.

A docência universitária no modelo napoleônico, instituído no início do século XIX, sob o comando do imperador Napoleão I, voltava-se para a formação de profissionais, em escolas e faculdades isoladas, para gerenciar a burocracia estatal. Tal ensino, gerido de forma centralizada pelo Estado, baseava-se nas ciências experimentais de lógica positivista e era essencialmente transmissivo, privilegiando a memorização de conteúdos fragmentados (DRÈZE; DEBELLE, 1983; CASTANHO, 2000).

Conforme Anastasiou e Alves (2007), esse modelo de universidade assume algumas características que impactam significativamente a docência. Em outros termos, o ensino na universidade, em especial, estabelece a separação entre teoria e prática e entre as disciplinas básicas e as disciplinas profissionalizantes. Essas disciplinas, agrupadas por semestre ou ano, são de responsabilidade de um docente que trabalha a “sua” disciplina sem articulação com as demais.

A docência universitária, no modelo idealista alemão, também conhecido como Humboltiano, criado no início do século XIX por Wilhenlm Von Humboldt, era centrada no aluno e na produção do conhecimento por meio da pesquisa e da formação de pesquisadores

de forma criativa e cooperativa entre professores e estudantes (PIMENTA; ANASTASIOU, 2014).

A docência era concebida como mediadora da ‘aprendizagem da atitude científica’ por meio do desenvolvimento concreto da pesquisa. A unidade entre a pesquisa e o ensino não significava, entretanto, que um mesmo docente reunisse as qualidades para a pesquisa e para o ensino, mas pressupunha o diálogo, apresentações de seminários, práticas nos laboratórios, etc. O método de ensino, em qualquer espaço, era essencialmente socrático, visando estimular a reflexão pessoal dos professores e estudantes que trabalhavam como iguais livres e responsáveis. A formação do pesquisador e a formação do profissional eram interligadas (DRÈZE; DEBELLE, 1983).

A docência universitária no modelo elitista inglês de universidade, concebido pelo cardeal Newman, no final do século XIX, estava comprometida com a conservação dos valores tradicionais e do saber universal e com a formação de cidadãos da elite ativos, autônomos, capazes de resolver os problemas de natureza econômica e política e promover o progresso da nação (CASTANHO, 2000). Nessa perspectiva, estava centrada na formação intelectual e moral, e não diretamente na formação profissional. A partir da crítica desse modelo ao enciclopedismo na docência, em outros termos, o ensino confrontava a recepção passiva de conteúdos pelos estudantes. Buscava o desenvolvimento intelectual e memorístico mediante a comparação de ideias, a articulação dos novos conhecimentos aos já apropriados pelos estudantes. Promoviam-se o exame e a discussão, em sessões semanais, com foco nas suas opiniões, que, com o apoio dos tutores, deveriam reconhecer a força e a fraqueza delas.

Movido pelo pensamento utilitarista, decorrente do crescimento industrial e da expansão urbana do fim do século XIX no mundo, o modelo norte-americano de ensino universitário preocupou-se com formação de cidadãos ativos, orientada para a mão de obra qualificada impulsionadora do progresso da nação, tendo como seu princípio norteador o movimento educacional da Escola Nova. Um dos seus idealizadores, o professor Alfred North Whitehead, defendia uma renovação do ensino, uma prática docente criativa, capaz de despertar o interesse dos estudantes e gerar uma aprendizagem orientada ao desenvolvimento da autonomia moral (CASTANHO, 2000).

Para além dessa perspectiva histórica da docência universitária, diversos autores, a exemplo de Pimenta e Anastasiou (2014), apresentam concepções contemporâneas de docência, como o enfoque tradicional ou prático-artesanal; o enfoque técnico ou academicista e o enfoque hermenêutico ou reflexivo.

No enfoque tradicional, a atividade pedagógica é centrada no ensino, na transmissão e na reprodução de conhecimentos, habilidades, valores, costumes, hábitos e práticas consagrados. O conhecimento é percebido como “algo posto, indiscutível, pronto, acabado e acatado” (PIMENTA; ANASTASIOU, 2014, p.146). A conduta docente é rígida, apoiada em uma austera cobrança disciplinar, que culmina com o método avaliativo baseado na memorização do conhecimento, com vistas à formação de profissionais para o mercado de trabalho (MASETTO, 2009).

No enfoque técnico ou academicista, a finalidade do ensino é transmitir e aplicar os conhecimentos produzidos pelas pesquisas orientadas pelos pressupostos da ciência moderna positivista. Assim, o ensino centrado na racionalidade técnica, advinda do paradigma simplificador, conforme Contreras (2002), consiste na formação profissional restrita aos saberes necessários para a competência técnica. Esse modelo de ensino buscou, como afirma Saviani (2001, p.12), “planejar a educação de modo a dotá-la de uma organização racional capaz de minimizar as interferências subjetivas que pudessem pôr em risco sua eficiência”. Nesse sentido, “o avanço científico e tecnológico incorporado ao ensino, naturalmente daria bons resultados, pois estaria diretamente relacionado à positividade das técnicas, originária de verdade científicas” (PIMENTA; ANASTASIOU, 2014, p.185). A padronização científica produzia uma organização curricular fechada, linear, justaposta e sequencial, orientando a aquisição de habilidades, destituída de uma análise crítica do contexto social, do mundo do trabalho e da perspectiva de desenvolvimento da autonomia.

O enfoque hermenêutico ou reflexivo compreende o ensino como uma atividade complexa, intencional, problematizadora, dialética, dialógica, determinada pelos contextos singulares. O conhecimento é visto como algo transitório, complexo e questionável. Esse enfoque, também conhecido como emergente ou construtivista, é centrado na aprendizagem. Nessa perspectiva, a aprendizagem, como registra Moraes (2010, p.198), é “uma construção, e o pensar é o resultado dessa construção, [...] tendo como ponto principal o próprio indivíduo, o educando sujeito ativo em processo permanente de construção” mediante um processo de motivação e de mobilização do discente, que atribui sentido e significado pessoal aos conteúdos trabalhados. Isso porque, para que haja apropriação do saber ensinado, o estudante deve estabelecer com esse saber uma relação afetiva, e não unicamente cognitiva; isso significa ser necessário que esse saber faça sentido para o estudante (SOARES, 2008), ou seja, que esse saber possa se relacionar com algum aspecto da sua história de vida, suas expectativas pessoais e profissionais.

A prática docente é pautada na atividade criativa, sem padrões preestabelecidos, com base em processos cooperativos entre professores e estudantes, possuindo um caráter democrático, político, social e humanitário, na medida em que carrega em si uma preocupação com o estabelecimento de uma relação afetiva com os estudantes, uma dimensão mais subjetiva, conforme González Rey (1997). O professor busca “desenvolver um conhecimento sobre o ensino que reconheça e questione sua natureza socialmente construída e o modo pelo qual se relaciona com a ordem social, bem como analisar as possibilidades transformadoras implícitas no contexto social das aulas e do ensino” (CONTRERAS, 2002, p.157-158).

Nesse enfoque, o professor aposta na ideia de que a construção do conhecimento envolve atividade de continuidade-ruptura, criticidade, historicidade, problematização e práxis (VASCONCELLOS, 1994; ANASTASIOU; ALVES, 2004). Ele busca articular o ensino com a prática da pesquisa, à luz de princípios científicos e educativos, visando ao desenvolvimento de competências cognitivas, como: metacognitiva, compreensiva, crítica, criativa, assim como a mobilização e a resignificação de atitudes discentes frente a situações reais e complexas (SOARES; VIEIRA, 2014).

A docência universitária no enfoque hermenêutico se configura como uma atividade complexa, multifacetada. Deve facilitar a compreensão da pluralidade de saberes e do contexto pedagógico, histórico e social em que ocorre, estando aberta a dialogar com a comunidade interna e externa à universidade. Tem como missão principal a formação de profissionais autônomos, críticos, reflexivos e éticos. Nessa perspectiva, é fundamental que no seu processo possibilite vivenciar uma relação teoria e prática, dialética e dialógica.

### **2.1.1 Relação entre teoria e prática**

A relação entre a teoria e a prática, no dizer de Lucarelli (2004), funciona como um elemento sinérgico da situação didática. E se associa a dimensões epistemológicas e político-sociológicas, nas quais a teoria sempre precede à prática, e inverte essa lógica. Assim,

A dúvida científica tem origem na observação do real, ainda que este possa ser construído em cima de representações. Nesta perspectiva, do ponto de vista da produção do conhecimento, a leitura da prática, então precede a teoria, e esta só tem sentido quando articulada com aquela. Só desta maneira pode-se compreender teoria e prática de forma unitária e intervir nessa tensão com repercussões concretas sobre o currículo e sobre a aula universitária (CUNHA, 1997, p.86).

Essa relação, conforme Lucarelli (2004), se expressa em três níveis: baixo grau de orientação para a aprendizagem significativa, médio e alto grau. No nível de baixo grau, o estudante é estimulado a exemplificar, a demonstrar através de exemplos e situações

específicas os conceitos teóricos ensinados. Esse nível está associado ao enfoque de docência/ ensino técnico ou academicista. No nível de médio grau de orientação para a aprendizagem significativa, a relação entre a teoria e a prática ocorre mediante metodologias problematizadoras nas quais o professor investe em situações-problema, provocando estratégias criativas de sua resolução, fomentando o estudante a desenvolver capacidades e habilidades a partir de sua experiência. Dessa forma se aproxima do enfoque de docência/ ensino hermenêutico ou reflexivo.

No nível de alto grau de orientação para a aprendizagem significativa, o professor avança nos conteúdos conceituais, procedimentais e atitudinais, a partir da observação, da análise crítica da informação e por meio da realização de pesquisa.

Os estudantes são desafiados a realizar atividades cognitivas complexas que permitem analisar, criticar, interpretar, classificar os conhecimentos, vivenciando um processo efetivamente hermenêutico reflexivo. Assumida dessa forma, a relação entre a teoria e a prática profissional possibilita a (re)construção de saberes e atitudes frente ao conhecimento, à aprendizagem, à formação, contribuindo para o desenvolvimento de “competências profissionais complexas.

### **2.1.2 Desenvolvimento de competências cognitivas e socioafetivas como foco da docência universitária**

A docência universitária voltada para a formação de profissionais, competentes do ponto de vista técnico, estético, político e ético, centrada numa perspectiva dialética de relação entre a teoria e a prática, necessariamente está comprometida com o desenvolvimento de competências cognitivas complexas dos estudantes.

Para Lizarraga (2010), a competência pode ser entendida como a combinação de capacidades, habilidades, conhecimentos, atitudes e condutas dirigidas à execução correta de uma tarefa, em um contexto definido, ou como uma forma em que as pessoas utilizam seu potencial para resolver problemas ou fazer algo em situação concreta através da mobilização de recursos e saberes e da planificação de suas ações para avançar no seu processo de aprendizagem.

Assim, conforme Lizarraga (2010), a competência supõe a interação de três componentes essenciais: a) Um conjunto de capacidades que se apoiam entre si para executar com êxito uma determinada tarefa acadêmica, profissional ou social em um cenário concreto; b) Um conjunto de conhecimentos gerais procedentes de disciplinas científicas afins e de

conhecimentos específicos próprios de uma profissão; c) Uma atitude apropriada para o desempenho de uma função, ou seja, uma disposição para uma determinada conduta, uma tendência ao entendimento, à comunicação e à cooperação com os demais, à aceitação de valores sociais e culturais, à capacidade de autorregular a própria conduta, de tomar decisões, assumir responsabilidades e manejar a frustração.

De acordo com Lizarraga (2010), existem várias formas de agrupar as competências. Dentre elas, duas são mais comuns: competências genéricas e competências específicas. As competências genéricas são aquelas que devem exercitar-se em todos os componentes curriculares, pois são imprescindíveis para o desempenho em qualquer profissão. Estas podem ser subdivididas em quatro grupos: a) Competências cognitivas e metacognitivas, que se relacionam com o sistema intelectual do ser humano e com a consciência de suas próprias faculdades mentais, que se pautam em: analisar e sintetizar informação, resolver problemas, tomar decisão, interpretar e relacionar informações de fontes diversas, elaborar e implementar projetos, ter uma reflexão crítica sobre suas condutas e comportamentos, capacidade de aprender a aprender, capacidade de aplicar o conhecimento e de trabalhar de forma autônoma b) Competências socioafetivas, que se relacionam com a convivência com outras pessoas, o trabalho em grupo, a cooperação, a colaboração, a empatia e o controle das emoções c) Competências tecnológicas, associadas à busca e ao manejo de informação através das tecnologias da informação, da comunicação, com a produção e a aplicação do conhecimento.

As competências específicas se referem às capacidades e aos saberes relacionados com cada área do conhecimento acadêmico e de atuação profissional. Envolvem um conjunto de conhecimentos teóricos específicos (declarativos), práticos (procedimentais) sobre quando e como executar determinadas ações.

O desenvolvimento de competências envolve diretamente a iniciativa, a atitude implicada, a tomada de decisão e a inovação das estratégias pedagógicas. Implica também a abertura do docente para correr riscos e lidar com situações desafiadoras e imprevistas. O ensino comprometido com o desenvolvimento de competências pressupõe a adoção da interdisciplinaridade, a flexibilidade nos agrupamentos e a utilização de tecnologias de informação à aprendizagem (SACRISTÁN, 2011).

As competências genéricas e específicas devem ser trabalhadas mediante a integração entre docência/ensino, pesquisa e extensão, levando em conta as demandas sociais e o contexto profissional alvo da formação.

Assim, o ensino por competência, ancorado na perspectiva hermenêutica, oportuniza um(a) docência/ensino universitário(a) de qualidade, mediante o desenvolvimento de

capacidades cognitivas, afetivas, relacionais e atitudinais. Em outras palavras, oportuniza a formação de um cidadão crítico, ético e responsável, orientado para exercer uma profissão e um papel social relevante e disposto a enfrentar os desafios em níveis distintos de complexidade.

Isto implica, como registra Vieira (2013), na responsabilidade do docente de promover práticas pedagógicas emancipatórias, com vistas ao desenvolvimento da autonomia discente e a serviço da democracia. Dessa forma, “não se trata de deixar de preparar profissionais para o mercado de trabalho, mas importa enquadrar este objetivo em finalidades mais amplas, relativas à construção de sociedades mais justas e livres.” (VIEIRA, 2013, p.140).

Nessa perspectiva, Sobrinho (2009) aponta que a docência precisa ser (re)pensada e (re)estruturada de forma a incluir o sujeito da aprendizagem como pessoa ao longo da vida, e a empreender um processo dialógico, coletivo, cooperativo, interdisciplinar, comprometido com as práticas contextualizadas, que incentivem a emancipação e impulsionem a reflexão permanente, a crítica, a ressignificação e a construção de conhecimentos. Nesse sentido, compete ao docente:

instigá-lo no sentido de que como sujeito cognoscente, se torne capaz de inteligir e comunicar o inteligido. É neste sentido que se impõe a mim *escutar* o educando em suas dúvidas, em seus receios, em sua incompetência provisória. E ao escutá-la, aprendo a falar *com* ele (FREIRE, 1996, p.119).

Essas novas configurações vêm provocando uma mudança no escopo político epistemológico da prática didático-pedagógica, que passa a se apropriar de novos saberes, valores, competências e atitudes que não foram concebidos no passado e que, no presente, devem ser permanentemente desenvolvidos pelos professores e pelos estudantes.

A docência universitária, voltada para a formação de profissionais, críticos, competentes, éticos e comprometidos socialmente, precisa construir um clima relacional entre docente e discentes e dos discentes entre si, de cooperação, respeito mútuo e proximidade. Exige diálogo e respeito à pessoa do estudante, a sua história de vida, as suas expectativas, necessidades e conhecimentos prévios. Segundo Freire (1996, p.77), “toda prática educativa demanda a existência de sujeitos, um, que ensinando, aprende, outro, que aprendendo, ensina”. Isso reforça a ideia de que a formação provém da relação entre professor e estudante, na qual o docente deve preparar o ambiente e as condições propícias para o trabalho com os estudantes, respeitando sua singularidade e oportunizando-lhes construir sentido para as práticas e conteúdos trabalhados (FREIRE, 1996).

Todos esses aspectos evidenciam a complexidade da docência, que não pode ser abordada de forma eficaz apenas com o domínio de conteúdos e a capacidade de comunicá-

los para uma plateia de estudantes atentos. Exige formação específica e o desenvolvimento de saberes e competências político-social-psicológica-pedagógicas do docente. Essa compreensão nos remete para a análise do conceito do desenvolvimento profissional docente.

## 2.2 DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DOCENTE

O conceito de desenvolvimento profissional docente (DPD) foi postulado no meio acadêmico, segundo Marcelo Garcia (2009), para destacar o processo de aprendizagem do professor, superando a tradicional ideia da formação pedagógica inicial e continuada para o exercício profissional. Para o autor, o conceito de “desenvolvimento” sugere a ideia de evolução, continuidade do aprendizado docente e uma “atitude permanente de indagação, de formulação de questões e procura de soluções” (MARCELO GARCIA, 2009, p.9).

Diversos autores (DAY, 2001; MARCELO GARCIA, 2009; GATTI, 2014) abordam o conceito de DPD como processo, visando à melhoria das condições pessoais e profissionais do professor e da qualidade do ensino, sejam elas relacionadas: à dimensão formativa, abrangendo os saberes e as competências; à dimensão do plano de carreira e à evolução nos diferentes ciclos de vida do profissional docente; à dimensão das condições de trabalho.

O DPD pressupõe que o professor repense suas crenças, valores e ações no decorrer de sua trajetória profissional, desencadeando processos reflexivos, com uma aposta genuína em produzir (trans)formação na atuação, com vistas a adquirir saberes específicos e aprimorar determinadas competências, habilidades e atitudes necessárias ao exercício profissional (SOARES, 2014).

O desenvolvimento profissional pressupõe o protagonismo, o engajamento e a abertura do docente para mudanças no plano pessoal e profissional, refletindo sobre suas teorias implícitas, suas práticas e atitudes. Inclui, portanto, a disposição de reconhecer e ressignificar crenças, valores, assim como reconhecer suas necessidades formativas para a apropriação de saberes e competências docentes (CUNHA; SOARES, 2010).

Lieberman (1995) aponta três contextos que potencializam o DPD. O primeiro é o contexto de “ensino direto”, oportunizado por conferências, cursos, workshops, sessões de sensibilização, consultas etc. O segundo contexto está relacionado à aprendizagem com os pares, por meio de pesquisa e pesquisa-ação, crítica de amigos, experiência de trabalho coletivo, partilha e reflexão da prática entre os pares, troca de ensinamentos, resolução de problemas em grupos, prática de estudos de casos, elaboração de relatos da prática para publicação etc. E o terceiro é a aprendizagem que ocorre fora da instituição educativa, com

redes de aprendizagem, parcerias entre grupos de diferentes espaços, realização de trabalhos de extensão, grupos informais de professores etc.

As ações voltadas para o DPD podem e devem ser assumidas pelas instituições de ensino superior a partir do diagnóstico de problemas no processo de ensino-aprendizagem. Entretanto, não devem adotar uma perspectiva prescritiva, transmissiva de conhecimentos desarticulados dos problemas concretos vividos pelos docentes e sem o envolvimento destes na busca de solução. As ações institucionais devem ter como finalidade despertar o interesse dos docentes, nos seus contextos de trabalho, a refletir e repensar suas práticas com vistas à melhoria da qualidade do ensino. Assim, as ações institucionais devem potencializar ações coletivas e reflexivas, estimular a pesquisa sobre o ensino e a aprendizagem na universidade e, especialmente, a pesquisa-ação coletiva. Precisam envidar esforços para construir uma base sólida de gestão pedagógica e política, que valorize a formação permanente docente e o planejamento de ações coletivas que busquem fortalecer uma nova filosofia do trabalho docente. Essa proposta de mudança deverá permear a gestão, independente do gestor que ocupe o cargo.

Cunha (2015) destaca que a universidade vem sendo o espaço da formação dos próprios docentes que nela trabalham. A universidade como espaço de interação social, dos encontros, produz conhecimentos, sentimentos e afetos, que, por sua vez, geram a aprendizagem e a transformação dos sujeitos. O investimento no DPD requer estudo, pesquisa, metodologias adequadas, planejamento situacional, engajamento coletivo, tomadas de decisão e, muitas vezes, assessoramento pedagógico.

Villar Ângulo (1993 apud MARCELO GARCIA, 1999) destaca que o DPD pode ser identificado por quatro modelos: modelo do processo de aperfeiçoamento individual, modelo de avaliação para aperfeiçoamento do ensino, modelo de indagação e modelo organizacional. No que concerne ao modelo de aperfeiçoamento individual, este deve proporcionar um leque de opções que atendam às demandas de autodesenvolvimento profissional, visto que os professores possuem necessidades formativas diferentes.

O modelo de avaliação para aperfeiçoamento do ensino concebe que a avaliação não deve ser encarada como uma atividade somativa, mas como um processo de formação através da observação, da reflexão e da supervisão, no qual predominam a relação dialógica com os estudantes em oposição-imposição da norma e o aperfeiçoamento por oposição ao controle heterônomo.

No modelo de indagação, o professor é aquele que investiga, indaga, inova e reflete sobre a sua própria prática docente, seja por iniciativa pessoal ou por fomento das instituições.

E, por fim, o modelo organizacional avança nas discussões e possibilidades de mudança na cultura organizacional da instituição, concebendo o professor como parte integrada das ações, levando em conta o aperfeiçoamento dos processos formativos docentes, as tomadas de decisão, a comunicação e a gestão democrática.

No que tange ao apoio institucional à formação do docente universitário, Cunha (2015) enfatiza a falta de discussão e investimento das universidades e o recorrente amadorismo que configura as práticas institucionais referentes à formação permanente de professores do ensino superior. Quando estes acontecem

São poucas as iniciativas fundamentadas em reflexões teóricas sobre o sentido da formação, suas condições relacionadas a um adulto que aprende no contexto do trabalho. Muitas vezes, nem mesmo há uma reflexão mais elaborada do conceito de formação que embasa as ações e, como consequência, recorre-se a modelos tradicionais compreendidos como os que assumem perspectivas da racionalidade técnica, sem uma consistente análise de seus resultados e consequências. (CUNHA, 2015, p.23).

Marcelo Garcia (1999) apresenta três modelos de DPD que dão lugar a diferentes práticas, “em função das intenções e dos interesses das pessoas que desenvolvem e que nele participam” (p.191). Esses modelos podem ser vistos no quadro 1.

<b>Modelos de DPD</b>	<b>Orientação acadêmica e tecnológica</b>	<b>Orientação prática e cultural</b>	<b>Orientação social, re(constitutiva) e crítica</b>
AUTOFORMAÇÃO	Ocorre através de minicursos autoinstrucionais.	Grupo de estudo sobre determinados temas; professor assume postura investigativa sobre a própria prática.	Grupo de estudo de professores sobre temas globais: educação e saúde; diversidade no currículo.
REFLEXÃO, APOIO PROFISSIONAL E SUPERVISÃO	A supervisão clínica é conduzida pelo preceptor, centrada no domínio de competências docentes; observação de comportamento e indicadores de eficácia.	A supervisão clínica é colaborativa, centrada no diálogo e na reflexão; trabalho coletivo e apoio profissional mútuo entre os pares; atenção para compreender teorias, rever crenças, atitudes etc.	A supervisão clínica foca as questões éticas, pessoais e políticas do ensino e instituição; atenção em colaborar com o professor a (des)construir suas teorias.
DESENVOLVIMENTO CURRICULAR	Não há participação do professor na construção do currículo; trabalham com um currículo concebido externamente.	Projeto curricular elaborado em etapas num processo colaborativo docente.	Projeto curricular elaborado pelos professores com estudantes, pais, outros grupos, com perspectiva de trabalhar questões do

			contexto social no qual estão inseridos.
FORMAÇÃO CENTRADA NA INSTITUIÇÃO	Professores e especialistas externos são convocados para realizarem o diagnóstico das necessidades da instituição e planejam a formação docente.	Os professores da própria instituição são convidados a trabalharem em colaboração com os especialistas externos em prol das necessidades institucionais e da formação docente.	Os professores da própria instituição, em sua totalidade, juntamente com estudantes, pais e comunidade, discutem a cultura, a micropolítica institucional, a cidadania, as relações de poder, com vistas a atender as demandas da instituição, a formação docente e a comunidade.
CURSOS DE FORMAÇÃO	Cursos, oficinas e treinamentos com foco na aprendizagem de competências, provenientes de uma investigação direta da instituição.	Cursos e oficinas enfatizam a aprendizagem de conhecimentos procedimentais com foco em temas didáticos, que envolvem as estratégias pedagógicas, a reflexão sobre a prática e a autoanálise.	Cursos e oficinas versam sobre temas globais, como a diversidade, a educação multicultural etc., e incluem a aprendizagem de estratégias pedagógicas, a reflexão sobre a prática e o aprofundamento em temáticas específicas.
INVESTIGAÇÃO	Os professores participam do processo investigativo como sujeitos investigados.	Os professores e os estudantes elaboram a investigação para a resolução de problemas concretos, com a possibilidade de assessoramento.	Os professores, juntamente com estudantes, pais e comunidade, investigam temas relevantes pertencentes ao contexto em que se inserem.

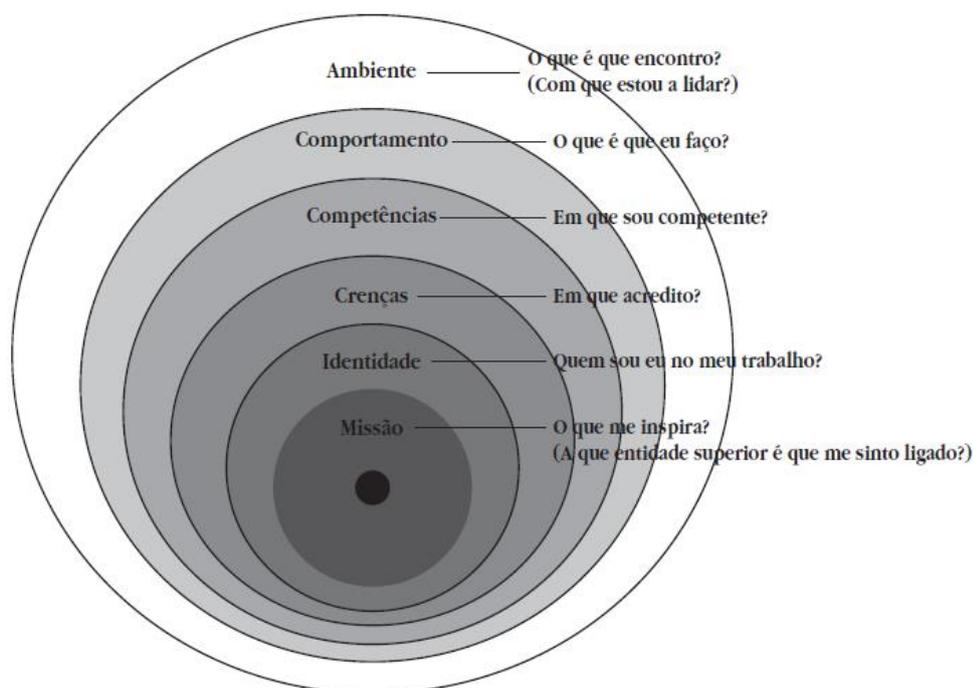
Quadro 1: Desenvolvido por Marcelo Garcia (1999).

A reflexão e a investigação são elementos fundamentais, tanto no modelo de desenvolvimento profissional de orientação prática e cultural, quanto no modelo de orientação social, re(construtiva) e crítica.

### 2.2.1 A reflexão como eixo do desenvolvimento profissional docente

Conforme Abbagnano (2007, p.986), reflexão significa "ato ou processo por meio do qual o homem considera suas próprias ações." Sugere uma ação voltada para a reconsideração de concepções e práticas e, quando necessário, para construção de novas perspectivas. Nesse sentido, ela é fundamental para o desenvolvimento profissional docente e deve contemplar diversos aspectos. A reflexão capaz de promover esse desenvolvimento, além de contemplar os aspectos técnicos, "[...] tem de incluir os aspectos morais, emocionais e políticos do ensino (reflexão ampla), assim como as crenças e as representações que os professores têm de si próprios e do ensino (reflexão profunda)" (KELCHTERMANS, 2009, p.62- 63).

Conforme Korthagen (2004), portanto, a reflexão envolve diversos níveis e graus de profundidade e complexidade o que pode ser mais facilmente percebido no diagrama da cebola apresentado a seguir:



Fonte: Modelo desenvolvido por Korthagen (2004).

Nessa perspectiva, a reflexão tem como seu nível mais superficial a indagação e a crítica ao contexto onde se realiza o processo de ensino-aprendizagem, mas avança na perspectiva de reconhecer de forma crítica e corajosa os elementos do agir, pensar e sentir do docente no desenrolar desse processo. Nesse sentido, interroga sobre o próprio

comportamento pedagógico, suas próprias competências, as crenças subjacentes às suas práticas, a identidade profissional e pessoal e a missão pessoal no exercício da docência.

O grau mais profundo de reflexão é aquele que coloca o foco na missão que o docente atribui à sua prática, portanto remete à

... inspiração pessoal do professor aos ideais e aos seus propósitos morais. Nos níveis mais profundos, surgem as qualidades nucleares das pessoas. Por exemplo, uma missão de ajuda aos alunos desenvolve autoconfiança, que poderá estar, muitas vezes, ligada às qualidades nucleares como a sensibilidade, compreensão e/ou delicadeza (KORTHAGEN, 2009, p.53).

Sem essa dimensão, o risco é de que o termo “reflexão” perca o significado e adquira meramente o status de slogan, assumindo o pensar da formação dos professores, mas sem construir interações, concretamente, reflexivas como ponto de partida para empreender mudanças no cotidiano do ensinar e aprender nas práticas de formação (ZEICHNER, 2008; PIMENTA; ALMEIDA, 2011).

Abordar a reflexão contemplando esses níveis contribui para o desenvolvimento profissional docente e, conseqüentemente, para que este seja capaz de empreender um ensino mais comprometido com a aprendizagem significativa dos discentes e mais confortável emocionalmente para o docente. Assim, conforme este autor (Idem, p.57), “a essência da reflexão é trazer os aspectos inconscientes do ensino para uma tomada de consciência, para que desse modo, as pessoas se tornem mais sensíveis aos aspectos mais importantes das situações educativas.”

Uma prática reflexiva, individual e coletiva coloca a experiência no centro do processo de desenvolvimento profissional docente, experiência que assume seu potencial transformador de representações e práticas mediante a análise e a articulação com a teoria pedagógica.

Para Zeichner (2008), a prática reflexiva envolve o reconhecimento de que os professores devem exercer, juntamente com outras pessoas, um papel ativo na formulação dos propósitos e finalidades de seu trabalho, assumindo funções de liderança. Portanto, conceber a formação/o desenvolvimento profissional docente como processo de reflexão das representações e práticas de ensino implica assumir a complexidade do trabalho docente e da importância de seu engajamento consciente e crítico no processo formativo, oportunizando a construção de novos saberes norteadores de mudanças das práticas.

### 2.2.2 Saberes docentes

Conforme Tardif (2014), o saber profissional docente está na confluência de vários conhecimentos procedentes da sociedade, da cultura, da política, da religião, das instituições formativas, das experiências da prática etc.

Parte dos conhecimentos dos professores advém da história de vida pessoal de cada profissional, da experiência acumulada enquanto estudante e da socialização vivida em sua trajetória formativa inicial. Entretanto, esses saberes dependem diretamente das condições sociais e históricas nas quais o docente exerce seu ofício e, mais concretamente, das condições que estruturam seu próprio trabalho num lugar social determinado (TARDIF, 2014). Os saberes se relacionam com a produção de conhecimentos científicos na área da ciência da educação onde são incorporados à prática do professor, como também aos conhecimentos pedagógicos que partem do desenvolvimento de práticas educativas orientadas para as atividades docentes.

Os saberes docentes são classificados, de acordo com o autor, como: disciplinares, curriculares e experienciais. Os saberes disciplinares são aqueles definidos pelas instituições educacionais que selecionam um conjunto de conhecimentos construídos social e culturalmente, integrando-os no processo formativo na forma de disciplinas. Os saberes curriculares são aqueles que decorrem da apropriação docente dos conhecimentos expressos em ementas, objetivos, conteúdos e metodologias das disciplinas. E, por fim, há os saberes experienciais, desenvolvidos no âmbito da prática profissional docente, com base em suas experiências cotidianas, na sua pertença a uma cultura particular, compartilhada em maior ou menor grau com os estudantes, incorporados em *habitus* e habilidades desenvolvidas na prática e no meio acadêmico que trabalha (TARDIF, 2014).

Para o autor, os saberes aprendidos na prática docente também são valorizados pelos professores quando estão desempenhando seu papel no contexto informal, no cotidiano de suas práticas, por exemplo, quando partilham seus saberes com seus pares através de trocas do material didático, de dicas sobre como fazer algo inovador e sobre estratégias de avaliação e atuação docente em sala de aula, na discussão sobre a evolução dos estudantes etc. “Em suma, eles dividem uns com os outros um saber prático sobre suas atuações” (TARDIF, 2014, p.52), o que, por sua vez, possibilita criar espaços formativos para seu desenvolvimento profissional.

Ainda segundo Tardif (2014), a maioria dos professores aprende a trabalhar no exercício do próprio ofício, a partir de um processo de tateamento das ações didáticas e,

muitas vezes, esse aprendizado é desarticulado dos saberes específicos da profissão docente, visto que muitas vezes não possuem significado pedagógico e têm natureza predominantemente implícita.

Concebendo o campo de saberes dos professores como plural e heterogêneo, Pimenta e Anastasiou (2014) apostam, em quatro grupos de conhecimentos, que os docentes universitários precisam construir no seu processo de desenvolvimento profissional docente: os conteúdos das diversas áreas do saber e da educação; conteúdos didático-pedagógicos, saberes pedagógicos do campo teórico e da prática educacional e saberes relacionados aos conteúdos filosóficos e da existência humana individual e social.

Outro olhar sobre essa temática é oferecido por (CUNHA 2006), que traz uma reflexão sobre as necessidades formativas pautadas nos saberes profissionais docentes no âmbito das práticas pedagógicas. Entre estes saberes, destaca aqueles:

a) relacionados ao contexto da prática pedagógica, que buscam compreender o papel da universidade na construção do Estado e das políticas educacionais;

b) relacionados ao planejamento das atividades de ensino, abrangendo as habilidades de trabalhar os objetivos de aprendizagem, os métodos e as propostas de desenvolvimento de uma prática pedagógica efetiva, estabelecendo relações com outros conhecimentos;

c) relacionados com as condições de aprendizagem, que envolvem uma multiplicidade de conhecimentos da prática social e sua integração nos processos de aprendizagem do desenvolvimento cognitivo, afetivo-emocional, de habilidades e de atitudes;

d) relacionados com a condução da sala de aula em suas múltiplas possibilidades, onde o docente, em conjunto com o estudante, deverá conduzir as atividades, favorecendo uma aprendizagem significativa, ancorada em suas estruturas culturais, afetivas e cognitivas;

e) relacionados à avaliação da aprendizagem, exigindo do docente uma maior sensibilidade pedagógica e um conhecimento técnico, identificando as adequadas estratégias avaliativas, na busca de se consolidar a aprendizagem dos estudantes. Neste processo, é imprescindível um posicionamento docente reflexivo quanto aos valores dos objetivos no que tange ao processo de avaliação e à capacidade comunicativa dos estudantes;

f) relacionados ao contexto sócio-histórico dos estudantes, que favorece o desenvolvimento das capacidades discursivas, com o regaste de memórias educativas, buscando produzir conhecimentos articulados, de forma autobiográfica, vinculada aos processos de sua identidade social, cultural e pessoal.

Portanto, como se pode notar, o docente universitário precisa se apropriar de uma multiplicidade de saberes profissionais, o que exige uma formação inicial específica segundo Vasconcelos (2002), voltada aos diferentes aspectos da competência profissional, a saber:

formação técnico-científica, para ter domínio técnico do conteúdo a ser ministrado; b) formação prática, conhecimento da prática profissional para a qual os seus alunos estão se formando; c) formação política, isto é, reconhecer a educação como uma prática isenta de neutralidade, cujas ações são políticas e intencionais; d) formação pedagógica, edificada no fazer cotidiano da profissão docente, metodologicamente desenhada, ou seja, para ensinar, em qualquer nível, o professor necessita ter conhecimento didático (VASCONCELOS, 2002, p.92).

Assim, a docência universitária, entendida como atividade complexa e multifacetária, em constante (re)construção, pressupõe formação adequada. Portanto, é favorável pensar a docência numa dimensão mais coletiva, cooperativa com vistas à autonomia e ao desenvolvimento profissional docente.

Cunha (2014, 2015) apresenta três perspectivas institucionais de condução do desenvolvimento profissional docente: modelo de centralização e controle das ações, modelo parcial de descentralização e controle das ações e o modelo de descentralização de acompanhamento e controle das ações.

O modelo de centralização e controle das ações de formação docente possui uma perspectiva coletiva. Nele as ações organizacionais e as tomadas de decisão são exercidas pelo órgão gestor. O envolvimento dos docentes é relevante pela quantidade de participantes no processo formativo. Porém as atividades são pontuais e episódicas, e pouco investimento é feito no acompanhamento do percurso durante o desenvolvimento docente. Os resultados formativos não são controláveis. A formação para o docente significa aquisição de um rol de informações e de estímulos que lhe agregam conhecimentos, e suas estratégias são definidas pela realização de cursos, treinamentos, oficinas e palestras oferecidos para todos os professores. A escolha das temáticas e dos docentes participantes, de forma geral, é feita pelo órgão gestor, de acordo com a visão e o interesse da gestão institucional, a qual entende a docência como uma ação individual e o docente como agente capaz de processar informações a partir de novos ou melhores saberes.

Neste modelo, a avaliação formal é realizada por indicadores de presença e controle das ações, pois a preocupação está na visibilidade institucional e em atender as exigências dos seguimentos superiores mediante a tarefa realizada. Os registros são feitos através de dados quantitativos e estatísticos simples, em que a qualidade é referenciada pela quantidade. A avaliação final não possui discussões dos resultados e poucas são as oportunidades de retroavaliação.

O modelo parcial de descentralização e controle das ações de formação docente adota processos diversificados que são oferecidos a grupos de docentes em função de seus interesses e necessidades. As decisões sobre os formatos são tomadas pelo órgão gestor, mas a partir da perspectiva multirreferencial. O envolvimento dos docentes é relevante pela quantidade e qualidade dos participantes no processo formativo, assim como dos produtos alcançados por eles. As atividades formativas são programadas em períodos previamente definidos pelo calendário acadêmico. Os resultados são controláveis através de metas tangíveis.

Dessa forma, a formação docente provém das trajetórias acadêmicas e da reflexão do docente a partir de sua prática, articulada com a teoria. É decorrente da mobilização interna pessoal, sem desprezar os elementos externos procedentes do projeto político institucional. Reconhece que o desenvolvimento profissional se alicerça em saberes docentes, entendendo a docência como ação compartilhada, sujeita a interlocuções com as culturas do campo e as condições objetivas de produção em que transitam. Os projetos formativos contemplam as particularidades dos docentes, os interesses grupais e institucionais, e o acompanhamento adota a supervisão clínica organizada para atuar com as demandas de cursos, projetos etc.

Neste modelo, há uma preocupação com a avaliação do nível de satisfação dos docentes envolvidos, tomando como referência os objetivos formativos traçados. O registro da atividade é realizado através de relatórios ou diários de campo, e a avaliação depende da natureza da estratégia e da cultura acadêmica. Utiliza os dados qualitativos e, em certa medida, possibilita a socialização dos dados referentes à experiência; em alguns casos, faz-se o acompanhamento da pesquisa. Nesse modelo há uso de tecnologias digitais.

E, finalmente, o modelo de descentralização do acompanhamento e controle das ações, no qual os processos de formação são desencadeados pelos próprios grupos de docentes propositores. As ações e tomadas de decisão sobre as estratégias formativas são desenvolvidas pelos docentes de forma autogestionária. Em alguns casos, é possível encontrar o assessor pedagógico como profissional que atua de modo coadjuvante no processo formativo.

A formação docente, encarada como autoformação, é decorrente da mobilização interna pessoal e da autogestão dos processos vividos. Essa perspectiva aposta nas ações coletivas de grupos docentes engajados por projetos acadêmicos ou políticos, assumindo a valorização das culturas de campo e de suas formas de produção. As estratégias formativas dependem da demanda dos grupos. São desenvolvidos cursos pontuais, sessões de estudo, grupos de reflexão, discussão de resultados, registros de campo, pesquisas e resolução de problemas. As estratégias de acompanhamento docente e a avaliação dependem das iniciativas grupais, valorizando o grupo envolvido, tornando-o mais visível e, em muitos

casos, a comunicação é feita por meios virtuais e a avaliação, interpares. Os resultados dialogam com o grupo/a comunidade envolvido(a) e, neste caso, há docentes interessados na pesquisa e na socialização dos resultados como forma de autossustentação do grupo. Essa perspectiva utiliza os dados quantitativos e qualitativos.

Esses modelos encerram valores e perspectivas dos gestores e assessores pedagógicos que desencadeiam processos de formação. Deles decorrem a compreensão acerca do papel e do sentido da assessoria pedagógica na universidade, e qual seria a dimensão pedagógica que adjetiva a sua ação junto aos docentes e estudantes.

### 3. METODOLOGIA DA PESQUISA

Esta seção apresenta o referencial teórico-metodológico da pesquisa, que inclui o tipo de pesquisa adotada e a estratégia de coleta dos dados. Também apresenta os elementos que descrevem o percurso investigativo desenvolvido, como: lócus do estudo, participantes, recrutamento, desenvolvimento da pesquisa e tratamento dos dados.

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Considerando o objetivo da nossa pesquisa, qual seja compreender a contribuição da experiência de ensino no Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade para o desenvolvimento profissional docente dos responsáveis por este componente curricular, a pesquisa qualitativa se revelou como mais apropriada. Isto porque, conforme Minayo (2007, p.22), esse tipo de pesquisa “aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas” favorecendo a compreensão dos motivos, crenças, valores e atitudes dos sujeitos da pesquisa.

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa contempla elementos histórico-estruturais, tradições culturais e o imaginário social (MINAYO, 2007), reconhecendo que as significações se revelam nas relações sociais construídas. Ocupa-se de objetos complexos, como aqueles ocultos, furtivos, difíceis de serem apanhados numa abordagem quantitativa, na perspectiva de descrever em profundidade a vida social, colocar em relevo a cultura e a experiência vivida etc. A pesquisa qualitativa ainda permite certa flexibilidade de ajustamento durante seu desenvolvimento e privilegia uma abordagem crítica e interpretativa mais adequada para a apreensão da realidade na sua totalidade histórica (MINAYO, 2007).

Tal metodologia foi adotada neste estudo pela sua possibilidade de abarcar a dimensão subjetiva da experiência dos sujeitos, docentes do PIASC, de revelar suas percepções, interesses, aspirações, crenças e atitudes acerca dos desafios que reconhecem estarem presentes na referida experiência e das estratégias formativas consideradas necessárias para enfrentarem esses desafios.

Nesse sentido, os pesquisadores buscaram se engajar na pesquisa como sujeito implicado, e por meio do seu olhar e de sua ação singular no mundo, procuraram entender a relevância e a complexidade do objeto e exercer uma postura crítica sobre o mesmo, com

vistas a compreendê-lo e a construir novos conhecimentos a partir da realidade investigada, neste caso, as concepções e práticas dos professores de saúde envolvidos no PIASC.

Diante do nosso interesse em compreender os significados atribuídos pelos sujeitos à relação entre a experiência de ensino e seu desenvolvimento pessoal e profissional docente no âmbito de um contexto muito específico e particular - o componente PIASC do DCV da UNEB -, o estudo de caso foi o método adotado. Como indica Van der Maren (1995), numa perspectiva de inspiração psicológica, como é a nossa, o estudo de caso e a entrevista clínica ou fenomenológica se colocam como mais pertinentes. Conforme Merriam (1988, apud ANDRÉ, 2005) as características essenciais de um estudo de caso qualitativo são: **particularidade**, na medida em que focaliza uma situação, um programa ou um fenômeno particular; **descrição** do caso, em geral densa, como produto final do estudo; **heurística**, por ampliar a compreensão do leitor, apresentando descobertas de novos significados ou confirmando os já conhecidos; **indução**, por privilegiar a descoberta de novas percepções, ao invés de verificar hipóteses predefinidas.

### 3.2 A ESTRATÉGIA DE COLETA DOS DADOS

Para responder à complexidade do nosso objeto de estudo, adotamos a técnica da entrevista, que, segundo Haguette (1997, p.86), é um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”, com vistas à apreensão dos sentidos atribuídos pelos sujeitos. Para Savoie-Zajc (2000), é uma forma voluntária de interação verbal entre pessoas engajadas, a fim de compartilhar um saber ou compreender um determinado fenômeno de interesse.

Considerando o objetivo da nossa pesquisa, a entrevista semiestruturada se mostrou mais apropriada. Tal tipo de entrevista se apoia em um guia construído com base na problemática e no referencial teórico da pesquisa. Este guia, contemplando temas pertinentes aos objetivos da pesquisa, se configura como um roteiro flexível. Isto porque, sem perder de vista os interesses da pesquisa, a condução da entrevista é pautada no fluxo de pensamento dos participantes, a fim de permitir a compreensão em profundidade de suas percepções, representações e práticas, expressas oralmente durante a interação entre estes e o pesquisador.

### 3.3 LÓCUS DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida na Universidade do Estado da Bahia (UNEB), uma instituição pública estadual, criada em 1983 em sistema *multicampi* de funcionamento, que possui 29 departamentos instalados em 24 *campi*: um sediado na cidade de Salvador, capital do estado, onde também se localiza a administração central. Os demais *campi* estão distribuídos em 23 municípios do Estado. A UNEB oferece mais de 150 opções de cursos nas modalidades presencial e à distância, nos níveis de graduação e pós-graduação (UNEB, 2015a).

A pesquisa se desenrolou no Departamento de Ciências da Vida (DCV), situado em Salvador, que desenvolve atividades acadêmicas de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde através dos cursos de bacharelado em Nutrição, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina e Farmácia, que foram implantados em momentos distintos. O DCV também desenvolve dois cursos de graduação no nível de licenciatura pela Plataforma Freire: o de Ciências Biológicas e o de Educação Física (UNEB, 2015a).

Conforme o Projeto Político Pedagógico de cada curso, a formação de profissionais de saúde no DCV preconiza a indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão, a realização de serviços especiais e convênios com outros órgãos públicos ou privados e a prestação de serviços à comunidade sob forma de consultoria, de assistência técnica e de outras que atendam a esta finalidade. Assim, o DCV oportuniza atividades de extensão e contribui para o desenvolvimento social através de programas extracurriculares, atividades, estágios nas clínicas escolas, unidades de saúde e hospitais, para atender às demandas e aos problemas de saúde pública enfrentados pela população (UNEB, 2015b).

A escolha do DCV como *lócus* da pesquisa, além de ser o departamento no qual atuo como docente, se deve ao fato de ter como componente curricular, transversal a todos os cursos de bacharelado em saúde, o PIASC, que possui uma concepção pedagógica inovadora, desafiante para os estudantes e para os professores. Nesse sentido, além de contribuir para a formação inicial dos futuros profissionais de saúde, também pode se configurar como um espaço de desenvolvimento pessoal e profissional dos docentes, aspecto que, como anunciado na problemática, configurava meu interesse neste estudo.

### 3.4 CARACTERIZAÇÃO DO PIASC - CASO DO NOSSO ESTUDO

A implantação do componente curricular PIASC nos cursos de saúde do DCV concorria para atender as dimensões da saúde preconizadas pelo SUS. Assim, o PIASC foi desenvolvido para inserir o estudante de saúde de forma multiprofissional desde o primeiro semestre letivo.

As ações pedagógicas instituídas pelo PIASC objetivam a diversificação de cenários de aprendizagem, articulando a teoria e a prática no contexto da Saúde Pública, a fim de desenvolver nos discentes habilidades e competências relacionadas ao trabalho em saúde. Com isso, promove-se a interação universidade-serviço-comunidade, bem como a integração interdisciplinar e interprofissional de grupos de estudantes e profissionais de saúde, comunidade e instituições parceiras. Tal interação objetiva efetivar as práticas colaborativas, o fomento à participação social, a ação entre setores distintos, o diagnóstico da comunidade e o planejamento e a programação local em saúde. O PIASC tem na Unidade da Saúde da Família (USF) seu espaço prático de compreensão dos modelos de atenção em saúde no SUS.

O PIASC I é iniciado no primeiro semestre letivo, com turmas formadas por alunos de todos os cursos da área de saúde, tendo continuidade no segundo e terceiro semestres, respectivamente com o PIASC II e PIASC III. Cada componente compreende, respectivamente, 30, 30 e 45 horas em aulas teóricas na faculdade e práticas na comunidade, de forma que os alunos, brevemente, já iniciam as atividades com os professores no serviço de saúde, inseridos na USF. Apenas o curso de Medicina desenvolve no quarto semestre o PIASC MED e o PIASC IV (UNEB, 2015c).

De acordo com o Projeto Político Pedagógico dos cursos de saúde do DCV (UNEB, 2015b) no PIASC I são trabalhados conceitos relacionados a saúde-doença, comunidade, família, território, Estratégia Saúde da Família (ESF), Atenção Primária em Saúde (APS) e SUS. As atividades práticas possibilitam aos estudantes conhecerem o território, a organização e o funcionamento da USF, como também visa promover a interdisciplinaridade, bem como o aprendizado dos condicionantes e determinantes da saúde, possibilitando a compreensão do SUS. Considera-se que tais conhecimentos são requisitos básicos para os discentes cursarem o PIASC II. Este, por sua vez, aborda as técnicas e estratégias utilizadas para realizar os métodos diagnósticos, informa sobre a rede de atenção à saúde, faz um diagnóstico situacional da USF e das condições de saúde da população da área em intervenção. O PIASC III discute os conceitos de planejamento em saúde e sua aplicabilidade no cotidiano dos serviços de saúde, com enfoque no Planejamento Estratégico Situacional

(PES) e na realização de uma intervenção elaborada pelos estudantes na comunidade, com base no diagnóstico obtido no PIASC II (UNEB, 2015c).

Específico para os estudantes de medicina, no 3º semestre, há ainda o PIASC MED e no 4º semestre, o PIASC IV. O PIASC MED é um componente curricular teórico de 30 horas de carga horária, que visa à preparação do estudante em práticas de campo desenvolvidas no PIASC IV. Estuda as noções de instrumentos de coleta para diagnóstico de saúde, as políticas de saúde para populações estratégicas em Saúde Pública: infância; adolescência e juventude; mulher; homem; terceira idade; população negra; população indígena; portadores de necessidades especiais (UNEB, 2015c).

O PIASC IV é dividido em aulas teóricas e práticas, contemplando respectivamente, 30 e 105 horas. Nessa proposta, que ocorre em outro município, os estudantes de medicina e o professor são imersos no contexto do distrito sanitário, com vistas a desenvolver atividades na comunidade, na perspectiva da promoção da saúde, a partir de uma avaliação diagnóstica da situação de saúde, seguida de planejamento e execução de intervenção em Saúde Coletiva. Este PIASC oportuniza o conhecimento e a interação no campo da prática, com trabalhadores da saúde, gestores e usuários, de modo a fornecer uma visão crítica da complexidade do SUS (UNEB, 2015c).

As atividades do PIASC são desenvolvidas em três turnos por semana, de acordo com o horário de planejamento semestral, alternando momentos em sala de aula e práticas vivenciais nas comunidades. Na atividade de campo, os alunos de todos os cursos do DCV matriculados no componente, em grupo, são conduzidos por um professor a uma determinada comunidade do município de Salvador-Bahia, localizada no Distrito Sanitário Cabula-Beiru.

O trabalho de planejamento e efetivação desenvolvido no PIASC exige uma construção coletiva, envolvendo os professores do PIASC, os estudantes de todos os cursos do DCV matriculados em turmas mistas desse componente, o coordenador da área de Saúde Coletiva, os coordenadores de cursos, as equipes de trabalhadores de saúde das unidades conveniadas, os usuários, as lideranças comunitárias, as autoridades locais e regionais do SUS e convidados. Os professores que exercem a atividade pedagógica no PIASC são lotados nos diferentes colegiados dos cursos de saúde do DCV, professores concursados especificamente para este componente curricular, professores convidados e colaboradores de outro departamento. Os professores do PIASC devem seguir o regulamento deste componente curricular, o qual, entre outros aspectos, aponta para a necessidade de o docente possuir conhecimentos técnico-científicos e experiência de trabalho em comunidade e saúde coletiva, para atender as demandas deste programa.

Dentre as atribuições dos docentes estabelecidas no Artigo 22 desse regulamento, destacamos: a) orientar grupos práticos de até 8 (oito) estudantes e teóricos de até 24 (vinte e quatro) estudantes; b) preparar os estudantes para as atividades junto às comunidades, socializando as informações constantes neste regulamento; c) orientar, previamente, os estudantes em relação à postura durante a realização das atividades nas unidades de saúde; d) desenvolver as atividades propostas no plano de ensino do PIASC, atento às necessidades individuais do processo de aprendizagem de cada estudante e de seu grupo como um todo; e) integrar-se à equipe de saúde da unidade em que seu grupo prático estará vinculado, sendo responsável pelo acolhimento e pela pactuação das atividades a serem desenvolvidas pelo estudante, com equipes e autoridades locais, usuários, moradores da área de abrangência e demais participantes do PIASC; f) atuar como agentes facilitadores da aprendizagem, motivando e articulando o estudante para o trabalho em equipe; g) responsabilizar-se pelo desenvolvimento da postura ética e cooperativa do estudante, exigindo do mesmo o atendimento das normas de conduta e relacionamento interpessoal; h) responsabilizar-se pelo gerenciamento dos instrumentos de avaliação, frequência dos estudantes e das atividades realizadas; i) participar das reuniões para o planejamento ou avaliação do PIASC (UNEB, 2013d).

Para atender as demandas do regulamento do PIASC, é imprescindível que o docente apreenda conceitos políticos e pedagógicos que lhes permitam mediar adequadamente o processo formativo dos estudantes, bem como articular a teoria e a prática, numa construção interdisciplinar e interprofissional, direcionada à integralidade da atenção em saúde, em um processo que exige permanentemente reflexão individual e coletiva sobre a prática do PIASC.

No quadro 2, abaixo, se encontram informações acerca da formação do corpo de professores que ministraram o PIASC no semestre de 2015.1. Entre eles, seis são específicos (concursados) de PIASC I, II, III (apenas um professor ministra o PIASC IV) e dez são dos colegiados de cursos de saúde do DCV, contemplando um total de dezesseis professores (as).

Professores do PIASC (2015.1)	Pós-graduação	
	Mestrado	Doutorado
3 professores com graduação em Fisioterapia	Tecnologias Aplicáveis à Bioenergia	-
	Ortopedia e Traumatologia	Fisioterapia (em andamento)

	Saúde Coletiva	Medicina e Saúde (em andamento)
3 professores com graduação em Nutrição	Ciência Sociais	-
	Ciência da Educação	Medicina e Saúde
	Alimentos, Nutrição e Saúde	-
3 professores com graduação em Enfermagem	Saúde Coletiva	-
	Família na Sociedade Contemporânea	-
	Saúde Coletiva	-
3 professores com graduação em Odontologia	Saúde Coletiva	Saúde Coletiva (em andamento)
	Saúde Coletiva	Saúde Coletiva (em andamento)
	Saúde Coletiva	Saúde Coletiva
2 professores com graduação em Fonoaudiologia	-	-
	Fisiopatologia Experimental	Fisiopatologia Experimental
1 professor com graduação em Medicina	-	Saúde Pública
1 professor com graduação em Psicologia	Saúde Coletiva	Saúde Coletiva (em andamento)

Quadro 2: Formação dos docentes do PIASC. Organizado pelo próprio autor.

A formação heterogênea dos professores de PIASC realça a complexidade desse componente curricular como proposta pedagógica inovadora nos cursos do DCV.

### 3.5 SUJEITOS E PROCESSO DE RECRUTAMENTO

Os critérios adotados para a inclusão dos professores nesta pesquisa foram: estar em exercício das atividades no PIASC; possuir mais de um ano de experiência de ensino no PIASC; ter vinculação com cursos e colegiados/área diferentes do DCV e aceitar voluntariamente participar.

Considerando esses critérios, os sujeitos da pesquisa foram cinco professores do conjunto daqueles que atuavam no PIASC no primeiro semestre de 2015. O número dos sujeitos que compuseram o quadro de realização das entrevistas não foi facilmente determinado. Sua escolha dependeria da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, como também da profundidade e do grau de recorrência e divergência das informações. Entretanto, cinco participantes se justificam mais pela pouca disponibilidade de tempo dos professores, visto que a maioria deles possuem atividades ocupacionais que estão além da docência universitária, como atendimentos em clínicas e consultórios particulares. Ademais, essa quantidade é significativa em virtude do tipo de pesquisa escolhida, a qualitativa, que vai buscar em sua essência a compreensão de significados, crenças, ideias, sentimentos, práticas, valores e atitudes dos participantes.

A título de uma breve apresentação do perfil dos participantes, identificado pela aplicação do formulário (Apêndice III), cabe informar que cada um possui uma das seguintes graduações: nutrição, enfermagem, fonoaudiologia, medicina ou odontologia. Quanto à formação pós-graduada, um possui uma especialização, três possuem mestrado e dois possuem doutorado. Três professores são do sexo feminino e dois do sexo masculino. A faixa etária deles varia dos 31 aos 60 anos de idade. Quanto ao regime de trabalho, três têm uma carga horária de 40h e dois estão enquadrados no regime de Dedicção Exclusiva. Apenas um possui outro vínculo empregatício. Quanto ao tempo de experiência no ensino superior, os participantes sinalizaram ter entre 6 e 15 anos, três atuam simultaneamente na graduação e na pós-graduação e dois apenas na graduação. Como professores da UNEB, três anunciaram um tempo menor que 5 anos de instituição, enquanto os outros dois, entre 6 e 15 anos. Quanto ao tempo de experiência docente no PIASC, este variou de um ano e meio a três anos e meio. Quanto às atividades além da docência, quatro afirmaram desenvolver atividades de pesquisa, cinco de extensão e três de gestão.

O recrutamento dos participantes da pesquisa ocorreu, inicialmente, em uma reunião regular dos professores do PIASC, da qual participei, na universidade lócus do estudo, através da intermediação de um colega de curso e professor do PIASC. Na seção dos informes, foi-me dada a palavra para a apresentação do projeto da pesquisa. Esse encontro, embora curto, contribuiu para despertar o interesse dos professores do PIASC em participar da pesquisa. Em seguida, solicitamos do diretor do DCV autorização para a realização do estudo no departamento, conforme exigência do Comitê de Ética.

Posteriormente, acompanhamos algumas reuniões dos professores do PIASC, e em conversas informais fomos estabelecendo uma maior aproximação com os sujeitos, criando

um ambiente favorável e harmonioso para uma boa relação pesquisador-sujeito, um vínculo saudável ao processo da pesquisa qualitativa, evitando possíveis resistências ao trabalho. Iniciei a fase de contato até chegarmos aos participantes que se colocaram à disposição e demonstraram interesse genuíno em colaborar. Os cinco primeiros professores que se voluntariaram a participar da pesquisa se configuraram como os sujeitos denominados pelos códigos P01, P02, P03, P04 e P05, de forma a garantir o anonimato.

O primeiro contato foi feito através de uma abordagem pessoal. Em seguida, procedeu-se o encaminhamento de e-mail, no qual explicamos o projeto de pesquisa, justificando sua relevância e a importância da participação dos professores do PIASC. Foram marcadas as entrevistas com a sinalização de que eles reservassem um tempo médio de uma hora e meia, devido à natureza da pesquisa. Foi explicado o processo da entrevista e a existência de um guia norteador da conversa sobre a experiência pedagógica dos professores do PIASC. As entrevistas foram agendadas com duas semanas de antecedência, e realizadas no mês de agosto e outubro de 2015 em salas de aula do próprio departamento, reservadas para esta finalidade. Vale ressaltar que o projeto obteve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNEB, sob o protocolo 1.332.879, assegurada pelo cumprimento dos requisitos das Resoluções 466/12, que abordam questões éticas e de biossegurança nas pesquisas com seres humanos.

### 3.6 DESENVOLVIMENTO DA ENTREVISTA

Para facilitar a realização das entrevistas, elaboramos um guia (Apêndice II), com base na problemática, no referencial teórico da pesquisa e na nossa experiência no contexto do estudo, com questões que visavam estimular os colaboradores a expressarem seus pensamentos, sentimentos e valores, referentes a diversos aspectos da sua experiência como docentes do PIASC. As principais temáticas do guia, em consonância com o objetivo e as questões de pesquisa, foram: características ou competências dos profissionais de saúde importantes no contexto atual; contribuição do PIASC no desenvolvimento das competências do profissional de saúde; desafios e limitações enfrentados na condução do PIASC; planejamento e avaliação do trabalho desenvolvido no PIASC; competências e saberes do professor do PIASC.

As entrevistas foram realizadas em salas do DCV, em dias e horários definidos conjuntamente com os participantes, e apenas um dos sujeitos teve a necessidade de remarcar. Ocorreram de forma satisfatória e tranquila, sem intercorrências. Os encontros sempre

iniciaram com uma conversa preliminar, na qual era retomado o objetivo da pesquisa, e em seguida era feita a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice I), que, entre outros aspectos, garantia o sigilo do nome do sujeito. Também era formulada a solicitação de autorização para gravar em áudio a entrevista e feito o preenchimento da ficha com os dados profissionais. Todos os participantes aceitaram a gravação.

Durante o processo, os professores entrevistados revelaram bastante abertura para responder os questionamentos reflexivos provocados pelo pesquisador, ficando bem à vontade com o gravador. Discorreram sobre sua experiência docente no PIASC, desenvolvendo reflexões sobre o perfil do profissional de saúde na atual sociedade. Descreveram competências necessárias, características dos estudantes e de suas práticas pedagógicas, revelando suas limitações, suas satisfações, desgostos e possíveis medidas resolutivas de problemas do programa.

Nas entrevistas, o pesquisador manteve-se com a devida atenção e respeito à singularidade dos sujeitos, cuidadoso em relação ao momento de intervir de forma a não interromper o fluxo do pensamento do participante e não gerar constrangimento ou resistência. Cabe destacar que o guia foi utilizado de forma flexível, com liberdade para explorar elementos não previstos em seu conteúdo, sem perder de vista o objetivo da pesquisa. Nesse sentido, a condução da entrevista teve principalmente, como fio condutor, o fluxo do pensamento do participante, e não a sequência das perguntas do guia. Ademais, diversas questões, em muitos casos, não foram formuladas, pois o participante as abordou antes.

A duração média das entrevistas foi de uma hora e vinte minutos e suas transcrições, na íntegra, geraram cerca de cento e trinta páginas, fornecendo dados relevantes, que foram analisados conforme descrição a seguir.

### 3.7 ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados obtidos por meio da entrevista realizada com os cinco participantes foram tratados por meio da análise de conteúdo do tipo temática (BARDIN, 1977), que permitiu compreender mais profundamente as significações que os participantes atribuem aos aspectos em estudo.

A análise temática, a forma mais clássica de análise de conteúdo, consiste em identificar e destacar os núcleos de sentido que compõem a comunicação. Em seguida, os temas que são unidades de significação são extraídos das partes do texto. A análise de conteúdo, segundo Bardin (1977), engloba diferentes fases: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise compreende atividades como a leitura flutuante, a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e dos objetivos, a elaboração dos indicadores etc. A exploração do material supõe operações de codificação, ou seja, a transformação dos dados brutos do texto em unidades de sentido e a categorização dos mesmos.

A análise de conteúdo foi estruturada nesse estudo de acordo com os passos a seguir: leitura de cada discurso transcrito na íntegra, com o intuito de apreender o sentido geral do depoimento. Em seguida, foi feita uma leitura com maior atenção de cada depoimento, passo a passo, identificando temas (assuntos e objetos do conteúdo a ser tratado) acerca dos trechos descritos, distinguindo-os em blocos (parágrafos) de uma mesma temática. A temática de cada trecho era acompanhada das *unidades de sentido*, formuladas a partir da interpretação da ideia central daquele trecho, as chamadas *unidades de contexto*, através do sentido atribuído pelo participante sobre determinada perspectiva daquela temática.

O passo seguinte foi organizar as temáticas com o recurso do computador de classificação por ordem alfabética do programa *Microsoft Word*. Esta etapa permitiu alinhar todos os temas que emergiram dos cinco depoimentos. Na análise de cada bloco, muitos temas se repetiam, entretanto, as *unidades de sentido* possuíam formulações exclusivas de cada trecho tratado, porque os participantes, muitas vezes, traziam os mesmos temas com enfoques ou elementos diferentes. Após esse alinhamento, foi feito um agrupamento dos temas repetidos e semelhantes.

Construiu-se uma tabela, na qual foram inseridos os dados dos cinco participantes, separados por cores distintas, contendo os seguintes itens: tema, unidade de sentido, unidade de contexto e observação, com o objetivo de construir as categorias mais abrangentes, considerando que muitas unidades de sentido deram origem a subcategorias; outras unidades de sentido foram consideradas nuances dessas subcategorias. A esse esquema de categorias e subcategorias (Apêndice IV) definido, foram incorporados todos os dados (unidades de contexto) dos participantes. A seguir foi feita uma análise detalhada desses resultados, levando em conta sua relação com o objetivo, as questões da pesquisa e o referencial teórico da pesquisa.

Essa análise dos dados categorizados permitiu a formulação de inferências, aqui consideradas como interpretações do pesquisador, que não se apresentam diretamente nos dados, mas que são passíveis de serem deduzidas pelo raciocínio do pesquisador, mediante a associação dessas interpretações com outras proposições já admitidas como verdadeiras (ABBAGNANO, 2007, p.646). Nesse sentido, foram formuladas as seguintes inferências: Descompasso entre a concepção do PIASC e a sua concretização no processo formativo dos profissionais de saúde; A contribuição do PIASC para o desenvolvimento pessoal e da consciência social dos estudantes; O prazer e a dor de ser docente do PIASC; Competências consideradas necessárias para os docentes do PIASC; Contradição entre o reconhecimento de necessidade de formação pedagógica e as estratégias formativas assumidas. Essas inferências foram o eixo norteador das discussões dos resultados, com vistas a responder as questões da pesquisa e, finalmente, atingir o seu objetivo.

#### **4. CONTRIBUIÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE ENSINO NO COMPONENTE PIASC PARA O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DOCENTE**

Esta seção apresenta os resultados da pesquisa que decorrem da análise em profundidade dos dados categorizados, os quais permitiram a construção de importantes inferências. Cabe explicitar que inferências são entendidas neste estudo como construções autorais que emanam do esforço de dedução do pesquisador, por meio do raciocínio, de proposições que não são claramente explicitadas pelos participantes, mas são passíveis de serem percebidas mediante a associação com outras proposições já admitidas como verdadeiras (ABBAGNANO, 2007).

A discussão dessas inferências permitiu atender o objetivo e responder as questões de pesquisa num processo dialógico envolvendo os depoimentos dos seus colaboradores - docentes do componente curricular PIASC -, os referenciais por eles suscitados e as interpretações do pesquisador, também docente da área de saúde. Relembramos que o estudo assumiu como objetivo compreender a contribuição da experiência de ensino no componente curricular PIASC para o desenvolvimento profissional docente dos responsáveis por este componente curricular e adotou como questões norteadoras: 1) Que desafios os participantes da pesquisa reconhecem estarem presentes na experiência de docência no PIASC? 2) Que estratégias formativas os docentes participantes da pesquisa validam/valorizam frente aos desafios do PIASC?

A seção está estruturada em duas grandes subseções relacionadas a essas questões, nas quais se tece a discussão das inferências a elas pertinentes.

##### **4.1 DESAFIOS DA EXPERIÊNCIA DE ENSINO NO PIASC NA PERSPECTIVA DOS DOCENTES**

A compreensão dos docentes acerca do potencial formativo da experiência de ensinar no PIASC pressupõe, a princípio, entender a visão deles sobre os desafios por ela oportunizados, na medida em que toda aprendizagem significativa, como a que envolve o desenvolvimento profissional docente, é sempre resultante da consciência e da disposição para enfrentar desafios geradores de desequilíbrios sócio-cognitivos (PIAGET, 1976). Na perspectiva de compreender como os participantes percebem esses desafios, a discussão dos resultados será desenvolvida a partir das inferências: descompasso entre a concepção do PIASC e a sua concretização no processo formativo; contribuição do PIASC para o

desenvolvimento pessoal e da consciência social dos estudantes; e o prazer e a dor de ser docente do PIASC.

#### **4.1.1 Descompasso entre a concepção do PIASC e a sua concretização no processo formativo dos profissionais de saúde**

A inferência da existência de descompasso entre a concepção do PIASC e a sua concretização no processo formativo decorre da análise de diversos elementos apontados pelos docentes desse componente, participantes da pesquisa, como: desconhecimento da proposta do PIASC pelos diversos níveis da gestão da UNEB; falta de integração entre os docentes dos diversos componentes curriculares dos cursos do DCV com a proposta do PIASC; frágil articulação entre os docentes do PIASC; discrepância entre a perspectiva de formar profissionais de saúde críticos, reflexivos e comprometidos com a atenção básica da saúde e o ensino transmissivo que dissocia teoria e prática.

Entretanto, antes de explorarmos o ponto de vista dos participantes a respeito desses aspectos, é importante situar a concepção institucional acerca do PIASC, expressa no projeto político pedagógico dos cursos do DCV:

O Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade proporciona reflexão, aproximação da realidade, debate e crítica, que o/a graduando/a deverá desenvolver sobre o ser humano no contexto da saúde, despertando o senso investigativo próprio do conhecimento científico. Integra aspectos de interdisciplinaridade e multiprofissionalidade entre os diversos cursos da área de saúde do Departamento de Ciências da Vida, com base nos estudos propostos para o semestre. [...] Promove a integração dos conhecimentos concentrando aspectos teóricos e práticos da formação, por meio do aprimoramento da reflexão sobre o ser humano no contexto da saúde, aprofundando a discussão da realidade com base nos conhecimentos adquiridos, intervindo na realidade cotidiana de forma interdisciplinar e multiprofissional (UNEB, 2015b).

Na perspectiva apontada, o PIASC é um componente curricular estruturante e estratégico de todos os cursos de saúde, que tem como eixo a integração expressa em diversas vertentes: 1) integração entre os cursos, dessa forma se configurando como espaço multiprofissional; 2) integração entre conteúdos de diferentes áreas, exigida pela prática da investigação e pela compreensão dos fenômenos humanos na área da saúde, revelando sua feição interdisciplinar; 3) integração entre a academia, a comunidade e as unidades de assistência à saúde, possibilitando assim o desenvolvimento do espírito altruísta, humanitário e ético, aliado à competência técnica. Presume-se que a concretização dessas vertentes não pode prescindir da integração entre os docentes dos diversos componentes com os docentes

diretamente responsáveis pelo PIASC de forma a permitir a transversalização e a consolidação de princípios, valores, atitudes e competências preconizados na sua concepção original. Também não pode prescindir da integração sistemática, crítica e reflexiva entre os próprios docentes que atuam no PIASC.

A vertente da integração entre a academia, a comunidade e as unidades de assistência à saúde, ao permitir a inserção dos estudantes em cenários reais da prática, com níveis de complexidade crescente, em diversos espaços de aprendizagem, amplia

(...) consideravelmente as possibilidades de problematização da realidade de saúde onde os estudantes irão atuar, do ponto de vista da identificação tanto dos problemas dos serviços de saúde e das condições de vida da população, quanto dos problemas dos serviços de saúde e os limites e possibilidades dos processos de mudança em curso (TEIXEIRA, 2003, p.7).

Ainda explorando a concepção do PIASC, não mais na perspectiva do projeto político pedagógico de cada curso, mas na visão dos docentes participantes da pesquisa, apenas dois deles revelaram conhecimento acerca da história da constituição desse componente no contexto de implantação do curso de Medicina e do redimensionamento curricular dos demais cursos existentes no DCV. Na visão de um deles, “a proposta do PIASC nasce por uma demanda muito mais institucional que de uma demanda do professor.” (P04), Transtornos, desconfianças e desgostos, por parte de docentes desse departamento, marcaram o percurso na transição dessa mudança, na medida em que a incorporação do PIASC e o redimensionamento curricular influenciavam diretamente na carga horária do trabalho docente, como atesta o depoimento:

Foi um exercício muito grande, não foi fácil fazer esse alinhamento, tinha até uma questão de que cada professor se sentia um pouco que dono de sua disciplina, aí você dizia: olha, mas anatomia para nutrição precisa ter só “X” carga horária, anatomia para enfermagem só “X” carga horária, mas para medicina é “X” carga. Então os professores quando olhavam para sua disciplina e via a necessidade de uma redução de sua carga horária muitas vezes se incomodavam; imagine 90 horas reduzir para 60, nem pensar. Então, havia todo um conflito a ser administrado, que não foi fácil. (P01).

A despeito desses transtornos, um deles enfatiza a sua natureza integradora, o que pode ser visto no depoimento:

Então, que a gente deveria fazer um currículo com perspectiva interdisciplinar, multidisciplinar também, mas ainda em um modelo de disciplina para que a gente pudesse, durante a operacionalização desse currículo trabalhar a formação do docente e suas práticas pedagógicas para que a gente tivesse condições de avançar para um currículo, para uma nova perspectiva que era o que a gente queria. A gente conhecia experiências, no sul do país, exitosas, mas a gente não conseguia ainda operacionalizar. Decidimos fazer outro currículo. Repare, o desenho do currículo foi feito e quando esse desenho estava sendo feito nos colegiados, nas comissões de reformulação, dentro de cada colegiado, nós fomos recebendo dos departamentos a proposta de incluir o PIASC

em todos os cursos. Aquela ideia era sim muito interessante e deveríamos incluir todos os cursos e fazer algo inovador que era mesclar as turmas, de modo que já no primeiro semestre o aluno pudesse trabalhar de forma multidisciplinar aprendendo a respeitar, porque havia uma preocupação. Nós vimos na realidade o PIASC com bons olhos, embora, a gente já tivesse o quadro prontinho, tivemos que reajustar isso para caber uma outra disciplina, que era o PIASC, uma disciplina que estava sendo proposta como disciplina 100% prática. Foi-nos proposto três PIASC I, II e III, o I com 30 horas, o II com 30 horas e o III com 45 horas. (P01).

A perspectiva de integração profissional e interdisciplinar do PIASC, no âmbito dos cursos, conforme Vilela e Mendes (2003, p.531), “poderá levar à formação de profissionais mais comprometidos com a realidade de saúde e com a sua transformação”.

Para Fazenda (1996), a interdisciplinaridade se faz num processo de ensino e aprendizagem, direcionado à integração e ao engajamento de professores num trabalho coletivo, objetivando a formação integral dos estudantes. Japiassu (1976) enfatiza que a sua implementação requer organização curricular, trocas entre os especialistas e um efetivo grau de integração das disciplinas ao núcleo central de um mesmo projeto.

O PIASC, do ponto de vista de sua estrutura, envolve etapas de crescente engajamento dos estudantes dos diversos cursos com o contexto da prática e obedece a um ciclo de encontros com a comunidade, como anunciado pelo mesmo depoente:

O PIASC I faz o reconhecimento de território, o PIASC II trabalha diagnóstico de comunidade e o PIASC III trabalha com PES porque ele faria uma implementação de uma ação de saúde. Então, a ideia era que os três fossem práticos, teriam poucos momentos teóricos, muitas ações na unidade, para que os alunos já pudessem entrar no primeiro semestre vendo, por exemplo, quais são os reais problemas da população. Enquanto profissionais, que papel de promoção de saúde, prevenção de doentes a gente pode fazer? Qual é o cenário real? O que eles vão encontrar enquanto profissionais de saúde quando for sair da universidade? Quais os desafios que eles têm pela frente? Então, já sensibilizar o aluno desde o primeiro semestre, uma ideia muito interessante e aí incorporamos isso, todos os cursos incorporaram. Só que no planejamento de medicina eles planejaram quatro PIASCs, mas os demais cursos definiram dentro da sua formação que três PIASC eram suficientes, não precisaríamos do quarto. Mas medicina precisava do quarto, que tem até hoje o quarto. Nesse quarto PIASC, portanto só temos alunos de medicina, mas os PIASCs I, II e III, a ideia é que as turmas tivessem alunos dos 6 cursos. (P01).

A concepção formativa inerente ao PIASC propõe a superação do modelo hegemônico biomédico, concebido por Flexner, pautado no processo de saúde-doença, essencialmente hospitalocêntrico. Esse modelo tem como foco o profissional médico, consolidando a hierarquia entre este e os demais profissionais da área de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Com efeito, uma depoente expressa elementos que vão nessa direção, como se pode observar no depoimento:

Primeiro, para aproximar esses alunos, mostrar que todas as categorias da área de saúde têm a mesma importância, quebrar com a hegemonia da medicina e não criar aqui dentro o feudo de medicina, como acontece em várias universidades que têm curso de medicina, onde a medicina se isola dos demais cursos e acaba sendo a menina dos olhos daquela faculdade ou daquele

departamento e os outros cursos acabam sendo cursos periféricos com a medicina no centro. Então, vimos que a ideia do PIASC era uma forma também da gente não permitir aqui no departamento acontecesse isso, porque o aluno do PIASC estaria em contato com os colegas dos outros cursos e faziam atividade juntos. (P01).

Esse aspecto da concepção do PIASC, registrado pelo participante, corrobora o pensamento de Minayo (1991) quando critica a dominação do modelo biomédico tradicional e, em contrapartida, propõe o modelo de integralidade e interdisciplinaridade, uma vez que a saúde, para a autora, deverá ser construída dentro de uma visão sócio-filosófica e epistemológica capaz de fazer a crítica à fragmentação e ao funcionalismo tradicional.

Várias propostas de reorganização dos sistemas e dos serviços de saúde, assim como de formação dos profissionais de saúde, foram construídas com base nos princípios do SUS, na integração academia-serviço (MERHY; MALTA; SANTOS, 2005) com atenção às dimensões biopsicossocial, ambiental, cultural e econômica, comprometidas com a formação humana em defesa da vida, individual e coletiva, visando encontrar soluções para os problemas vivenciados pela comunidade.

Adentrando nos aspectos sinalizados pelos participantes, que deram origem à inferência da existência de descompasso entre a natureza integrativa, preconizada pelo projeto do PIASC, e a sua concretização na prática, começamos pela reflexão acerca dos dados que enfatizam o desconhecimento da proposta do PIASC pelos diversos níveis da gestão da UNEB e, as consequentes, limitações de natureza administrativa e curricular.

O desconhecimento da proposta do PIASC pela gestão da universidade é expresso por um participante ao revelar que os setores administrativos da UNEB são excessivamente burocráticos, exigindo reiteradamente trâmites e documentações em cada semestre, dificultando o trabalho do professor, como se pode depreender do depoimento:

Temos dificuldades da própria Universidade. Frequentemente a gente tem problemas burocráticos e administrativo da própria Universidade, pois não consegue entender o que é o PIASC, no caso do PIASC 4, mais ainda. Eu diria que a Universidade enquanto instituição, porque a gente vê cada Pró-reitoria baixar uma norma, que ou é incompatível ou inviabiliza o que está sendo feito. Por exemplo, algum tempo atrás tinham baixado uma portaria que transformava a nossa viagem de campo, numa visita turística como se fosse um passeio que todos os semestres a gente tem que juntar “trocentos” documentos para abrir um novo processo. Sendo que não tem nada de novo, todo semestre as turmas fazem duas visitas a Canudos. Então, isso é do currículo, se é obrigatório, se está planejado e aprovado pelo Colegiado, pelo Departamento, não tem que fazer um calhamaço de papel para cada viagem. [...] Então, você tem que fazer levar ao diretor para comprovar que isso não é passeio, mas aqui não é isso e outra coisa e não pode ser enquadrado dentro daquilo. Tem que entender que isso vai acontecer isso sempre, tem que entender que PIASC 4 é assim que funciona. Então, é desgastante. (P05).

A respeito dessa temática, Gadotti (1994) destaca a resistência oferecida pelo corporativismo das organizações e a burocracia instalada nos aparelhos de estado quanto à

inovação educacional, que explica, em parte, os problemas vividos pelo PIASC. O autor mencionado considera, ainda, que, para superar a burocratização e chegar à democratização da gestão universitária, de forma efetiva, o sistema educacional precisa funcionar com base nos princípios da comunicação direta, da autonomia e da avaliação permanente da universidade.

Sampaio e Laniado (2009, p.154) criticam o modelo administrativo da gestão universitária, que se caracteriza pela burocratização e pela fragmentação departamental, com mecanismo de decisão isolada pelos colegiados dos cursos, e propõem a autonomia “como princípio acadêmico-administrativo para melhorar a própria racionalidade administrativa, a eficiência na alocação dos recursos, na qualificação de pessoal etc.”

O desconhecimento do PIASC pela gestão acadêmica também ocorre no nível dos colegiados e de suas coordenações. Nesse sentido, um dos depoentes aponta a falta de compromisso e a visão negativa acerca do PIASC pela gestão de um colegiado do Departamento:

Eu observo o seguinte, pelo menos dentro do colegiado X, eu percebo da própria gestão do colegiado uma visão negativa do PIASC. Como se o PIASC não servisse para nada, como se o PIASC fosse mais um problema para eles gerirem ... mais um problema. Não veem o PIASC como a boniteza que a gente viu, como... também... repare... o projeto foi construído na minha gestão, mas a operacionalização na gestão de outro colega. E esse outro colega da gestão não acompanhou porque não fez parte da comissão. Não acompanhou o processo de construção, não tem a visão que eu tenho do PIASC, aí veja bem... não tem essa visão construída e o aluno ainda chega reclamando... E a gente vê na fala de alguns professores um discurso muito negativo. (P01).

Entendemos que focos de tensionamentos estão sempre presentes, em cada instituição, especialmente a universitária, reconhecida como espaço de questionamento e crítica, mas, também, de conflitos, disputas de poder, vaidades. Entretanto, não se pode aceitar preconceitos e desqualificações em relação a projetos democraticamente instituídos. A implicação de gestores e professores como atores responsáveis pelo processo de mudança e implementação de novas políticas institucionais, com vistas a ações conjuntas, só será possível a partir do engajamento de todos os envolvidos na construção de um novo sentido de ser profissional da saúde no serviço público (FRANCO; MERHY, 2003; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CARVALHO; CECCIM, 2006).

O processo de mudança estrutural e organizacional no âmbito acadêmico, exigido para a consolidação do PIASC, requer compromisso ético, político e pedagógico, engajamento coletivo dos docentes e das diversas instâncias técnico-administrativas, assim como compreensão da natureza pedagógica complexa e inovadora do componente curricular. A inserção docente em currículos inovadores, na área de saúde, depende não só de capacitação

docente e de motivação, mas também de estruturas gerenciais eficazes (GORDAN, 2014). Assim, a consolidação do projeto político-pedagógico dos cursos de saúde da UNEB pressupõe o investimento dos gestores dos diversos níveis (administração central, departamentos, colegiados, áreas) na nova cultura do saber, do ser e do fazer, construída a partir de práticas interdisciplinares e colaborativas, de maneira equânime entre os cursos.

Além dos descompassos dessa natureza, contradizendo as perspectivas almejadas na proposta inicial, os resultados ainda evidenciam uma frágil relação entre alguns cursos do departamento, tensões provocadas pela supremacia de um colegiado sobre os demais, bem como discrepâncias de concepções e de relações de poder, que afetam o desenvolvimento do PIASC, conforme sugere o depoimento do participante:

Como não estão muito bem casadas essas situações dos cursos, às vezes, surge a necessidade de abrir um tal dia, por exemplo: um dos colegiados fez uma mudança curricular e disse que os alunos de PIASC III só poderiam ter aulas nas quintas-feiras de manhã; não se oferece PIASC III na quinta-feira pela manhã, quer dizer não existe essa revelia: eu quero, posso, faço! Existe uma autonomia, isso precisaria ser dialogado e não imposto. Fim da história, depois de algumas celeumas, tudo foi resolvido! Então, essas dificuldades, por isso agora, nesse momento, importante o diálogo entre todos os presentes, dos colegiados e das áreas. Há colegiados e colegiados! Alguns colegiados se sobrepõem de tal forma, que gera uma sensação de repúdio entre nós, inclusive foi iniciado uma moção de repúdio a um dos colegiados, a partir dos professores de Saúde Coletiva e do PIASC, mais do PIASC, na sala só tinham dois que não eram de PIASC. Até onde eu sei, ficou da coordenação de Saúde Coletiva levar essa carta de repudio adiante; não poderia lhe dizer para onde foi porque houve um momento de greve, um momento totalmente atípico, mas a carta chegou a ser esboçada. (P02).

Ações isoladas por parte dos colegiados de cursos não se coadunam com o que prevê o regulamento do PIASC (UNEB, 2013d), no qual se estabelece que os coordenadores de área e de colegiado de cursos devem desenvolver, de maneira conjunta e integrada, o planejamento, a execução das ações e a avaliação das atividades realizadas no PIASC, bem como verificar se as mesmas concorrem para a formação do perfil profissional estabelecido no projeto político-pedagógico de seus respectivos cursos e se promovem a articulação do PIASC com as demais áreas e componentes curriculares do Departamento. Entretanto, na área de saúde, as disputas entre determinadas categorias profissionais se tornam acirradas, movidas pela diversidade de desejos, interesses, aspirações profissionais, pessoais e coletivas. Jogos de pressão e disputas produzem um campo relacional intrincado, complexo, um campo de relações de poder, estabelecido pela construção histórica e social de grupos hegemônicos, que buscam orientar, definir e impor suas práticas e ações sobre os outros (FEUERWERKER, 2014).

Os tensionamentos e relações de poder expressos no depoimento acima não se limitam a aspectos institucionais, organizacionais ou a relações de poder. Segundo Foucault (2012),

configurações políticas, econômicas e de prestígio social, assim como todas as relações afetivas, familiares, de amizade ou profissionais estão presentes, dominando, reprimindo o outro, constituindo verdades, práticas e subjetividades. Na área de saúde, o modelo biomédico, ainda fortemente presente nas representações e nas práticas, imprime a valorização de uma classe profissional em detrimento de outras e, conseqüentemente, o poder unilateral se estabelece, porém novas perspectivas de formação em saúde, tal como a do PIASC, ancoradas nas concepções do SUS, certamente vêm abalar a hegemonia, a hierarquização de determinadas profissões e incomodar alguns atores.

Soares e Oliveira (2014) registram que as relações de poder na perspectiva de dominação, no âmbito da academia, não são necessariamente percebidas e assumidas de maneira consciente pelos atores envolvidos e assentam no autoritarismo social, que se expressa na cultura elitista da instituição, na gestão centralizadora, na competição entre os pares.

Limitações de natureza curricular e administrativa são encontradas no desenvolvimento do PIASC e evidenciadas pela totalidade dos participantes. Uma das questões mais apontadas foi o problema da falta de cumprimento do regimento pelo setor técnico-administrativo do Departamento responsável pela matrícula dos estudantes neste componente, gerando prejuízos de natureza formativa, o que é exemplificado no depoimento a seguir:

Às vezes a gente tem uma dificuldade na própria secretaria acadêmica, que acaba matriculando (alunos) mais um curso do que o outro, que essa é uma outra dificuldade que a gente tem demais no PIASC. Se a gente tem 5 comunidades, vamos dizer que temos 100 alunos, então seria 100 dividido por 5, então seriam 20 alunos por comunidade, às vezes não acontece isso! Às vezes acontece de ter 30 alunos numa comunidade, 9 na outra, 7 na outra (devido a quê?). Essa é uma caixa preta que a gente ainda não conseguiu achar, porque já montamos como deveria ser, quantos alunos de cada graduação deveria ser, mas algo misterioso acontece nas horas da matrícula. São quatro semestres e ainda a gente não conseguiu resolver isso. Para resolver isso, seria a obediência aos os números que nós já determinamos que deveria ser matriculado, tipo: aquela turma só pode receber três alunos de medicina, três de enfermagem, três de ... até finalizar o total. (P02).

O participante alerta que todos os professores do PIASC se esforçam para resolver esse problema, mas invariavelmente, não se tem conseguido nenhum êxito. Problemas dessa magnitude afetam os estudantes a cada semestre, na medida em que eles deveriam permanecer na mesma comunidade desde o PIASC I ao III, entretanto, com os transtornos gerados na matrícula, eles são obrigados a se deslocarem para Unidades diferentes, comprometendo, em algum nível, o processo de ensino-aprendizagem desenvolvido.

Problemas de ordem administrativa que ocorrem no processo de matrícula dos discentes do PIASC merecem atenção especial na medida em que repercutem negativamente no desenvolvimento de ações do componente. Revelam fragilidades da gestão e descompasso entre o pessoal técnico-administrativo do departamento e as concepções e práticas de um componente que, do ponto de vista formal, tem natureza estruturante e estratégica. Nesse sentido, é fundamental que os gestores, do departamento e dos colegiados, invistam no processo de comunicação e de formação dos diversos segmentos envolvidos na implementação de projetos inovadores como o PIASC, o que implica “um planejamento integrado entre a equipe com base na transparência do fluxo de informações (...)” (SOUSA, 2011, p.108).

Assim, os professores do PIASC e os gestores responsáveis por esse componente, além de assumirem o papel de formadores, devem se articular com a gestão administrativa universitária, a fim de criar em conjunto sistemas de informação que facilitem o processo de matrícula dos estudantes, dando um sentido de integração necessária para a consolidação do PIASC a todos atores envolvidos na formação dos profissionais de saúde do departamento.

Outro ponto relacionado às limitações da gestão, registrado por quatro participantes, é a reduzida carga horária do componente PIASC quando comparada a outros componentes curriculares, como explica o depoente:

Confesso a você que até a forma como o PIASC está estruturado na UNEB, a forma como se relaciona com as outras disciplinas; o fato de ter um dia por semana para trabalhar com aqueles alunos num horário limitado, numa disciplina que no seu primeiro bloco tem 30 horas, no segundo bloco 30 horas e no terceiro bloco 45 horas. É uma carga horária limitada que compete com outras disciplinas do campo mais técnico, ou do campo básico, que também seu peso. E é uma luta às vezes desigual! (P04).

Essa carga horária restrita se evidencia ainda mais, considerando-se que, pelo caráter essencialmente prático do PIASC, o professor possui demandas adicionais, por exemplo, possuir conhecimento do Distrito Sanitário de Saúde, empreender articulação com os atores (gestores, profissionais de saúde, usuários etc.) e instituições (unidade de saúde, escola, restaurante, grupos de movimento social, ONGs etc.) da comunidade, realizar deslocamento, junto com os estudantes, para o trabalho de campo, lidar com a diversidade cultural e o risco da violência.

Outro problema da gestão que impacta fortemente no desenvolvimento do PIASC, apontado por todos os participantes, diz respeito ao número restrito de docentes responsáveis por este componente em relação às demandas de ensino, como evidencia o depoente:

Bom, a gente ainda não tem um corpo docente que seja capaz de dar conta do número de alunado. Então, muitas vezes somos obrigados a juntar duas turmas na teoria, e isso é extremamente improdutivo, dificulta bastante a aprendizagem e isso tem gerado muitos problemas, inclusive de queixas dos próprios alunos. (P02).

Os participantes identificam que os professores dos diversos colegiados que atuam neste componente enfrentam esse desafio desde seu início, incidindo na qualidade do ensino, de vida e de trabalho dos docentes, reduzindo a possibilidade destes reconhecerem e lidarem, de forma adequada, com as dificuldades de potencializar a aprendizagem dos estudantes e a sua própria.

Como se trata de uma universidade estadual, seria esperada uma maior atenção do governo do estado para garantir uma educação pública de qualidade, o que, dentre outros aspectos, pressupõe a autorização de concurso público para docentes, a ampliação do orçamento e a garantia da autonomia universitária. De acordo com essa perspectiva, uma participante chama a atenção para a contratação e a nomeação de professores concursados para o PIASC e a redistribuição da carga horária de suas atividades:

Eu acredito que a partir do momento que trouxer os professores que foram aprovados no concurso isso vá facilitar, mas até agora 2015.1 há essa dificuldade. Então, eu já vi alunos, para poder ouvir, eles ficam com a porta aberta e às vezes em pé ou sentados porque não tem espaço na sala de aula, isso é bastante difícil. (P02).

A inferência da existência de significativo descompasso entre a concepção do PIASC e a sua concretização no processo formativo emerge, também, dos dados que apontam a percepção, da totalidade dos participantes, acerca da pouca articulação entre os docentes do conjunto dos componentes de cada curso do DCV com a proposta do PIASC, que muitas vezes expressa a resistência de docentes do departamento à concepção e à prática do referido programa. Essa resistência repercute nos estudantes em forma de desmotivação para desenvolver as atividades do PIASC e no pouco compromisso com as questões sociais e com a saúde pública, o que se pode depreender dos depoimentos que seguem:

A gente ainda tem profissionais, professores que falam para os alunos que saúde coletiva não serve para nada. (P03).

Um componente curricular difícilíssimo de trabalhar e por isso, talvez, que ele cai em tanto descrédito aqui na UNEB... Existe uma piada de chamar PIASC de 'FIASCO' por parte de alguns professores que não entendem a proposta pedagógica, que não querem entender... Isso contamina os alunos de certa maneira. [...] Eles acham (professores do DCV resistentes à proposta do PIASC) que a gente está levando os estudantes para fazer turismo extensionista, indo lá para poder fazer um 'city tour' na comunidade e tal, ser boa praça com o pessoal, ser bonzinho... Essa ideia do médico bonzinho e médico humano, e não é isso! É um componente disciplinar que trabalha a perspectiva da integração, é inclusive para refletir as questões da própria comunidade (ao redor) da universidade, de que maneira a gente se integra. E eu acho que isso é um problema também. Você faz alguma coisa ou o grupo de professores fazem alguma coisa para modificar isso? Olha, a gente

faz, mas eu acho que é muito insuficiente... Eu, particularmente, tenho feito, o professor Z, alguns professores, a gente faz muito isso. [...] Falta de valorização do PIASC pelos professores do DCV, então existe um processo de marginalização... Que eu acho que é assim: essa proposta disciplinar não contagiou o currículo profissionalizante e eu vejo isso na prática do curso X. [...] Eu não vejo de maneira harmônica não (a relação do PIASC com outros componentes curriculares). Talvez eu seja um dos mais pessimistas em relação a isso. (P04).

Se for resumir numa palavra (a relação com outros componentes curriculares) é inexistente. Muito pouco. Estou tentando lembrar de alguma coisa, mas ainda é pouquíssimo, até porque é tudo muito novo. (P05).

Hoje, eu acho que é a gente que tem que falar uma linguagem comum, ter uma interlocução com os outros professores de Saúde Coletiva para justamente evitar essas sobreposições (de conteúdos) para que pudéssemos ter uma fala que seja realmente capaz de dar ao alunado uma diferença em sua formação. Normalmente, as reuniões têm uma excelente participação dos professores de PIASC, sentimos falta dos outros professores de Saúde Coletiva presente para que se tenha discussões mais amplas. (P02).

A resistência ao PIASC pode expressar uma concepção ideológica, por parte de alguns docentes, de contestação à Saúde Coletiva, campo que, conforme Paim e Almeida-Filho (2014), produz conhecimentos de saúde, que visa compreender os determinantes sociais, bem como as práticas sociais e comunitárias orientadas à sua promoção, à prevenção e ao cuidado com agravos e doenças, não apenas dos indivíduos, mas da coletividade. Tais docentes, em contrapartida, privilegiam o modelo biomédico curativo de atenção assistencialista à saúde e o atendimento centrado em clínicas e hospitais, e, conseqüentemente, no contexto formativo, resistem às práticas pedagógicas inovadoras interdisciplinares com o foco no social, como as concebidas pelo projeto do PIASC.

Todavia, essa resistência pode ser fruto do desconhecimento e da falta de reflexão do coletivo de professores sobre a proposta do PIASC e sua importância para a formação integral, humanística e ética dos profissionais dos diversos cursos, o que revelaria o não investimento do departamento e dos colegiados na formação dos docentes para assumirem o sentido estruturante e estratégico do PIASC. Os professores precisam conceber o ensino como um projeto coletivo, ampliando as fronteiras do conhecimento, aproximando as especificidades, de modo a colaborar com suas ações na prática. Nesse sentido, Pimenta e Anastasiou (2014) destacam que:

os saberes do conhecimento específico da área de formação, de sua atuação profissional, de seu campo de pesquisa revestem-se de novas perspectivas, quando confrontados com os demais colegas de outras disciplinas. Por isso, faz-se necessário pensar as disciplinas no contexto de um quadro teórico-prático global no que se refere ao campo a que pertence e enquanto um quadro teórico-prático parcial de um processo de formação profissional. Esse é um exercício a ser construído coletivamente pelos integrantes dos cursos superiores, na definição do projeto político pedagógico institucional e no desenvolvimento do curso, representando uma possibilidade de superar a fragmentação curricular (PIMENTA; ANASTASIOU, 2014, p.218).

A desarticulação entre os professores dos componentes básicos e específicos é explicada, por dois participantes, por razões objetivas, como ilustra o depoimento:

Eu acho que é a possibilidade de encontro, de grupos de estudo, e eu acho que aí tem uma questão de carga horária docente! Porque assim, se você contabilizar na UNEB, não é todo mundo que é D.E. [dedicação exclusiva]. A grande maioria são 40 horas, isso influencia os professores terem uma carga horária 'x' para cá. É diferente um professor D.E. Dentro da minha carga horária, eu poderia fazer um grupo de estudo, entendeu!? Essa é a diferença básica, porque o professor D.E. ele está aqui, na dedicação, ele não tem outras coisas para fazer de trabalho [...]. O professor de 40 horas tem outras obrigações, até mesmo porque o salário é menor, então isso é uma coisa que eu acho que dificulta. (P03).

Embora os elementos apontados pelo participante requeiram atenção e enfrentamento, por parte dos gestores e docentes, eles não justificam a falta de práticas interdisciplinares e de grupos de estudo entre os docentes e um maior investimento no processo de ensino-aprendizagem. Independente do regime de trabalho, os gestores e os docentes precisam compor uma equação que coloque em equilíbrio o bem-estar dos docentes e o compromisso ético e social com a formação de profissionais de saúde.

Tentativas de articulação entre os docentes do PIASC e dos demais componentes curriculares vêm sendo adotadas, mas são percebidas como insuficientes. Há um movimento dos professores do PIASC para superar a falta do alinhamento curricular de conteúdos programáticos dos componentes da área da Saúde Coletiva, como ilustram alguns depoimentos:

Nós temos hoje a área da Saúde Coletiva; ela é uma área grande. Então, a gente sabe que, provavelmente, existam repetições, inclusive de conteúdos programáticos de disciplinas como Comunicação e Saúde, Estudos Sócioantropológicos, Políticas. Vamos dizer que existe um elenco de sobreposição. Bom, pensando nisso, o que que a gente pensou: vamos arrumar primeiro nossa casa, por isso essa discussão do conteúdo programático, para depois como a área o coordenador chamar. (P02).

Então, isto é uma vontade, a gente tem. Na verdade, isso é o eixo do projeto pedagógico, que nós tentamos implantar, mas que, se eu falar com você que está implantado, eu vou estar mentindo. São tentativas o tempo todo, tentativas de a gente, por exemplo: cada professor do PIASC é representante de um colegiado. Então eu sou representante aqui do colegiado X, e a gente está o tempo todo discutindo essas relações que existem. (P03).

Uma das coisas que a gente fez foi montar uma comissão aqui dentro da universidade para que a área básica e a área de saúde coletiva dialogassem buscando essa mudança. Barramos algumas disciplinas que não aceitaram mudar sua carga horária, nem mudar seus dias de ministrar aula. Então, a gente vai se esbarrando porque falta justamente, na minha opinião, uma discussão mais ampla que talvez acontecesse em nível de departamento. Eu espero que a partir desse momento que estamos começando a rever os currículos, possamos avançar nessas discussões, mas ainda são limitações que a gente tem. (P02).

Então, já existe uma movimentação, mas acho que é uma movimentação insuficiente. Talvez fosse importante fazer aqui um colóquio, um seminário, um encontro sobre essa perspectiva pedagógica. (P04).

Os depoimentos destacam como elemento fundamental do papel docente a transformação do contexto, que pressupõe um trabalho colaborativo. Para Nóvoa (2009, p.41), “a complexidade do trabalho escolar reclama um aprofundamento das práticas de colaboração e a consolidação de equipes pedagógicas. A competência coletiva é mais do que o somatório das competências individuais”. Esse pensamento do autor referente à escola pode, evidentemente, ser transposto para o contexto da universidade. Apostar nessa direção, constituindo comunidades de reflexão e transformando as práticas, é uma responsabilidade dos docentes, mas, também, dos gestores dos diversos níveis e instâncias dessas instituições. Essas comunidades têm se configurado como espaços de (re) elaboração e reflexão, ancoradas no compromisso com a inovação de ideias e com a produção de pesquisas sobre o processo de ensino e de aprendizagem. Seus pilares são estabelecidos na relação dialógica, na partilha das experiências e dos saberes acerca de questões do seu contexto prático educacional e das possíveis contradições existentes no mundo do trabalho, no sentido de trilhar caminhos para a construção coletiva de projetos que desafiam o crescimento pessoal e profissional dos estudantes e, também, dos docentes (NÓVOA, 2009).

No que tange à frágil integração dos docentes do PIASC entre si, todos os participantes estão de acordo de que ela existe e que contribui significativamente para o descompasso entre a proposta político-pedagógica desse componente e a sua concretização no processo formativo, como ilustram os depoimentos:

Eu vi professores que estavam fazendo coisas tão diferentes entre si [no PIASC], mas não diferente porque o conteúdo era diferente ou porque a atividade tinha natureza diferente; diferente, acho que na proposta, na concepção mesmo! E aí minha pergunta é: será que aqueles professores têm o mesmo pensamento sobre o componente disciplinar [PIASC]!? Eu tenho certeza que não! Eu tenho certeza que não! E aí minha pergunta é: não existiu um mostra de professores do PIASC? Não tem, não tem. As coisas ficam muito no campo do discurso; tem a reunião, se pauta isso, a pessoa abre a boca e fala isso, “eu acho, isso e isso”, existe uma ata, a ata se fecha, todo mundo assina e pronto, arquiva a ata. Não existe uma coisa sequenciada, um responsável para poder compilar aquilo que se está dizendo, não existe; isso é uma coisa que por sua pergunta, agora, eu estou vendo que é importante. (P04).

Primeiro, eu acho que a gente só vai conseguir se a gente se integrar... A gente está fazendo ações isoladas, eu fui semana passada para o distrito de Pau da Lima, conversar com a equipe responsável pelo PSE (Programa de Saúde Escolar). E foi muito boa a reunião e tal; mas, observe, é uma ação isolada da professora X e do professor Y, que foram para essa reunião. Para o distrito, a gestão do distrito, tem que ser um grupo integrado do PIASC. Como é que a gente vai querer integração? A gente primeiro arruma nossa casa, a gente tem que se integrar, depois que a gente se integra dentro da nossa casa, aí a gente vai ter condições de fazer essa integração, esse composto do distrito, e as unidades serão pernas disso. (P01).

Essa fragilidade se manifesta na incoerência e na inconsistência das práticas pedagógicas, reduzindo o potencial formativo da experiência do PIASC, para os estudantes e

para os docentes. Relaciona-se com o caráter conservador do ensino universitário, ainda prevalente na academia, marcado pela lógica disciplinar, intelectualista, transmissiva de conteúdos dogmatizados, concebidos como verdades inquestionáveis, e pela avaliação somativa, tendo como base os pressupostos da ciência moderna positivista. Tal paradigma, por um lado, trouxe contribuições relevantes para a humanidade; por outro, “tornou a organização do conhecimento acadêmico refém de seus princípios” (CUNHA, 2005, p.18).

Dentre os princípios deste paradigma, considerando os interesses deste estudo, destacamos: a desconfiança sistemática das evidências da nossa experiência imediata, cuja consequência primeira é a desqualificação do conhecimento do senso comum que decorre dessas evidências; a crença de que o conhecimento avança das ideias para as coisas (dedução) e não das coisas para as ideias (indução); a concepção de que o conhecimento (científico) é causal e visa à formulação de leis, a partir das regularidades observadas, e da prevenção de comportamentos futuros dos fenômenos; o interesse prioritário em conhecer a mecânica das coisas, em detrimento do agente ou da finalidade das coisas (SANTOS, 2008). Essas e outras características deste paradigma, que repercutem fortemente na prática docente, quer se tenha consciência ou não, são hoje fortemente questionadas no seio das próprias ciências que lhes deram origem e, ainda mais, no âmbito das ciências humanas.

A frágil integração entre os docentes do PIASC é percebida por dois participantes como natural, em função de ser uma experiência recente:

É um componente novo, é um componente ainda que na minha opinião não tem uma cara completamente formada, eu não diria que nem está na puberdade, está na pré-puberdade, então assim, precisa muito que caminhar e conhecer. (P02).

[...] O PIASC é novo, os professores que dão o PIASC são novos. Eu acabei de fazer três anos na UNEB. Então é tudo muito novo, mas eu espero, inclusive, essa discussão que está tendo em Saúde Coletiva, que é para a gente rever o programa de PIASC. Eu acho que quando a gente tiver uma clareza maior, [...] aprimorar algumas coisas, vai permitir estabelecer essa ponte mais efetivamente. (P05).

É compreensível a tentativa desses participantes de justificar as próprias limitações, mas considerando que não se trata de encontrar culpados, e sim de identificar os fatores que podem fragilizar, desqualificar e enfraquecer uma proposta político-pedagógica com grande potencial de contribuir para a formação de profissionais de saúde humanistas, éticos e comprometidos socialmente, independente da área em que escolham futuramente atuar. É mister entender que essa integração consciente, reflexiva e crítica entre os docentes é fundamental e deve ser oportunizada a partir da entrada do professor no componente, o que

naturalmente pressupõe dar a conhecer e compreender os princípios, os valores, a perspectiva pedagógica, a estrutura de funcionamento, bem como a história do PIASC nessa instituição.

Superar a desarticulação docente, em outros termos, o isolamento pedagógico, pressupõe uma lógica curricular que adote os problemas complexos da prática como elos dos seus componentes, uma abordagem interdisciplinar para sua compreensão, assumindo, portanto, um forte compromisso com a formação de profissionais. Isto, por sua vez, pressupõe uma reflexão coletiva sobre o próprio conceito de profissional. O termo profissional se refere a uma pessoa que integra o coletivo de uma profissão, desenvolve uma atividade intelectual de natureza altruísta, que se expressa na forma de serviços à coletividade, graças a uma formação inicial específica em instituição universitária (CARBONNEAU, 2006), a qual, de acordo com Tardif (2014), deve ter como fio condutor a reflexão e a compreensão de situações complexas do contexto do campo profissional objeto da formação. Com bases nos saberes e competências construídos na formação inicial e continuada, o profissional exerce de forma autônoma, responsável e ética sua prática, portanto, com profissionalismo, mediante a autorização e a vigilância de uma associação que impõe um código de ética e zela pela imagem da profissão.

Esse conjunto de características evidencia que o profissional não é um sujeito que domina apenas teorias e técnicas, nem está preocupado exclusivamente com seus próprios interesses, submetido à lógica do mercado. Ele, antes de tudo, é guiado pelo profissionalismo e pelo altruísmo, o que não exclui cuidar de seu próprio bem-estar, criando condições justas de trabalho. Portanto, sua atuação não pode prescindir do engajamento pessoal e da autonomia, ancorada no compromisso moral com a comunidade, com seu desenvolvimento profissional, permitindo a ele compreender a realidade e o seu contexto, seu propósito e papel social (CONTRERAS, 2003).

Epstein e Hundert (2002) identificaram, a partir da revisão de trabalhos produzidos entre 1966 e 2001, sete dimensões do profissional de saúde. A primeira dimensão é a cognitiva, abrangendo conhecimentos básicos, habilidades de comunicação, gestão da informação, aplicação do conhecimento para situações do mundo real, que envolve ainda o conhecimento tácito, a capacidade de resolução de problemas, a autogestão de novos conhecimentos, a identificação de lacunas do próprio conhecimento e a aprendizagem a partir da experiência. A segunda dimensão é a técnica, que se relaciona com o desenvolvimento de habilidades específicas da profissão de saúde. A terceira é a dimensão integrativa, que possibilita a articulação dos aspectos científicos, clínicos e humanistas, utilizando o raciocínio clínico de forma estratégica (hipotético-dedutivo, reconhecimento de padrões, conhecimento

produzido), interligando os conhecimentos básicos e profissionais e a capacidade de lidar com a incerteza. A quarta dimensão é determinada pelo contexto de trabalho, o uso adequado do tempo etc. A quinta é a relação orientada para a habilidade de comunicação, para o trabalho em equipe e para a administração de conflitos. A sexta dimensão contempla os aspectos afetivos e morais na produção de cuidado com usuários, no respeito e na tolerância, assim como na responsabilidade individual e social do profissional. A sétima dimensão diz respeito aos hábitos da mente. Consiste na observação do próprio pensar, sentir e agir, bem como da criticidade e da disposição para reconhecer e corrigir o próprio erro.

Os participantes, mesmo quando denunciam a frágil articulação entre eles, não revelam o que poderiam fazer juntos, não parecem ter consciência do sentido e do potencial da reflexão coletiva sobre a prática, ainda mais quando essa prática é desafiadora e sua concepção segue na contramão da cultura acadêmica disciplinar e tecnicista, que separa e hierarquiza teoria e prática, hierarquiza as profissões da área de saúde, hierarquiza a relação professor e estudantes.

Em síntese, o profissional de saúde, nessa perspectiva, independente do espaço que atue e da especialização que assuma, precisa integrar de forma consistente, uma postura autônoma, humanista e educativa. No que concerne à autonomia, o profissional de saúde toma decisões individuais e coletivas, considerando a complexidade e as contradições dos contextos sociais nos quais estão inseridas suas práticas de saúde, sendo capaz de gerir com autonomia o seu processo de aprendizagem ao longo da vida. Na postura humanista, o profissional de saúde valoriza as relações, é capaz de estabelecer um olhar sensível para as necessidades e os direitos humanos, consciente de que a proteção, a prevenção, a promoção e o cuidado produzem saúde individual e coletiva. No que tange à terceira dimensão, o profissional de saúde educador concebe que a saúde, seja a prevenção, a promoção ou a assistência terapêutica, depende não apenas de sua expertise e competência, mas fundamentalmente da compreensão do usuário de seus serviços (não mais ‘paciente’) acerca dos problemas que lhe afligem e do sentido das prescrições e técnicas por ele adotadas. Nesse sentido, seu atendimento envolve não apenas o diagnóstico da situação, a identificação das práticas a serem prescritas, mas a atitude de sensibilização e convencimento, a partir dos conhecimentos prévios do senso comum dessas pessoas, relacionando-os com os conhecimentos científicos pertinentes ao caso, em linguagem acessível, conquistando, dessa forma, a adesão para o seu tratamento. Essas últimas ações configuram a postura do profissional educador, comprometido com a aprendizagem construtiva e significativa, portanto, para toda a vida dessas pessoas. Um profissional que assim age estabelece relação de respeito à vida e à

dignidade do outro, independente de sua condição econômica e social, e não uma relação de poder autoritário que pressupõe que o ‘paciente’ vai seguir o prescrito baseado na autoridade do seu saber. A formação de tais profissionais pressupõe a vivência cotidiana de um processo formativo e de relação professor-estudantes, baseado nessas mesmas características que se deseja desenvolver.

Outro aspecto que corrobora a inferência acerca do descompasso entre a concepção e a concretização do processo formativo do PIASC é a discrepância entre a perspectiva de formar profissionais de saúde críticos, reflexivos e comprometidos com a atenção básica e o ensino transmissivo que dissocia e hierarquiza teoria e prática, registrada por três participantes:

Eu vejo que o PIASC está à beira de se transformar em uma disciplina muito mais teórica do que prática. E isso seria sair completamente do trilho e a gente precisa retomar, refletir para que a gente possa fazer de forma diferente, para que o PIASC possa ser um exemplo para os demais professores do departamento de outras disciplinas, um modelo. Que algumas questões do PIASC possam ser reproduzidas em outras disciplinas. Que eles possam, até inclusive, desconstruir algumas coisas a partir da experiência nossa, do PIASC. [...] Eu acho que o PIASC, a proposta do PIASC é excelente, eu acho que a gente precisa é ajustar, precisa ter um ajuste para que ele tenha a cara daquilo que de fato ele foi pensando, porque ele está saindo dos eixos. Aliás, ele saiu dos eixos, aqui tinha um eixo e ele saiu desse eixo. (P01).

Houve uma mudança na composição do grupo que leciona PIASC, com a entrada de novos professores, e alguns têm uma postura conteudista e toda vez na reunião eu digo que o PIASC não é algo teórico, o PIASC não é uma disciplina para estudar o SUS e tal. Sim, a gente estuda os SUS, principalmente no primeiro semestre, nas primeiras aulas, não tem como não discutir, mas o objetivo não é esse. [...] É o perigo que o PIASC passa agora, está uma coisa muito forte, conteúdos e os conteúdos têm que ser trabalhados, e isso jamais foi a ideia que seria o PIASC, se não vira uma disciplina como outra qualquer, e não desmerecendo as outras disciplinas, porque claro que são importantes, elas são importantes e insuficientes, da mesma forma que o PIASC sozinho seria insuficiente, mas o PIASC sozinho cumpre um papel de suprir uma série de coisas que os componentes como estão sozinhos não vão dar conta (P05).

Os depoentes revelam a prevalência, no componente curricular PIASC, de um modelo educacional pautado na visão intelectualista, cujo ensino está centrado na transmissão e na reprodução de conhecimentos e na prescrição de habilidades, que se aproxima mais da formação de técnico que de profissionais, os quais, por definição, são capazes de colocar em ação, de forma autônoma, saberes, competências, atitudes e valores para lidar com as situações inusitadas do campo profissional. Tal ensino, em geral, desarticulado do contexto da prática profissional, não promove o desenvolvimento de competências, de atitudes e valores e induz à memorização e à acumulação de conteúdos, destituídos de sentido para os estudantes e, conforme Langaná (1986), dificulta a integração ensino-serviço. Essa concepção de ensino persiste até hoje, mesmo com o avanço das proposições legais e das teorias no âmbito da Pedagogia Universitária, o que é compreensível considerando a ausência de políticas e de programas relacionados à formação pedagógica, inicial ou permanente, do docente

universitário. Dessa forma, as propostas de transformação nos currículos e no ensino de saúde não enfrentam a formação dos docentes e, por conseguinte, têm dificuldades de se concretizarem na prática e de ultrapassar a resistência dos professores a adotar novas metodologias de ensino-aprendizagem (KOIFMAN, 1998; FEUERWERKER, 2002).

O ensino superior em saúde, especificamente o ensino médico, segundo Mamede (2008, p.43) tem sido criticado quanto à sua capacidade de cumprir as finalidades gerais de seus programas, que deveriam ser "desenvolver, no estudante, o potencial intelectual, a capacidade de análise, julgamento e avaliação crítica, a habilidade para resolver problemas, o raciocínio crítico, a abordagem criativa e inquiridora". Além desses aspectos cognitivos, deveria promover a formação de profissionais autônomos, ou seja, capazes de recorrer aos saberes construídos para resolver situações inusitadas da prática, profissionais humanísticos e profissionais educadores. Em outros termos, capazes de provocar reflexão e ressignificação de representações, atitudes e práticas dos usuários dos serviços. Também pressupõe o desenvolvimento da reflexão e do autoconhecimento, o desenvolvimento de competências relacionais, a construção de valores e atitudes. Não caminhar, simultaneamente, nessas duas perspectivas, cognitivas e atitudinais, impacta negativamente na formação dos profissionais, reduzindo sua condição de se adaptar ao contexto de mudanças e incertezas e, conseqüentemente, além de enfraquecer seu papel proativo na prevenção, promoção e humanização da saúde.

Refletindo sobre essa perspectiva, Lucarelli (2004) considera que as instituições universitárias ainda tendem a trabalhar todas as disciplinas como essencialmente teóricas, considerando os momentos dedicados às práticas como a mera aplicabilidade dos conteúdos, sem proporcionar uma relação dialética da teoria e da prática no desenvolvimento de suas atividades.

Dessa forma, os saberes disciplinares são supervalorizados na academia e os professores acreditam que exercer a docência universitária é ministrar nas salas de aula verdadeiras conferências, cujos conteúdos os estudantes devem aplicar literalmente na prática, em momento posterior. Todavia, a teoria e a prática são elementos que se implicam numa relação dialética. A prática não deveria ser vivenciada após o acesso à teoria, pois, conforme Montero (2001, p.159), "*el conocimiento práctico es aquel que los profesores extraen de las situaciones del aula y de los dilemas prácticos a los que se enfrentan al desarrollar su trabajo*". Portanto, o ensino deveria partir de problemas concretos da realidade, das questões ligadas ao campo profissional, sobre os quais os docentes e os estudantes se debruçariam, interrogariam, buscariam aportes teóricos para ampliar sua compreensão e tomar decisões,

retornariam à prática e refletiriam sobre suas produções e intervenções. Esse processo dialético possibilitaria tanto o desenvolvimento de competências complexas, necessárias à atuação profissional, quanto à construção de conhecimentos e saberes de forma autoral e colaborativa (RAMALHO et al., 2004).

Entretanto, diferentemente dessa lógica apresentada pelos autores, percebe-se, no depoimento a seguir, uma clara dissociação entre a teoria e a prática, entre a sala de aula da universidade e o contexto prático:

A aula hoje tem que ser diferente. É isso que tem que mudar, sabe. É isso que tem que mudar, a aula, e isso é o difícil, porque a aula não pode ser mais naquele formato anterior, em que o professor entra, despeja e sai. O ensino, ele tem que mudar. E aí, nessa modificação, o que vai diferenciar o professor do PIASC é que ele vai para a prática. Mas, os momentos de concentração [em sala de aula] vão ser os mesmos, eles devem ser da mesma maneira. (P03).

Esse depoimento tem o mérito de evidenciar uma compreensão bastante comum entre os docentes universitários, dentre os quais aqueles da área de saúde, por isso mesmo merece uma reflexão. Grande parte dos professores da área da saúde possui a teoria implícita de que as aulas universitárias devem ser essencialmente teóricas e que aquelas que ocorrem nos laboratórios de Anatomia, Fisiologia etc., assim como as visitas de campo e estágios em hospitais, clínicas, unidades de saúde e comunidade, são essencialmente práticas.

A sala de aula não pode ser apenas um espaço de recepção passiva da teoria. Precisa ser espaço de construção do conhecimento, o que só é possível se for palco de desafios da prática, capazes de suscitar as teorias, que desta forma passam a fazer sentido e podem ser efetivamente apropriadas pelos discentes nos contextos da prática. Por sua vez, o campo da prática só é formativo, se suscitar dúvidas, reflexões e teorizações. Nesse sentido não é desejável uma separação entre estes dois elementos em nenhum dos dois contextos, embora cada um desses espaços possa tender mais para um desses elementos. Masetto (2005) afirma que a

sala de aula é espaço e tempo no qual e durante o qual os sujeitos de um processo de aprendizagem (professor e alunos) se encontram para juntos realizarem uma série de ações (na verdade interações), como, por exemplo, estudar, ler, discutir e debater, ouvir o professor, consultar e trabalhar na biblioteca, redigir trabalhos, participar de conferências de especialistas, entrevistá-los, fazer perguntas, solucionar dúvidas, orientar trabalhos de investigação e pesquisa, desenvolver diferentes formas de expressão e comunicação, realizar oficinas e trabalhos de campo (MASETTO, 2005, p.85).

A discrepância entre a perspectiva de formar profissionais de saúde autônomos e o ensino centrado na transmissão se evidencia, também, nos depoimentos de dois participantes que informam a carga excessiva de conteúdos teóricos relacionados ao SUS, ministrada por

muitos dos seus pares. Expressa-se na ênfase dada aos conteúdos teóricos, previamente à ida ao campo, sugerindo uma visão aplicacionista e não construtiva e investigativa da prática, se aproximando de uma relação teoria e prática de baixo grau de promoção da aprendizagem significativa, quando os estudantes são orientados a demonstrar e explicar a relação com da prática com os conteúdos ensinados, conseqüentemente, se distanciando da relação dialética e investigativa entre a teoria e a prática (LUCARELLI (2004).

A relação dialética entre a teoria e os desafios da prática profissional, conforme Contreras (2003, p.83), possibilita a (re)construção de saberes, contribuindo para o desenvolvimento de “competências profissionais complexas que combinam habilidades, princípios e consciência do sentido das conseqüências das práticas pedagógicas. ”

A relação teoria e prática assim concebida exige, por parte do docente, a adoção de uma concepção dialógica de ensinar, que não significa,

transferir a inteligência do objeto ao educando, mas instigá-lo no sentido de que como sujeito cognoscente, se torne capaz de entender e comunicar o inteligido. É neste sentido que se impõe a mim *escutar* o educando em suas dúvidas, em seus receios, em sua incompetência provisória. E ao escutá-la, aprendo a falar *com* ele (FREIRE, 1996, p.119).

Implica a assunção da aprendizagem compreensiva, construtiva e contextualizada em diferentes ambientes. Assim, de acordo com Libâneo (2005), o ensino em sala de aula deve implicar uma aproximação entre a teoria e a prática, o contato do estudante com a realidade, pois a construção do conhecimento da realidade supera a lógica de que teoria precede a prática ou que a prática sem reflexão não consegue atingir a teoria.

Portanto, a sala de aula do PIASC, assim como a de outros componentes curriculares dos cursos de saúde, também pode ser considerada um espaço de prática, não levando em conta apenas como prática aquelas que ocorrem no distrito sanitário e em comunidades. Em qualquer ambiente o professor tem a oportunidade explorar situações-problema, experiências e observação da realidade, trabalhando os conceitos, procedimentos e atitudes, individual e coletivamente, de forma interdisciplinar e colaborativa, buscando constantemente desafiar a aprendizagem dos estudantes.

No sentido mais amplo, a formação de profissionais de saúde com competência interprofissional, técnica e científica, política, social e ética, como propõe o projeto político pedagógico dos cursos do DCV, conforme depoimentos dos próprios participantes, se esbarra em uma metodologia de ensino centrada na transmissão e na acumulação de conhecimentos, na contramão dos desafios postos na contemporaneidade, marcada por um “(...) contexto de realidade adversa, em mudança rápida e complexidade crescente, exigindo capacidade de

atualização constante e comportamento de abertura e investigação do novo e das soluções necessárias, aos diversos contextos” (ANASTASIOU, 2009, p.152).

Nesse sentido, Sobrinho (2009) enfatiza que a docência universitária deve oportunizar ao estudante o desenvolvimento da capacidade de criticar e refletir, assim como saber interpretar os significados do cenário onde vive, para além da obtenção de conhecimentos. Segundo o autor, o ensino universitário:

Deve formar profissionais competentes com amplas qualificações técnicas e capacidades e atitudes para seguir aprendendo ao longo da vida; entretanto, não pode abdicar de uma função que lhe é essencial; a formação de cidadãos, de profissionais-sociais, que contribuam para a construção da democracia fundada nos valores que são primordiais à vida em sociedade (SOBRINHO, 2009, p.25-26).

Libâneo (2005) acrescenta que essa mudança efetiva no ensino universitário só é possível se ocorrerem mudanças na organização e na gestão do curso. Ressalta que todas as atividades do docente que ocorrem nos espaços formativos devem estar em consonância com as decisões em torno do projeto político pedagógico, dos objetivos de ensino, do currículo, da didática e das relações entre professor e estudante, considerando que tanto a aula como a organização do trabalho universitário são espaços de aprendizagens.

A compreensão de que a formação acadêmica dos estudantes deve ser crítica, generalista, humanística e reflexiva advém de uma construção gradativa expressa nas novas concepções curriculares, visando sintonizar a formação dos profissionais de saúde e as políticas públicas para esta área, conforme recomendações do Ministério da Saúde e do MEC. Assim, a proposta formativa se insere “em um projeto mais amplo de sociedade, de história humana e de ação política” (FRIGOTTO, 1988, p.8), estabelecendo uma dinâmica que orienta o conjunto da sociedade à incorporação e à aplicação de novos conhecimentos.

Os dados evidenciam que prevalece o ensino transmissivo, que dissocia teoria e prática, não promovendo o desenvolvimento de competências, de atitudes e valores essenciais ao PIASC. Entretanto, diversos depoimentos indicam a emergência de um processo de transição paradigmática, expresso em proposições de práticas pedagógicas mais participativas, inclusivas, reflexivas, num processo de tentativa e erro, convivendo com a presença de concepções e práticas tradicionais, como sugerem os depoimentos:

O modelo clássico de ensino não gera a formação do profissional que a sociedade precisa. Isso é um fato que o PIASC ensina à gente, por que no PIASC não dá para você ir para frente e dar uma aula. Ou melhor, não deve ser assim, você deve utilizar outras metodologias de ensino-aprendizagem e principalmente trazendo e pescando do problema da realidade e trazendo essa discussão para sala de aula para aproximar a teoria e prática. Então, cada vez eu me convenço mais de que o PIASC me ajuda nesse sentido de ter certeza absoluta disso, tanto é que eu vou assumir

uma disciplina esse semestre, aí o que eu estou tentando fazer na sala de aula é outra coisa que não tem nada a ver com o modelo clássico de ensino. (P01).

Eu sou muito perguntadeira, viu!?! Por exemplo, chegou hoje na prática, e aí eles estão preenchendo algo, eu chego perguntando, isso aqui: botaram o NASF, o funcionário NASF, mas eles descobriram como isso aqui? Que diretriz do SUS você acha que é importante para o gestor local descobrir o que é importante para eles, para essa comunidade e outros profissionais. Então estou inquirindo eles o tempo todo; não perco a oportunidade, não fica aquela observação só pela observação, mas aquela observação porque ela é proposta para fazê-los pensar. (P02).

Fomos nos 'informantes chaves' [da comunidade] disseram para a gente 'n' problemas de saúde: falaram sobre gravidez precoce, falaram sobre a questão da sexualidade, sobre a questão da alimentação e tal, tal. Só que quando esses estudantes, principalmente do PIASC I, foram conversar com os usuários, foram fazer a territorialização, eles passaram por algumas situações, por exemplo: passar na frente da 'boca de fumo' e ter que pedir autorização para o traficante para passar para uma outra rua, ou ouvir história de vida dos usuários, nas visitas domiciliares, sobre a questão de como o filho da vizinha foi perdido pelo tráfico e morreu recentemente, na semana passada ali. Então, a gente utiliza o recurso do choque de realidade, mas também eu utilizo o recurso de voltar para sala de aula para debater aquela questão. (P04).

A aproximação com a realidade oportuniza uma aprendizagem significativa. Nesse sentido, se estabelecem relações e práticas sociais, experiências do cotidiano da saúde, capazes de fomentar o saber, o conhecer, o sentir e o agir e,

o processo ensino-aprendizagem em serviços apresenta aspectos muito diferenciados daquele efetuado em salas de aula. Quanto às relações inscrevem-se além da docente-discente, as com os usuários e a equipe de trabalho. Quanto aos conteúdos, integram-se os de caráter tecnoinformativos às questões formativas éticas, morais, psicológicas, ligadas as relações sociais aí estabelecidas (MARCELO GARCIA, 2001, p.74).

A essência da proposta do PIASC está sintonizada com as metodologias ativas e participativas, na medida em que a aprendizagem parte do contexto da prática e da resolução de problemas reais do campo da Saúde Coletiva. A estratégia adotada pelos professores do PIASC possui traços de uma abordagem de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Para Mizukami (2005, p.33), essa metodologia “é uma abordagem de ensino e aprendizagem colaborativa, construtivista e contextualizada que usa problemas da vida real para iniciar, motivar e focar a construção de conhecimentos.” Concebe a busca do diálogo e a problematização, como meios de provocar o desenvolvimento das competências cognitivas complexas, a saber: compreensiva, crítica, criativa, de tomada de decisão e metacognitiva, dentre outras. Monereo e Pozo (2009) consideram que perguntas problematizadoras exercem papel fundamental no desenvolvimento das competências cognitivas, uma vez que incentivam os sujeitos a buscarem explicações para os problemas que emergem do contexto:

A qualidade das perguntas que se formulam ao redor de uma aprendizagem influencia nos resultados obtidos. Perguntas definem tarefas, expressam problemas, definem conteúdos e impulsionam o pensamento; as respostas, por sua vez, geram

ideias, criam procedimentos e levantam outras questões (MONEREO E POZO, 2009, p.135).

A metodologia problematizadora, segundo Barbel (1995), se configura como um caminho profícuo para colocar a relação entre a teoria e a prática a favor da formação de profissionais competentes e comprometidos com a transformação da realidade, pois a partir da análise crítica da prática, de casos concretos do campo social, emergem elementos que se constituem em problemas a serem investigados. Esse processo gera um trabalho de análise que culmina na elaboração de possíveis intervenções, a fim de proporcionar soluções para o problema levantado. Essa estratégia fomenta o “raciocínio, a exploração lógica dos dados, a generalização etc. Ou seja, o desenvolvimento de habilidades intelectuais e a aquisição de conhecimentos preponderantes” (BARBEL, p.14, 1995).

Anastasiou e Alves (2004) destacam que a resolução de problemas amplia a possibilidade de compreender os elementos apreendidos em relação à realidade ou à área profissional. Nesse sentido, a abordagem desenvolvida, em algum nível, no PIASC contribui para que os futuros profissionais de saúde aprendam e deem sentido ao conhecimento, criem esquemas subjetivo-teórico-práticos que fomentem a crítica, a sensibilidade, a alteridade e o desenvolvimento de atitudes que lhes permitam compreender a realidade, por meio da experimentação, do contato com o contexto real e da vivência do trabalho interdisciplinar, colaborativo, em equipe, com diversos atores.

Adotar metodologias de ensino inovadoras, como a aprendizagem baseada em problemas, é difícil para a maioria dos professores de saúde, porque se baseiam em suposições sobre a aprendizagem, que estão em geral em desacordo com suas crenças, aquelas normalmente ancoradas sobretudo no ensino transmissivo e conteudista que aprenderam com seus antigos mestres (IRBY, 1996).

O professor que se propõe a desenvolver uma prática pedagógica com base na problematização desafiará o seu próprio saber e fazer docente, tendo que se colocar disponível a vivenciar novas experiências, a ressignificar suas crenças, seus valores, suas atitudes e práticas acerca do conhecimento, do ensino, da aprendizagem e da formação de profissional. Essa disposição implicada, por sua vez, oportuniza-lhe o desenvolvimento de saberes, atitudes e competências cognitivas complexas, como fundamentais para a atuação docente.

Em síntese, do ponto de vista formal, o redimensionamento curricular dos cursos do DCV, tomando o PIASC como elemento estruturante, aposta na formação do profissional de saúde com um perfil generalista. Preconiza a relação dialética, investigativa e reflexiva entre a teoria e a prática como ferramenta formativa de aproximação da realidade, articulando,

assim, os saberes da educação e da saúde. Entretanto, na prática, a realidade não converge para esse propósito: prevalece a desarticulação da prática docente; a desconsideração do PIASC como eixo estruturante dos cursos do DCV. O descompasso entre a concepção do PIASC e a sua concretização no processo formativo dos profissionais de saúde se expressa pelo desconhecimento da proposta do PIASC pelos diversos níveis da gestão da UNEB, pela pouca articulação entre os docentes do DCV com a proposta do PIASC, pela frágil integração dos docentes do PIASC entre si, pelas limitações de natureza curricular e administrativa, pela discrepância entre a perspectiva de formar profissionais de saúde críticos, reflexivos e comprometidos com a atenção básica e o ensino transmissivo. Todavia, conforme apontam alguns participantes, há indícios de práticas pedagógicas mais participativas e reflexivas pelos professores do PIASC.

#### **4.1.2 A contribuição do PIASC para o desenvolvimento pessoal e da consciência social dos estudantes**

Essa inferência resulta da análise dos dados relacionados a atitudes e valores dos estudantes, referidos pelos participantes, de forma unânime, a partir da experiência no componente curricular. Esses dados apontam o perfil dos profissionais de saúde almejado pelos participantes, expresso nos depoimentos a seguir:

Eu vejo que os profissionais de saúde, além de ter um domínio específico de sua área de formação, precisam, também, durante o processo de formação, desenvolver competências e habilidades nas relações interpessoais. Então eles precisam ser bons comunicadores, trabalhar os valores humanísticos, os aspectos éticos que perpassam pelo exercício profissional a vida toda. (P01).

A característica principal que a gente busca hoje é um profissional mais humanizado, um profissional que tem um desenvolvimento, do que a gente chama, de tecnologias leves, seria uma busca da escuta, do acolhimento, do vínculo. [...] importância dessa escuta, de parar e se comprometer no sentido de promoção de saúde e não apenas ficar nas práticas assistenciais. (P02).

Acho que o principal é o trabalho em equipe. O profissional da saúde hoje tem que ter um conhecimento, que não abrange apenas sua área específica, tem que ser um conhecimento muito mais amplo. (P03).

Cabe destacar que as competências necessárias aos profissionais de saúde elencadas pelos participantes do PIASC, de certo modo, estão alinhadas com os pressupostos das DCN dos cursos de saúde. As competências mais valorizadas para a formação profissional foram as que estão envolvidas com a humanização e a ética do trabalho em saúde, especialmente no que concerne ao diálogo, ao cuidado, ao respeito ao outro e à solidariedade; a interprofissionalidade como aspecto fundamental que orienta os distintos profissionais através

da integração de saberes e da colaboração; e a Educação Permanente em Saúde. Entretanto, para além da problematização, não avançam em estratégias docentes capazes de promover a reflexão, a sensibilidade e outras atitudes apontadas como necessárias aos profissionais de saúde em formação. Em outros termos, vários depoentes apontam características fundamentais dos profissionais de saúde, mas revelam pouco conhecimento e reflexão sobre os caminhos capazes de promover o desenvolvimento dessas características durante o processo formativo. A compreensão desses caminhos pressupõe um processo de reflexão coletiva dos docentes e a busca de conhecimentos do campo pedagógico que possibilitem essa trajetória de forma mais consistente e saudável para os docentes e para os discentes.

Outras competências básicas preconizadas pelas DCN para os profissionais de saúde, a exemplo da tomada de decisões, da liderança e da capacidade de administração e gestão de serviços não foram referidas pelos participantes. As DCN mencionam que os profissionais de saúde devem estar aptos a tomar decisões, ter iniciativas e assumir posições de liderança na equipe de saúde, sempre tendo em conta atitudes como o compromisso, corresponsabilidade, colaboração e empatia, assumir a gestão e o gerenciamento da equipe de trabalho, dos recursos físicos e materiais e da informação em saúde (BRASIL, 2001).

Na compreensão dos depoentes, o desenvolvimento dessas competências decorre das interlocuções estabelecidas com diversos atores, entre eles: professores, usuários, profissionais de saúde e gestores do sistema de saúde, que estimulam um maior engajamento do discente com o contexto social, possibilitam que os futuros profissionais de saúde aprendam a atuar no SUS com compromisso social, postura crítica e desenvolvam autonomia e competências requeridas para o futuro profissional de saúde.

O PIASC hoje dá conta de mostrar para o aluno, em lócus, os determinantes sociais de saúde. Ele vai ver lá a pobreza, a miserabilidade do paciente, ele vai fazer aquela visita a domicílio no território. Ele vê os problemas que interferem na saúde daquela comunidade. Ele ouve o discurso do usuário, ele ouve o discurso do profissional de saúde que, muitas vezes, está insatisfeito com seu próprio processo de trabalho. Ele percebe que dentro de uma mesma unidade ele tem profissionais que fazem com disposição, tem profissionais que fazem o mínimo, apenas, e que poderiam fazer mais. (P01).

Um das competências fundamentais que a gente identifica no trabalho com o PIASC é a questão da capacidade de crítica social. A questão da criticidade. A maneira como a gente pretende fazer com o estudante, de maneira interdisciplinar possibilita pensar a realidade social e criticá-la à luz de como ele a vê, na prática, e não necessariamente com ele vê na teoria. De certa forma, se você coloca o estudante para ver a realidade só na teoria, ele tem uma capacidade crítica muito limitada, porque ele vai ver aquela realidade por um prisma já tratado por uma outra pessoa. Quando ele vê na prática, ele tem a oportunidade de reconstruir esses pensamentos [...]. Outra questão é a capacidade de trabalhar a própria autonomia do sujeito, essa questão de como se gesta os problemas de saúde, como eles são desenvolvidos, como eles são reproduzidos e de que maneira deve se trabalhar a autonomia do sujeito? A partir da prática em saúde, a gente acredita que através da prática interdisciplinar e não a prática completamente voltada para o desenvolvimento da técnica, e eu acho, de outra forma, assim, o estímulo à participação nos processos de decisão na

sociedade, acho que o PIASC vem estimular uma competência mais atitudinal, fazer com ele tenha atitudes, seja na participação no movimento social, seja de uma maneira mais engajada no processo de construção da reforma curricular da universidade, seja com o envolvimento dele no processo mais próximo da gestão; a gente sempre estimula isso no PIASC também. Então, criar um pouco esse panorama mais participativo; o estudante participe mais, não seja aquele reprodutor das práticas. (P04).

Conforme assinala Pozo (2009), estamos vivendo na sociedade da informação, do conhecimento múltiplo e incerto e da aprendizagem contínua, portanto, não é suficiente para os futuros profissionais aprenderem apenas conteúdos teóricos do seu campo de atuação. É necessário desenvolver atitudes e competências, não só para adquirir de forma autônoma conhecimentos que possam necessitar no exercício profissional, mas, também, para gerar novos conhecimentos. O que significa implementar um ensino voltado para a compreensão, a ressignificação e a emancipação dos estudantes, futuros profissionais. Contudo, orientar a aprendizagem nessa perspectiva requer do professor investir no desenvolvimento de competências complexas, por parte dos estudantes, o que não acontece por meio do ensino transmissivo, mas a partir de uma abordagem de ensino baseada numa relação dialética entre a teoria e a prática e entre o pensar, o sentir e o agir, fomentando o uso estratégico dos conhecimentos, de forma a permitir-lhes o enfrentamento dos problemas e a construção de soluções adequadas, em vez de se limitarem à aplicação de conhecimentos, inscritos nos compêndios, de modo rotineiro (POZO, 2009).

Entretanto, a dimensão da abordagem das práticas docentes, no caso em estudo, parece ser subsumida à concepção teórica e/ou política do docente acerca da questão da saúde e do papel do profissional dessa área, como se pode depreender do depoimento a seguir:

As duas principais que eu destaquei, a humanização e a ética, estão contempladas no PIASC. Obviamente, isso depende muito da abordagem que o docente dá. Um docente que tem mais ou menos a mesma linha de pensamento que eu tenho, não importa que componente curricular que ele leciona, mesmo que seja altamente técnica, estritamente científica, ele vai estar sempre trazendo elementos de reflexão sobre essa dimensão ética e humana, mas, é possível que algum professor de PIASC esteja tão deslumbrado pelos conceitos e estratégias da saúde coletiva que esqueça de trabalhar isso. (P05).

Os conteúdos, desvinculados dos conhecimentos prévios dos estudantes, descolados dos problemas do contexto e da possibilidade de estudantes buscarem soluções, tornam-se sem sentido, não concorrem para a formação de profissionais reflexivos, autônomos e humanistas, conforme destaca Zeichner (2003):

Os educadores precisam conhecer sua disciplina e saber transformá-la de modo a ligá-la àquilo que os alunos já sabem, a fim de promover maior compreensão. (...) Os educadores também precisam saber explicar conceitos complexos, coordenar discussões, avaliar a aprendizagem do aluno, controlar a sala de aula, e assim por

diante. Vincular a reflexão do professor à luta pela justiça social significa que, além de assegurar que eles tenham a matéria e a experiência pedagógica necessárias para ensinar de modo coerente com o que atualmente sabemos sobre como os alunos aprendem (...) devemos garantir que sejam capazes de tomar decisões no dia a dia, que não limitem desnecessariamente as oportunidades na vida dos alunos, que tomem decisões em seu trabalho com mais consciência das consequências potenciais das diferentes escolhas que fizerem (ZEICHNER, 2003, p.47- 48).

Há necessidade de delinear um ensino voltado para o desenvolvimento de “uma atitude de compromisso, de compromisso com um projeto pessoal de aprendizagem ao serviço de um projeto pessoal de profissão, e que neste nível faz de quem o pratica um estudante ativo e presente [...] para criar condições e a qualidade da formação que recebe” (TRILLO, 2000, p.245).

Para oportunizar um ensino capaz de contribuir para o desenvolvimento de saberes, competências e atitudes dos estudantes, futuros profissionais de saúde, referidas anteriormente, os professores que atuam em um componente dessa natureza precisam também possuir atitudes e competências, como: capacidade de lidar com desafios e frustrações; capacidade de problematizar e provocar reflexões e mudanças de atitudes e concepções nos estudantes, como atestam os depoimentos:

Ele precisa ser um pouco ‘porra louca’, certo? Não pode ser aquele cara quadradinho, careta, todo certinho, todo organizadinho, todo metódico. Não funciona, porque, justamente, é um dos choques que os estudantes sofrem é descobrir que esse trabalho que tem que lidar com o imprevisto, com o desconhecido, com o novo o tempo todo, e você não pode ser rígido, porque nós planejamos assim, então tem que ser desse jeito, não pode ser daquele, tem o tempo todo que estar se adaptando à realidade, porque é totalmente diferente de uma disciplina que é dada aqui dentro da Universidade. Uma disciplina aqui dentro depende de quem? Do professor e alunos. O professor entra e os alunos estão sentados, ele liga o Data Show, ele dá sua aula e vai embora. Não envolve um terceiro elemento. No PIASC ele envolve o 3º, 4º e 5º elemento. Envolve a equipe da saúde, a gerência da Unidade de Saúde, às vezes a equipe quer e a gerência não quer e vice-versa, envolve lideranças da comunidade, envolve as organizações que existem na comunidade que a gente busca fazer contato e parceria e envolve as gangs de traficantes, pois quando eles decidem que hoje vai fechar tudo e a gente sai do campo, vai embora. Então, é outro elemento que a gente não vê diretamente, mas que influência o nosso trabalho. (P05).

Também aprendi a lidar com essas frustrações. Também não tenho pretensões de ser popular, não tenho pretensões de ter 100% de aprovações, não tenho pretensões de que todo mundo vai gostar de meu trabalho, mas tenho a pretensão de contribuir para a formação de vocês. Isso eu tenho, mas nem isso a gente consegue 100%. (P05).

À guisa de conclusão acerca da inferência da contribuição do PIASC para o desenvolvimento pessoal e da consciência social dos estudantes, todos os depoentes a corroboraram, especialmente no que concerne à conduta de maior atenção à saúde pública, ao respeito às instituições e às ações que envolvem a cidadania, a diversidade humana, cultural e social. Em síntese, a experiência no PIASC é percebida pelos participantes como propulsora da capacidade dos estudantes para atuar no SUS com competência técnica, compromisso

social, postura crítica e autônoma. Entretanto, a despeito de apontarem características fundamentais dos profissionais de saúde com vistas a essa atuação, todos revelam pouco conhecimento e reflexão sobre os caminhos capazes de promover o desenvolvimento dessas características durante o processo formativo. Assim, para além da problematização, não avançam em estratégias docentes capazes de promover a reflexão, a sensibilidade e outras atitudes apontadas como necessárias aos profissionais de saúde em formação.

### 4.1.3 O prazer e a dor de ser docente do PIASC

Essa inferência emana da análise dos dados que revelam os aspectos considerados positivos bem como os constrangimentos vivenciados pelos depoentes no exercício da docência no componente curricular PIASC. Como aspectos positivos - fontes de prazer -, os participantes evidenciaram o reconhecimento da contribuição do seu trabalho como docente para a melhoria da qualidade da saúde da sociedade, para a formação de profissionais competentes e comprometidos socialmente e a possibilidade de aprender com os pares e com os estudantes:

É ter a oportunidade de exercer uma influência muito positiva na formação dos estudantes e até mesmo na vida deles. Meus alunos, também, alguns me amam, alguns me odeiam, é bem a cara do PIASC. É também assim: aqueles que querem professor certinho, que se atenha a dar aula, todo certinho, não se identificam comigo, porque mexo com eles o tempo todo e trago reflexões e às vezes essas reflexões mexem com eles. E para mim está tudo bem: quer chorar, que chore, aqui é um bom lugar para chorar, para desabafar, não há nenhum problema com isso, mas aqueles que abraçam assim entendem a possibilidade do professor não estar naquele pedestal, aí acabam ficando amigos. O que mais me agrada é a possibilidade de fazer a diferença na vida desses jovens. [...] Eu acho que tem que ser alguém [professor] que tenha prazer em trabalhar com a comunidade, tem prazer em trabalhar com pessoas e acredite muito nessa proposta da educação em saúde. (P05) A possibilidade de contribuir, esse é meu sincero prazer, é a possibilidade de contribuir com minha sementinha, com minha gotinha de água no oceano, entendeu!? De contribuir de alguma forma na assistência dessa população. Porque a população que a gente se propõe a atender no PIASC é uma população muito pobre e que, muitas vezes, não encontra na Unidade de Saúde da Família o apoio que deveria encontrar, então é a possibilidade que eu tenho de ajudar de alguma forma. (P01).

Olhe, eu acho que o que mais gosto é da conversa entre os colegas; é, nós temos, pelo menos é como eu me sinto, é antenada com todos os colegas, independente da disciplina; existe uma afinidade pessoal com os professores, entre os professores, assim como eu me sinto particularmente muito bem com os próprios alunos,[...] então, andar com esses alunos é o máximo, a gente se diverte, é um dia que eu encaro como terapia; fico cansada, estou de tênis, subi e descí ladeira, vi coisas que são chocantes, que geralmente só se vê em jornal, mas a gente sai com a sensação de realização pessoal. (P02).

Ah! O que agrada é este processo de aprendizagem, de ir para a prática, de voltar, de ser uma disciplina superdinâmica. (P03).

Esses depoimentos são relevantes, pois traduzem o caráter eminentemente interativo da docência, como enfatiza Tardif (2014). Assim, ensinar pressupõe relação entre docentes e

discentes e, no caso do PIASC, exige uma relação mais próxima com outros atores sociais, da Saúde Coletiva e da comunidade, com vistas à aprendizagem construtiva de conhecimentos e ao desenvolvimento de valores, atitudes, formas de ser e de se relacionar. Soares e Cunha (2010, p.27) ressaltam que:

Reconhecer a interatividade como um traço característico da docência é considerar que o processo formativo se desenvolve num contexto grupal, em que pessoas com histórias de vidas distintas se implicam mutuamente. Isso coloca, para o professor, o desafio de compreender essa trama invisível que impacta os processos de ensino e de aprendizagem e de saber orientar o grupo de alunos para compreender essas implicações, aproveitando determinados elementos relacionais que emergem como objetos de análise e de aprendizagem sobre os conteúdos e sobre os valores e atitudes. O contexto grupal deixa de ser apenas o cenário no qual se desenrola a aula e é assumido como princípio educativo, voltado para a formação de cidadãos e profissionais reflexivos, críticos e solidários segundo a vivência concreta da sala de aula. (SOARES; CUNHA, 2010, p.27)

No que concerne aos constrangimentos presentes na experiência de ensino nesse componente curricular, o aspecto destacado por todos os participantes diz respeito aos entraves postos pelos gestores e atores do Sistema de Saúde, que se repetem a cada semestre, como evidencia o depoimento:

Um nó terrível nosso é com a secretaria de saúde, porque ela é burocrática, o pessoal perde ofício. Você manda ofício, eles perdem, engavetam, esquecem e a gente nunca consegue, por mais que se peça antes mesmo de começar o semestre. A gente começa o semestre já pedindo autorização, é um problema sério... Já houve reuniões no setor lá da universidade, né! Da direção inclusive no sentido de resolver isso. E a conclusão que eu chego hoje é que a gente pode fazer mil reuniões com a Secretaria de Saúde, não vai resolver, porque existe um problema sério de comunicação entre eles. A operacionalização do setor responsável pela distribuição dos campos de prática e acompanhamento... é um trabalho muito desarticulado. (P01).

Os problemas apontados na relação com os gestores e atores do Sistema de Saúde, na visão de três participantes, traz como desafio para os docentes do PIASC uma sobrecarga de trabalho, na medida em que estes têm que se incumbir, também, da relação sistemática com os gestores e atores da Saúde Pública, para viabilizar a cada semestre o desenvolvimento das atividades práticas do PIASC, como testemunha o depoimento:

Penso porque é um desafio enorme, por exemplo, você mobilizar o gestor da unidade, você mobilizar os profissionais da unidade que muitas vezes querem fazer só o que fazem, porque quando a gente chega, a gente leva mais trabalho e muitas vezes aquele profissional não quer ter trabalho, ele quer atender os pacientes. Então a gente incomoda: trabalhar esse incômodo que às vezes a gente promove, o serviço quando o profissional não está a fim... Eu mudei três vezes de unidade porque eu não estava conseguindo fazer essa mobilização. [...] Porque dentro da própria unidade eu não consegui fazer nada, porque não houve um interesse dos profissionais para você ter uma ideia. Somente um odontólogo se interessou. Eu marquei uma reunião para mostrar para eles nossa proposta de intervenção com os adolescentes, só o odontólogo participou. Nem o gerente teve interesse, eu fiquei muito triste! [...] Fiquei dois semestres, uma dificuldade realmente para realizar, até que no terceiro semestre, eu estava em Canabrava e resolvi me aproximar do colégio para realizar um trabalho com os professores e esquecer da Unidade de Saúde da Família, porque

com ela a gente não conseguia produzir. [...] Então eu hoje digo para você que ser professor do PIASC: significa hoje você trabalhar para além do seu limite. [...] É um trabalho enorme para um professor fazer em uma disciplina. (P01)

Outro participante denuncia a falta de organização e infraestrutura da área de Saúde Coletiva, da qual o PIASC faz parte:

Está faltando articulação também, até porque nós temos na UNEB seis colegiados no DCV e surge a área de Saúde Coletiva recentemente. Me parece ainda que é incipiente, ela ainda está se firmando, ela não é algo firmado como são os colegiados. Para você ter uma noção, cada colegiado tem sua sala, tem uma infraestrutura; a Saúde coletiva não tem, então a gente perde um pouco da caracterização. (P02).

As situações referidas trazem à tona os desgastes sofridos pelos professores do PIASC no exercício da docência, o que é inaceitável, pois, conforme Zeichner (1993), a construção de um ensino reflexivo e de uma proposta formativa adequada, seguramente, deveria estar acompanhada das condições sociais de ensino e de trabalho docente. Ao analisar as diferentes concepções de professor e de sua prática reflexiva, o autor constatou a “tendência para se centrar a reflexão dos professores na sua própria prática ou nos seus alunos, desprezando-se qualquer consideração das condições sociais de ensino que influenciam o trabalho do professor dentro da sala de aula” (ZEICHNER, 1993, p.23). Certamente, essa tendência não permite ao professor transformar os aspectos estruturais de seu trabalho.

Condições de trabalho desfavoráveis produzem o que Nóvoa (2009) e outros autores chamam de “mal-estar docente”, e decorrem da escassez de profissionais, de infraestrutura e de materiais e da sobrecarga de trabalho dos existentes, gerando esgotamento físico e psicológico. Lima e Lima-Filho (2009) realizaram uma pesquisa exploratória junto a 189 professores em uma universidade federal, em que buscaram relações entre o trabalho docente, as condições em que são desenvolvidas suas atividades e o possível adoecimento físico e mental dos professores. Os autores se depararam com docentes que apresentavam exaustão emocional, além de sintomas como nervosismo, estresse, cansaço mental, esquecimento, insônia, entre outros, interferindo na qualidade de vida e na saúde dos professores.

Embora sintomas de mal-estar docente, de natureza psicológica, emocional ou física, não tenham sido relatados por nenhum participante dessa pesquisa, eles demonstraram insatisfação frente ao excesso de trabalho no componente como comprometimento da aprendizagem dos discentes e revelaram que a todo instante têm que inventar estratégias e meios para superar essas dificuldades cotidianas. Ainda que essa temática não seja objeto desta pesquisa, é fato que o mal-estar docente impacta na autoestima e nos resultados do trabalho docente.

Dois depoentes revelam a necessidade dos docentes do PIASC estreitarem a relação com os trabalhadores da saúde e gestores do distrito no entorno da UNEB:

Então a gente não pode mais ficar esperando que eles se articulem, que eles organizem o processo de trabalho deles, então eu acho que o caminho é a gente se aproximar dos gerentes e dos profissionais de saúde (os professores enquanto representantes universitários). Gerar essa aproximação, construir um trabalho coletivo à parte desse, entendeu? Mas para isso a gente precisa mostrar para esses profissionais de saúde e esse gestor as contribuições que o PIASC pode trazer para o processo de trabalho deles, porque eles não podem ver o PIASC, ou os alunos e o professor, como um peso, um empecilho, como mais um trabalho para eles. Eles têm que ver o PIASC como auxílio para a resolução de problemas que eles enfrentam como parceiros. [...] Eu acho que a UNEB deve fortalecer sua relação com o distrito Cabula-Beiru, onde a universidade está inserida, e se aproximar do distrito, da gestão do distrito e das diversas Unidades de Saúde da Família existente aqui. (P01).

Acho que o PIASC precisa se articular mais. Como o projeto é de integração, ele precisa estar completamente integrado. A gente está pensando em uma iniciativa de extensão, mas é algo insuficiente. (P04).

Dificuldades de articulação entre o ensino, o serviço e a comunidade foram identificadas por Gil et al. (2008), evidenciando baixo envolvimento das equipes da Unidade Básica de Saúde, além de dificuldades de entrosamento e diálogo entre estudantes, professores e profissionais de saúde da unidade.

Os depoimentos dos participantes 01 e 04 apostam na integração e na superação dos entraves por meio da argumentação acerca da contribuição do PIASC para o sistema de saúde. Essa perspectiva é interessante, pois a existência desses entraves do descompromisso da Secretaria Municipal de Saúde com a formação dos futuros profissionais dessa área pode, também, ser consequência da ausência da ação de comunicação, negociação e reflexão político-pedagógica com esses atores, por parte de diferentes atores da universidade, e não apenas dos docentes do PIASC. A universidade, como instituição educativa, precisa investir para que os profissionais da área de saúde em exercício assumam também um papel formador junto aos discentes. Tal investimento, a nosso ver, não significa dar-lhes curso de metodologia de ensino, mas estabelecer uma relação dialógica, no contexto da prática, ou na sala de aula da universidade, a partir do convite para compartilhar, com os docentes e discentes, reflexões e saberes sobre a experiência no sistema de saúde, sobre os desafios do SUS e sobre a formação de profissionais comprometidos socialmente, dessa forma promovendo articulação entre ensino e serviços de saúde.

A integração entre diversos atores, profissionais de saúde e gestores repercute no ensino e nos serviços de saúde. O investimento nessa integração também se expressa positivamente em ações desenvolvidas junto aos usuários e como formação continuada dos profissionais em exercício.

Construir relações sustentáveis em espaços formativos exige diálogo, ajuda mútua entre as pessoas nos contextos grupais, organizacionais e comunitários. Essa perspectiva é inspirada na Pedagogia Dialógica de Paulo Freire sobre a comunicação na Educação Popular, como meio de socialização das ideias capazes de gerar mudanças nas pessoas e relações. Assim,

O diálogo é o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo. Se ao dizer suas palavras, ao chamar ao mundo, os homens o transformam, o diálogo impõe-se como o caminho pelo qual os homens encontram seu significado enquanto homens; o diálogo é, pois, uma necessidade existencial (FREIRE, 1980, p.82-83).

Para o autor, o diálogo, quando estabelecido de uma maneira empática, promove uma reflexão que pode conduzir qualquer sujeito a um nível crítico elevado, que gera uma ação capaz de emancipá-lo em conjunto com outros. Na perspectiva Freireana, “o diálogo não pode existir sem esperança. A esperança está na raiz da inconclusão dos homens, a partir da qual eles se movem em permanente busca. Busca em comunhão com os outros” (FREIRE, 1980, p.84).

Cabe destacar que problemas burocráticos e empecilhos oriundos da gestão municipal de saúde refletem a falta de compromisso com a parceria estabelecida entre a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e o DCV/UNEB para a formação de profissionais de saúde. Evidentemente a universidade é a principal responsável pela formação, mas a atuação dos estudantes no campo da prática, ou seja, nos serviços públicos de saúde, é de responsabilidade da gestão municipal, uma vez que as Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90 estabelecem para a gestão municipal a tarefa de gerenciar o SUS, logo, também se tornaria responsável por essa formação em saúde. O problema é que, no lugar de mediar os processos formativos, a Secretaria Municipal da cidade de Salvador cria processos burocráticos que dificultam o desenvolvimento da prática do PIASC, retardando a entrada de professores e estudantes nas Unidades de Saúde do Distrito Sanitário. Não há um entendimento e um compromisso da gestão municipal com a corresponsabilidade, junto com a universidade, com o processo formativo.

O serviço em saúde não pode ser limitado a práticas de atenção, mas deve “revelar uma estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e organização de conhecimentos do setor” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.46). Dessa forma, a formação no contexto das práticas de saúde deve ir além de trabalhar conceitos científicos e habilidades técnicas, portanto, deve avançar para a reflexão sobre atitudes, frente aos usuários, de respeito e compromisso com a solução de seus problemas de saúde. “A formação

tecnoprofissional, a produção de conhecimento e a prestação de serviços pelas instituições formadoras somente fazem sentido quando têm relevância social” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.47), garantindo as necessidades sociais de saúde da população através do sistema de saúde, devendo estar aberto à interferência de sistemas de avaliação, regulação pública e estratégias de mudança.

Nessa perspectiva, a formação em saúde perpassa diferentes instâncias: a universidade, os serviços de saúde e a comunidade, por meio de um sistema organizado e eficiente, que venha a garantir uma educação de qualidade, sintonizada com os desafios da realidade e das experiências vividas no desenvolvimento do trabalho.

Diante dos impasses burocráticos, especialmente da falta de autorização da Secretaria Municipal de Saúde para o acesso às unidades de saúde, dois participantes informam estratégias de driblá-los e promover a ida dos estudantes à comunidade, como se pode perceber nos testemunhos abaixo:

Mesmo que a gente não tenha, por exemplo, o papel da Secretaria Municipal de Saúde, que demora muito para chegar nas unidades, mesmo assim eu levo para a comunidade e faço aquela conversa mais próxima com os usuários. (P04).

A solicitação era feita e a Secretaria demorava para dar esse retorno, e o que foi que aconteceu!? Os professores começaram a fazer o que costuma chamar de costurar por fora. Eu conheço o gerente, o gerente da unidade de saúde me é simpático, democrático, acessível... Eu vou conversar com ele para eu entrar com os alunos mesmo sem ofício, sem a situação formal. (P01).

Tais entraves induzem a decisões individuais dos docentes que repercutem negativamente nos estudantes, conforme registro de dois participantes.

Justamente por a gente ter percebido essas diferenças nas condutas, nas respostas diferentes pelos alunos. Por exemplo, eu vou citar um exemplo prático que aconteceu no semestre 2014.2, não vou citar nomes, mas um aluno X disse, assim: que inveja de não ter ficado na turma Y, porque a turma Y produziu tal coisa e a minha não saiu do lugar. (P02).

Houve o problema: alguns professores conseguiram entrar a campo, outros não. E aí aquele aluno que não tinha ido a campo ficava insatisfeito, lógico! ‘Meu colega já foi duas vezes, três vezes e eu não fui nenhuma’. Porque o gerente da unidade que eu estava não permitiu sem o ofício e o outro permitiu. [...] Outra coisa, como o trabalho do PIASC está desintegrado e está gerando essas questões que eu falei para você, de uma turma e outra, uma turma consegue fazer e outra turma não consegue [...] Alguns alunos chegam a pensar que eles devem fazer o PIASC só porque é obrigatório para cumprir o currículo, mas não porque ele vê o valor do PIASC. Já tem outros alunos que têm uma visão muito otimista do PIASC, que veem ganhos no PIASC, porque há essa diferença de pensamento. (P01).

Os constrangimentos presentes na experiência de ensino nesse componente curricular, em geral, são assumidos por esses docentes como situações desafiadoras, que os motivam a

seguir em frente e não, fundamentalmente, como obstáculos paralisantes, como atestam os depoimentos:

É a possibilidade, eu acho que é ... Eu sou um cara teimoso, acho que no PIASC só tem teimoso.... Quem está no PIASC agora é porque é teimoso; muitos professores já passaram e saíram. Eu ouço relatos de professores, que eu tenho um profundo respeito e que compartilham de ideias muito similares com as minhas, mas que disseram que cansaram, porque é sempre assim, vai e volta. Eu acho que o PIASC é o espaço dos teimosos, mesmo! Agora, a gente tem que trabalhar, para não ser só os teimosos querendo dar aula no PIASC, mas todos os outros que queiram. (P04).

Gera o aprendizado de que ser docente é uma dureza! De que ser docente não é uma tarefa fácil e gera um processo de responsabilização muito grande com os educandos. Eu me sinto muito mais responsável com o que eles estão pensando, com o que eles estão sentindo, com que eles estão aprendendo, do que se eu estivesse numa sala de aula ensinando esquema teórico, sem dúvida. (P04).

Às vezes a gente ficar meio aborrecido, porque as coisas não andam, a gente se depara muito com problemas na unidade básica e no sistema de gestão. (P03).

É muito a minha cara, mas o impacto que tem é um sentimento profundo de realização. Eu me sinto extremamente realizado, e já aprendi, acho que estou aprendendo, a lidar com as frustrações, porque, como eu falei, o semestre inteiro é uma batalha, eu empurrando (...). (P05).

Os depoimentos apontam a existência de dores e dissabores, mas também de muito prazer de ensinar no PIASC, especialmente, porque este componente curricular representa uma perspectiva transformadora no que diz respeito ao modelo de formação em saúde e à forma de ensino do professor. Percebe-se que todos esses sentimentos e desafios têm propiciado reflexões críticas e discussões entre docentes envolvidos no programa.

Em síntese, é possível perceber que o prazer e a dor de ser docente do PIASC se entrelaçam na experiência dos participantes, neste componente curricular. Dessa forma, o sentimento de alegria, por exercer uma influência positiva na formação dos estudantes e na relação com os pares, se mistura com o sentimento de descontentamento, oriundo de entraves administrativos e burocráticos para o desenvolvimento da intervenção no contexto da prática profissional, como também pela sobrecarga de trabalho docente. Destacam, ainda, que o PIASC, por conta de sua conformação interdisciplinar/ interprofissional, seu caráter inovador e da recente implantação na matriz curricular dos cursos do DCV, desafia permanentemente o docente, exige um certo enfrentamento de seus “dissabores” relacionados às distintas dificuldades operacionais de seu percurso, que provocam transformações em si a partir da relação com os estudantes e seus pares, revelando no seu âmago a satisfação e a alegria de ser docente desse componente. Entretanto, não revelam desconforto em relação às dificuldades de lidar com a resistência dos colegas e dos estudantes para o trabalho com a saúde coletiva, tampouco em relação às dificuldades de natureza pedagógica.

A guisa de resposta à questão de pesquisa sobre os desafios percebidos pelos participantes da pesquisa na experiência de ser docente do PIASC, eles são de naturezas distintas: pragmática; político-ideológica e político-pedagógica. Os desafios de natureza pragmática se revelam tanto no contexto acadêmico - a exemplo de incongruências entre a lógica de matrícula dos discentes a cada semestre e a lógica de funcionamento do PIASC -, quanto no contexto do campo de intervenção, a exemplo dos trâmites burocráticos por parte da Secretaria Municipal de Saúde, que dificultam a inserção dos estudantes e, conseqüentemente, repercutem negativamente no seu processo formativo. Esses desafios apontam, fortemente, para a necessidade de maior integração do conjunto dos docentes, no sentido de promover a reflexão e o planejamento de ações relacionadas ao projeto político do PIASC. Os docentes do PIASC, participantes da pesquisa, clamam por ações conjuntas, pelo diálogo entre os pares, pelo engajamento dos gestores dos diversos níveis em prol de mudanças no processo formativo, superando os descompassos entre o concebido e o realizado, na perspectiva da sensibilização dos setores da gestão para uma coparticipação.

Os desafios de natureza político-ideológica revelam divergências em relação às políticas de saúde pública, por parte de docentes e quiçá de gestores, que se expressam em discursos irônicos e desqualificadores sobre o PIASC, cuja proposta visa formar profissionais sintonizados com essas políticas e capazes de colocá-las em prática. Expressam-se, ainda, sobre a dificuldade de integração, sobre a prática, sobre o conjunto dos componentes curriculares dos cursos do DCV em torno dos princípios e valores que em tese se pretende construir na experiência de ensino do PIASC, negando assim o papel estratégico e estruturante deste componente.

Os desafios de caráter político-pedagógico se relacionam à dissociação entre teoria e prática, e entre o espaço da sala de aula e o da intervenção. Assim, alguns depoimentos indicam a dificuldade de integrar a teoria em um processo de ensino-aprendizagem, cujo fio condutor seja a investigação-ação-reflexão-teorização da prática na área da saúde. No âmbito do sistema de saúde, também é perceptível a separação entre formação (a cargo da universidade e de seus docentes) e intervenção na prática (cuja responsabilidade é dos gestores e profissionais da saúde pública), que não parece ser questionada pelos docentes, até porque esta dissociação tem a mesma matriz que orienta seu ensino cartesianamente dicotomizado. Tais dissociações dificultam a proposição e o estabelecimento de parcerias mais consistentes e sistemáticas - portanto menos pragmáticas e pontuais -, entre o sistema de saúde e a universidade, parcerias capazes de potencializar a formação de profissionais competentes tecnicamente e comprometidos socialmente - portanto mais humanistas e éticos.

Por fim, os desafios de natureza subjetiva, atitudinal, com os quais se defrontam os docentes, participantes da pesquisa, diante dos outros desafios apontados, situam a experiência no PIASC como mobilizadora de sentimentos de prazer, mas também de sentimentos desagradáveis, como de isolamento, solidão e esgotamento.

Os desafios supramencionados sugerem que a percepção dos professores participantes desta pesquisa, acerca da vivência no PIASC, é que ela envolve condições muito adversas, situações complexas que, muitas vezes, estão fora do seu alcance resolver. Com efeito, lidar com a desarticulação da gestão universitária, com os problemas internos do Departamento, com a falta de integração entre os pares, além de dar conta da formação dos futuros profissionais de saúde, solucionar problemas na relação com atores da gestão da saúde pública não é tarefa fácil, especialmente, se considerarmos que os docentes, em geral, não vivenciam uma formação específica para a gestão e nem para o exercício da docência universitária, como sinalizado pelos próprios participantes. A ausência, especialmente, da formação pedagógica, sem dúvida, amplia os desafios e os sentimentos de desconforto e o mal-estar docente.

Entretanto, os docentes participantes da pesquisa buscam, ainda que principalmente de forma isolada, enfrentar as dificuldades, transformar o sentimento de impotência, que muitas vezes lhes acomete, em resiliência, ou, no dizer de um deles, em teimosia, ao que tudo indica, movidos pela força de um projeto político e social em que verdadeiramente acreditam, qual seja de transformar a saúde pública e, conseqüentemente, a formação dos profissionais de saúde.

Embora essa motivação seja fundamental, evidenciando que o docente não pode ser apenas alguém que transmite teorias desconectadas do contexto social e dos desafios do campo profissional para o qual está formando as pessoas, mas um sujeito político que possui projetos e utopias, não é possível efetivamente transformar a formação dos profissionais da área de saúde sem ressignificar as práticas pedagógicas.

Nesse aspecto, sinalizamos a contradição existente, em certo sentido compreensível, entre, de um lado, uma experiência inovadora e recente como a do PIASC, e de outro, um ensino, em geral, que mantém práticas educativas tradicionais, centradas no binômio transmissão-recepção. Todavia, para que experiências como a do PIASC não se esvaziem e se tornem essencialmente teóricas, como alertam os docentes participantes, é necessário o investimento sistemático e coletivo na formação pedagógica, além das questões da Saúde Coletiva.

Nesse percurso, evidenciamos que os participantes não perdem de vista a importância do PIASC para o desenvolvimento pessoal e da consciência social dos estudantes, na

perspectiva de formar profissionais de saúde para atender as demandas da sociedade. Nesse sentido, cabe analisar quais competências os participantes consideram fundamentais para os docentes do PIASC e que caminhos trilham no sentido de conquistar ou aprofundar essas competências. É o que veremos na subseção seguinte.

#### 4.2 ESTRATÉGIAS FORMATIVAS VALORIZADAS PELOS PARTICIPANTES FRENTE AOS DESAFIOS DA DOCÊNCIA NO PIASC

A resposta à questão de pesquisa sobre as estratégias formativas que os docentes participantes da pesquisa validam/valorizam na perspectiva de ampliar as suas condições para enfrentá-las adequadamente, se processará por meio da discussão das inferências: competências consideradas necessárias para os docentes do PIASC; contradição entre o reconhecimento de necessidades de formação pedagógica e as estratégias formativas assumidas.

##### 4.2.1 Competências reconhecidas como necessárias para os docentes do PIASC

A reflexão sobre os desafios da prática docente no PIASC, objeto da discussão da subseção anterior, deu lugar ao reconhecimento, pelos participantes, de um conjunto de competências necessárias aos docentes deste componente curricular. Essas competências são importantes de serem analisadas nesta subseção, considerando-se que, possivelmente, ajudarão a compreender as necessidades formativas na visão dos participantes e o sentido das estratégias adotadas, visando o atendimento dessas necessidades. Adentrando nessa análise, os dados revelam que todos os participantes da pesquisa fazem referência a algum tipo de competência.

A competência docente para o trabalho interdisciplinar é identificada por quatro participantes, conforme ilustram os depoimentos:

Porque você tem que saber fazer esta ponte. Para você saber fazer esta ponte você tem que trabalhar em equipe. (P03).

Exige, para isso, professores que tenham competência para formar o aluno nessa perspectiva. Porque também, se eu tenho um professor que não tem uma visão multidisciplinar, que não gosta de trabalhar em grupo, em equipe, você não tem como não formar, senão pelo exemplo dele. (P01).

Para desenvolver em si tais competências, o professor precisa assumir uma nova concepção de conhecimento, como produto histórico e fruto de pessoas com perspectivas de sociedade, de mundo e de homem marcadas pela sua inserção social, portanto, não como

verdade absoluta e muito menos neutra, o que exige um esforço para aproximar, comparar, relacionar e integrar os conhecimentos de forma crítica (JAPIASSU, 1976). Pressupõe o que Zabala e Arnau (2010) denominam de pensamento globalizador, que possibilita a compreensão da realidade para intervir e transformá-la, a partir da aproximação multidisciplinar, da contribuição das diferentes fontes de conhecimento.

O PIASC, por sua estrutura, favorece a aprendizagem dos estudantes acerca da interdisciplinaridade e da integralidade da atenção à saúde desde o primeiro semestre, pois, como defendem Franco e Magalhães (2004), opera na forma de assistência multiprofissional, tendo como base os princípios do acolhimento e do vínculo, por meio de equipes responsáveis pelo cuidado a partir dos diversos campos de saberes e práticas profissionais. Entretanto, cabe destacar que o trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde “depende também de certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para a tomada de decisão de modo compartilhado” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.404).

Um participante privilegia o domínio dos conteúdos de Saúde Coletiva, como ilustra o depoimento:

As competências necessárias como professor do PIASC são: ter um bom conhecimento de saúde coletiva, do Sistema Único de Saúde, das diretrizes, da política realmente de saúde. Ele precisa ter um bom conhecimento sobre determinantes de saúde. Sobre os conteúdos que são trabalhados nos três PIASC, independente de ser professor do I, II ou III. (P01).

A área de Saúde Coletiva propicia um campo de conhecimento condizente com a realidade da população brasileira, possibilitando ao professor um olhar ampliado sobre diversos saberes da saúde, do planejamento e da gestão pública e participativa, das ciências sociais e políticas, envolvendo os profissionais e usuários do serviço, através de ações preventivas e promotoras da saúde (FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010).

A inserção da Saúde Coletiva nos currículos dos cursos de saúde é uma estratégia para a superação do modelo biomédico, trazendo para a formação profissional uma visão mais complexa e dinâmica da realidade, guiada pelo modelo da integralidade, oportunizando ao estudante identificar e lidar com problemas de saúde-doença em todo o seu contexto, gerando reflexões que fundamentam a construção de seu processo de aprendizagem.

O protagonismo e a capacidade de transformação das adversidades em possibilidades, se referindo, especialmente, às dificuldades de implementar as ações nas unidades de saúde, e, também, a competência relacional são evidenciados por um participante:

O papel do professor de PIASC é ser o elo de ligação dessa integração e fazer com que o aluno tenha um raciocínio muito mais vinculado à realidade social, mas também tem um outro lado da própria

unidade. [...] Ter a proatividade é fundamental. Se você for aquele que vai ficar esperando as coisas acontecerem, se você não tiver a proatividade, você cai no risco muito grande de voltar à teoria, você vai se agarrar mais a teoria. [...] Acho que ele precisa ser flexível, essa flexibilidade de temas, de conteúdos, não pode ser autoritário, tem que ser um professor o mais inclusivo possível, tem que trabalhar muito com a questão da tolerância e a percepção, tem que ser um professor muito perceptivo, observador, porque os tempos dos alunos são diferentes, as expectativas são completamente diferentes; você tem que pensar muito nessa questão. (P04).

Ser flexível, proativo, observador, tolerante, exigente sem ser autoritário. Como alerta, o participante sugere uma concepção de docente do PIASC como mediador. O papel de mediador no processo de ensino-aprendizagem, que concorre para o crescimento do estudante, envolvendo as dimensões: conhecimento, maturidade afetivo-emocional, atitudes e valores, é uma competência pedagógica do professor universitário fundamental, na visão de Masetto (2012).

Assumir este papel implicaria, para o docente, em desenvolver capacidades diversas, como: provocar aprendizagem significativa; trazer o conteúdo/tema de forma a ajudar o estudante a coletar informações, relacioná-las, organizá-las, manipulá-las, discuti-las com seus colegas, com o professor e com outras pessoas; estabelecer com os estudantes, a partir de seus interesses, expectativas e necessidades, o plano de trabalho e as regras de convivência de forma cooperativa; promover abertura para o questionamento das teorias com que trabalha, bem como das metodologias e formas de avaliação (MASETTO, 2012, p.56).

Essa perspectiva aposta fortemente na capacidade de estabelecer um diálogo genuíno, compreendido como aquele que,

(...) que cuestione las jerarquías y las concepciones tradicionales de la autoridad del maestro; que tolere y apoye la diversidad; que no descansa en supuestos teleológicos sobre respuestas correctas y verdades últimas; que no se apoye en esfuerzos individuales aislados, sino en relaciones comunicativas mutuas y recíprocas; y que mantenga abierta la conversación en el sentido tanto que carezca de un término final cuanto de invitar a una diversidad de voces y de estilos a que ingresen en él (BURBULES, 1999, p.30).

Essa concepção de diálogo, como sinaliza o autor, coloca em questão o papel do professor como autoridade máxima, que põe fim a todas as dúvidas - quer sua posição convença ou não aos estudantes -, enfim, o papel de detentor e porta voz do saber legítimo, que habita, milenarmente, o imaginário dos docentes, concepção sustentada pela ciência positivista, que atribui ao conhecimento científico, em tese comunicado pelo professor durante a aula, o status de verdade inquestionável, a não ser por outra verdade científica.

Batista e Batista (2014) fazem uma observação relevante acerca dos professores da área de saúde, quando afirma que, apesar de o professor, muitas vezes, ter uma experiência longa na docência universitária, não consegue dimensionar a complexidade da função

mediadora, secundarizando as discussões sobre a formação pedagógica e seu desenvolvimento profissional.

Em síntese, as competências consideradas necessárias para os docentes do PIASC foram: ser capaz de trabalhar de modo interdisciplinar, ter o domínio dos conteúdos de Saúde Coletiva, ser capaz de transformar as adversidades em possibilidades, ser flexível, proativo, observador e exigente. Tal exercício na docência universitária exigiria do docente uma abertura à mudança, assim como uma reflexão profunda de suas representações e práticas acerca de aspectos, como: ensino, aprendizagem, relação professor-alunos, formação profissional e profissional de saúde.

#### **4.2.2 Contradição entre o reconhecimento de necessidades de formação pedagógica e as estratégias formativas assumidas**

Essa inferência se apoia em dados que contemplam a preocupação com a formação dos professores, presente nos depoimentos dos cinco participantes. Com efeito, todos os participantes identificam que os docentes possuem lacunas relacionadas ao aspecto pedagógico, como atestam os depoimentos:

Eu acho que a nós, professores da área de saúde, falta competência pedagógica e humanística também... porque a gente tem ainda um modelo de professor de sala de aula, naquela perspectiva da educação bancária mesmo. O professor não dá espaço nenhum de diálogo... não considera as experiências que o aluno traz, ele não é uma tábula rasa, ele tem um conjunto de experiências que traz valores. Cabe ao professor ajudar no processo de ressignificação dos valores que ele traz e que são, muitas vezes, valores que vão de encontro ao que o profissional da saúde, na contemporaneidade precisa ter. [...] É preciso que, durante o processo de formação, a gente consiga trabalhar competências pedagógica e humanística, e se o professor tem dificuldade, porque também teve uma formação muito distorcida, muito focada no conhecimento técnico-científico, é muito mais difícil. Então, ele também, enquanto pessoa, o professor, além de tudo, é ser humano, não é? E os valores que ele tem, familiares, valores pessoais, a filosofia de vida dele, perpassa pelas práxis docentes. [...] vejo também que muito do que o PIASC quer trabalhar, que deve ter continuidade em outras disciplinas, depende também de uma formação pedagógica dos professores. (P01).

Porque a gente não é formada em docência, a gente é profissional da saúde. Que Dor! Então, como é que a gente lida com isso!?” (P03)

Eu acho que falta tempo e estímulo de discutir algumas questões relativas às relações interpessoais, ao próprio trabalho que falei... a questão ética... Acho que me falta formação para isso. [...] eu acho que me falta também um pouco de formação nas metodologias. Acho que é comum, todos os professores reclamam disso. (P04).

Os depoimentos evidenciam necessidades formativas relacionadas à ressignificação de valores, crenças e atitudes, logo sua formação não se reduz ao domínio de metodologias variadas de ensino. Essa visão dos participantes remete a Nóvoa (2011), quando afirma que o professor é a pessoa, e que a pessoa é o professor, sendo impossível separar as dimensões

pessoal e profissional. Segundo o autor, “ensinamos aquilo que somos e que, naquilo que somos, se encontra muito daquilo que ensinamos” (Idem, p.56). Portanto, é fundamental que os professores se preparem para “um trabalho sobre si próprios, para um trabalho de autorreflexão e de autoanálise” (Idem, p.56).

Nessa mesma perspectiva, dois participantes reconhecem que os docentes do PIASC não têm formação específica para o exercício da docência neste componente:

[...] não é fácil achar professor para o PIASC. É um perfil peculiar. Porque a formação que a gente teve foi aquela formação tradicional, conteudista, fechada dentro de uma sala de aula. Então, ou a pessoa tem uma mente muito aberta ou passou por experiências onde derrubou esses muros ou ela vai vir reproduzir os mesmos modelos em sala de aula. (P05).

Eu acho que é como ser professora de qualquer outra disciplina: é ser professora! E acho que a gente está aqui numa coisa que eu sempre digo, independente do mecanismo que você utilize: você está aqui para ensinar. Não somos formadas para isso, então temos que ter um processo de formação contínua, e ser professor do PIASC é ser professor de qualquer outra disciplina. (P03).

Esse aspecto apontado pelos participantes nos leva a refletir sobre a formação docente. No Brasil, a LDB 9.394/96 e o Decreto 2.207/97, que regulamenta o Sistema Federal de Ensino, se referem à preparação para o exercício da docência universitária, especialmente em cursos de pós-graduação *stricto sensu*, exigindo que (um terço) dos professores de cada instituição tenha titularidade nesse nível de ensino. Observa-se que a lei concebe a formação docente restrita à formação para a pesquisa. Entretanto, de acordo com Cunha (2005), Pimenta e Almeida (2011), Soares e Martins (2014), para além da pesquisa, a formação do docente universitário deve ser assumida pelas instituições, com vistas à superação dos modelos tradicionais de ensino, marcados pela transmissão de conhecimentos, treinamentos e atividades fragmentadas, a partir da reflexão sobre os dilemas e desafios da prática cotidiana dos professores.

Ademais, todos os participantes reconhecem a falta de investimento do DCV na capacitação de professores para o PIASC, como ilustram os depoimentos:

Os professores não foram formados. É uma proposta curricular que, quem está implementando não teve acesso a ela; então esse é um problema muito grande... Quem está implementando não sabe como é que faz, não tem referência como é que faz... Isso é um problema. (P04).

Reforma curricular, ao meu ver, é algo que é constante, ela não para no fechamento do currículo, e aqui não. Aqui no DCV você fez a grade, pronto! Acabou a reforma curricular, então o conteúdo, é o professor que se vire de uma forma pedagógica, é o professor que se vire. Se ele entender o que é aquela reforma curricular, beleza, ó, legal, se ele não entender ... ele vai fazer as coisas como ele acha que deve fazer, e ninguém supervisiona nada disso. Então, assim, para mim, comissão de formação de reforma curricular tinha que ser permanente e estimular esses processos e, junto com os professores de PIASC, fazer; e também existe um problema, da própria carga horária do professor PIASC, não tem muito tempo de fazer isso e contagiar o resto do departamento com esse debate. Existe uma questão relacionada muito a isso. (P04).

Eu acho que poderia ser mais. (Investimento do DCV na formação pedagógica dos professores do PIASC). Não, que eu recorde, não! Não sei se por deficiência minha, mas nada chegou a meu conhecimento. (P02).

Nunca houve um planejamento de capacitação, que a gente chama de educação permanente em saúde e pedagógica para esses professores, porque eles, na verdade, tinham que trabalhar em uma perspectiva inovadora. Então eles vêm de uma formação clássica. Então eles teriam que ter uma formação nesse sentido para que ele pudesse dar ao PIASC a cara que ele deveria ter enquanto disciplina, enquanto disciplina, observe, integradora de ensino serviço e saúde e comunidade, como o nome diz. Enquanto integradora de várias formações em saúde, enquanto disciplina que gera essa aproximação com vistas a refletir sobre os determinantes sociais de saúde, que vai ampliar o olhar do aluno para, conseqüentemente, ele perceber a importância da promoção da saúde e da prevenção de doenças. (P01).

Os depoimentos aproximam esses participantes da perspectiva proposta por diversos autores, entre os quais Nóvoa (2011), de que uma das modalidades mais eficazes de formação continuada dos professores é aquela que se vincula à construção de projetos de mudanças institucionais, como é o caso do redimensionamento de cursos, de introdução de inovações pedagógicas como o componente PIASC. Nesse sentido, é fundamental que esses processos sejam participativos, envolvam em diferentes níveis e formas o conjunto dos docentes, pois, ao se engajarem na concepção do projeto, estarão (re)concebendo também suas próprias práticas, no sentido de se adequarem ao projeto do qual participaram da concepção.

Entretanto, chama atenção a ausência de referência ao fenômeno da aprendizagem como uma das necessidades formativas. Contribuir para a aprendizagem é uma missão essencial do professor, que passa pela capacidade de questionar o estudante no processo de conhecer, de forma a desenvolver a metacognição, a aprender a aprender, a definir e acompanhar suas próprias metas de aprendizagem, ultrapassando a mera reprodução de conhecimentos elaborados por outros (POZO, 2009). Isto requer do docente um entendimento mais apurado sobre a atividade de aprender, sobre o contexto e as práticas docentes que concorrem para que a aprendizagem aconteça (POZO, 2009). E ainda ressignificar as crenças epistemológicas sobre a natureza do conhecimento e das crenças subjacentes à relação professor-estudante.

A análise dos dados aponta, também, para a identificação, por parte de todos os participantes, da necessidade da formação dos docentes do PIASC, relacionada a conhecimentos científicos da área de saúde coletiva, como ilustra o depoimento:

Eu acho que me falta formação ainda para alguns aspectos relativos ao próprio sistema de saúde para poder trabalhar melhor com esse aluno. Eu acho que falta formação do grupo do PIASC todo em relação ao processo de trabalho em saúde, para compreender qual o papel da equipe em saúde, papel da equipe saúde da família, papel do agente comunitário, papel do professor, papel da academia [...] (P04).

Eu acho que muito mais do que isso, é a gente ter capacitação dos nossos colegas, de compreensão de como é essa nova estrutura da saúde. Que a saúde está mudando. (P03).

A aposta nessa formação é, provavelmente, uma forma de superação da resistência à área de saúde coletiva e, conseqüentemente, ao PIASC, analisada em outra parte dessa seção. Entretanto, conforme Batista e Batista (2014), a necessidade de conhecimentos científicos sobre a profissão que exerce, de experiência como profissional de saúde e da prática assistencial, embora fundamentais, não podem prescindir do domínio de conhecimentos didático-pedagógicos, como: saber planejar e diversificar estratégias de ensino que promovam a aprendizagem construtiva; desenvolver competência na relação com o estudante; saber ouvir, respeitar, incentivar o estudo; estar disponível; ter paciência com o não saber do estudante; estar disposto a refletir sobre a própria prática e, sobretudo, construir a identidade de ser professor.

A análise dos depoimentos permite afirmar que os participantes desta pesquisa reconhecem a necessidade de saberes pedagógicos e humanistas, mas estes saberes são expressos de forma genérica e superficial, não induzindo buscas individuais e de processos coletivos por parte dos docentes, mesmo aqueles participantes que fizeram referência à necessidade dessa natureza e à falta de ações formativas promovidas pelo DCV. Isto sugere que esse reconhecimento foi provocado, principalmente, pelo processo de entrevista que oportunizou reflexões sobre a experiência docente no PIASC, sobre as dificuldades e desafios enfrentados por eles, individual e coletivamente.

Assim, no que concerne às estratégias formativas, um dos depoentes fez referência à participação em eventos acadêmicos relacionados ao conhecimento específico da área de saúde:

Então, por exemplo, a semana do SUS [evento da Saúde Coletiva] que a gente constrói, projeto de extensão, a iniciativa com o grupo social, com a ONG tal que foi lá e que você voluntariamente está fazendo; então isso ajuda muito, esse processo. (P04).

Apenas dois participantes destacam a importância da reflexão coletiva como forma de alinhamento da prática do PIASC e de formação pedagógica:

Pontuando o que eu acho, em reuniões, é... eu sempre estou disposto a fazer parte de processos mais reflexivos, eu acho que o momento da reunião é um momento pedagogicamente importante. Às vezes, a gente para a reunião para poder fazer reunião pedagógica do que é o PIASC, para onde a gente está indo... é... e pensar coisas para além do PIASC, isso ajuda muito. (P04).

O investimento que você fizer em seminário, colóquio, ou fazer com que o professor seja liberado para ir para um congresso é insuficiente, porque ele vai ser teórico, ele não vai conseguir refletir a luz de sua prática, então, a gente vai estar ofertando para o aluno a reflexão teórico-prática, mas a gente não está fazendo conosco, isso é um problema. (P04).

A gente primeiro precisa alinhar internamente, ajustar. Como é que vamos fazer? PIASC I, como é que a gente vai desenvolver a atividade? Com que metodologia vamos desenvolver? Vamos usar

metodologia semelhante, vamos trabalhar de forma semelhante para não gerar insatisfação... tem que fazer reuniões de integração. (P01).

A discussão dos pares, compartilhando suas práticas, crenças, trajetórias e desafios no cotidiano de seu trabalho é um caminho fecundo para uma docência em saúde centrada na mediação, prática que vai sendo construída no “processo de ensino e aprendizagem, ancorando-se no pensar, sentir e agir do professor sobre *o que fiz? o que estou fazendo? por que estou fazendo? e o que posso fazer?* no campo do trabalho educativo” (BATISTA; ROSSIT, 2014, p.61).

A reflexão sobre a prática docente dialógica, crítica e autocrítica deve envolver diversas dimensões, desde aquela mais superficial relacionada ao contexto, até aquelas pessoais relacionadas aos comportamentos (o que e como age), às competências (em que sou competente e que competências me faltam), às crenças (em que acredito e de que forma isso reverbera na minha prática educativa), à identidade (que imagem faço de mim como docente e como percebo que os estudantes me veem), e por fim, à missão (o que me inspira como docente) (KORTHAGEN, 2004).

O processo de conhecimento que o professor desenvolve sobre o próprio conhecimento, em outros termos, a metacognição é convocada quando usamos nosso próprio conhecimento em uma tarefa ou atividade particular, neste caso, o processo ativo de reflexão do professor, de sua autoavaliação e autorregulação do seu percurso cognitivo, o que faz emergir elementos essenciais ao processo de aprendizagem (POZO, 2009). Assim, “o sujeito além de aprender sobre determinado fenômeno, deve ser capaz de refletir sobre o seu processo de aprender, processar informações e resolver problemas.” (LINS; ARAÚJO; MINERVINO, 2013, p.65). Este (re)pensar implicado, através da metacognição, tem uma natureza essencialmente formativa, na medida em que provoca o professor universitário a reconhecer e compreender suas lacunas, a buscar a sua superação, acessando conhecimentos da área pedagógica e de outras tantas que contribuam para o aperfeiçoamento da sua docência, em outros termos, para seu desenvolvimento profissional docente.

Sem investigar ou problematizar o cotidiano de suas aulas e rotinas com os estudantes, o professor universitário acaba por repetir velhos hábitos e atitudes, sem mesmo tomar consciência destes, conduzindo o processo de ensino e aprendizagem de modo reprodutivo, o que gera um sentimento de segurança e a conservação de suas práticas.

Entretanto, outras referências a trocas entre os pares sugerem um processo de natureza mais pragmática e menos reflexiva:

E diálogo com os professores... assim, existe um meio virtual para se manter o diálogo, para se comunicar, o meio virtual que eles debatem as impressões, falam coisas da prática, então, via WhatsApp, via e-mail, bate-papos entre professores, a troca é muito importante... A gente está começando agora a ter uma regularidade desses bate papos mais informais entre os professores do PIASC para poder a gente até estimular essas visões mais do professor. (P04).

Não é por falta de reunião que a gente não avalia as coisas, e esse processo de avaliação também ocorre da seguinte maneira: existe reunião de PIASC com todos os professores e existe reunião de professores daquela comunidade. Então, por exemplo, até mesmo para planejar as ações e os produtos daquele semestre, então, por exemplo, os professores de Pernambueszinho [comunidade atendida pelo PIASC], eles podem se reunir, eles se reúnem eventualmente e tal. Os professores de Cana Brava [comunidade atendida pelo PIASC] sentam, os professores de Saramandaia [comunidade atendida pelo PIASC] sentam para planejar melhor os produtos. Você me pergunta: é uma coisa sistemática? Uma diretriz da área? Não! Não é uma diretriz da área, vai muito pela espontaneidade dos professores. E isso é algo recente. (P04).

A gente não tem tido esses momentos de reflexão sobre a prática. Às vezes a gente tem, que a gente tem um grupo do PIASC no *WhatsApp*. O professor está fazendo uma oficina na unidade tal, aí ele tira fotos e manda. Aí a gente fica sabendo, ah!! Fulano está fazendo isso, porque eu vi as fotos e porque ele falou/escreveu lá o que está fazendo. Tudo isso por causa do grupo, não porque a gente tenha tido um encontro para discutir, ou até eu ver, poxa, a experiência de fulano foi legal eu posso tentar fazer igual. Falta essa integração. (P01).

Sim, nós temos um grupo no WhatsApp que funciona muito. Eles colocam fotos do que estamos fazendo, as propostas que cada grupo está trazendo, mas ainda não é a forma articulada como seria interessante, por isso que fiquei com a sensação que ainda há uma fragmentação. (P02).

Conforme apontam os depoentes, os professores do PIASC buscam se articular por meio de tecnologia virtual, rede social que possibilita a comunicação rápida de mensagens de texto através do aplicativo de telefone celular *WhatsApp*. Embora esse recurso facilite o processo comunicativo entre os docentes, o seu uso revela a superficialidade das discussões sobre as práticas no PIASC, como também camufla um possível aprofundamento das questões pedagógicas por eles desenvolvidas. Numa perspectiva individual, todos os participantes registram desenvolver a reflexão sobre a prática, como atesta o depoimento:

Eu acho que o PIASC busca a formação do professor também. Eu acho que quando a gente reflete a própria prática, a gente reflete o tempo inteiro. O PIASC faz com que a gente reflita a própria prática, que é o que a gente gostaria que a gente fizesse nos outros (componentes curriculares), também. [...] O PIASC tem proporcionado essa mudança na prática docente, para quem está nele e para alguns cursos onde a gente discute a prática docente. Então, a gente tem aqui, eu digo que tem um grupo que discute bastante a prática docente. [...] não vamos cair na ilusão de que refletem porque a gente acha bonito. Refletem porque a situação pede a reflexão, porque se fosse uma disciplina normal, como era dada quando eu entrei na docência, essa reflexão não aconteceria. Então é uma disciplina que te cobra a reflexão, até porque ela é muito dinâmica. Se você, você já conversar com vários professores do PIASC, cada um tem uma história, experiências totalmente diferentes, porque nós estamos em unidades diferentes, momentos diferentes, com grupos diferentes. Mas, independente da experiência ser diferente, a reflexão acaba sendo a mesma. A gente reflete com a prática, a gente reflete o que a gente faz. (P03).

A reflexão sobre a prática, conforme o depoimento, é uma decorrência da própria natureza do PIASC de inter-relação entre o ensino e o serviço na comunidade. Entretanto, o conjunto dos dados sugere que o foco dessa reflexão não é o processo de ensino-

aprendizagem, e sim o contexto em que se dá a intervenção dos estudantes na comunidade. Dessa forma, é possível inferir que essa reflexão, em geral, é restrita ao primeiro nível (o do ambiente), não contemplando, como propõe Korthagen (2009), os comportamentos, as competências, as crenças, a identidade e a missão dos docentes no processo de ensino-aprendizagem. Ademais, essa reflexão referida pelos participantes não remete a uma articulação entre a prática docente e a teoria do campo pedagógico. A esse respeito, é importante registrar a proposição de Almeida (2012), de que uma rigorosa reflexão sobre a prática precisa ser mediada pela teoria, oportunizando novas experiências na perspectiva do aprimoramento da atuação futura. Portanto, essa reflexão sobre a prática visa também a ressignificação da ação profissional docente, o investimento na profissão docente, a aquisição de novos saberes, estabelecendo uma aprendizagem relacionada a vários momentos e contextos da trajetória profissional, ampliando as perspectivas formativas e superando os entraves conservadores.

A reflexão pessoal sobre a experiência no PIASC tem oportunizado crescimento pessoal e profissional na visão de todos os participantes, como ilustram os depoimentos:

O PIASC é um espaço de formação para o professor, na medida em que ele ressignifica o ato de ensinar, por conta de que se orienta, não pelos conteúdos, mas sim pela prática na realidade de um determinado local. Isso faz com que o professor, constantemente, necessite de um processo de busca. Esse processo de busca orienta formações, novos arranjos de formação entre o professor e seus pares e entre o professor e o aluno também, então considerando que o PIASC, até mesmo pelo formato da disciplina, faz com que os professores estejam em constante discussão; [...] É quase que impossível manejar a disciplina sem você ter essa referência no trabalho dos outros, então, de certa forma também, isso para mim, gera um tipo de formação diferenciada. [...] Não sei até que ponto os professores incorporam, encaram mesmo o processo da formação deles a partir do PIASC. Eu particularmente tenho a compreensão do que eu consegui agregar para minha formação docente a cada semestre. Eu consigo saber onde eu estou conseguindo me formar mais, o que é que está deficitário, esse balanço é feito. (P04).

Vejo o PIASC como espaço de formação para o docente que está no PIASC, que está inserido no PIASC. [...] Que talvez pudesse servir se nós pudéssemos criar espaços de socialização das experiências do PIASC com o corpo docente que não está no PIASC para gerar uma reflexão e uma possível mudança de prática. Essa poderia ser a contribuição do PIASC com os outros. Agora, aqueles que estão dentro do espaço do PIASC, sem dúvidas nenhuma, é um espaço importante onde ele pode refletir sobre suas práxis. (P01).

Alguns registram que essa experiência tem proporcionado uma melhor compreensão sobre os problemas sociais e sobre o sistema de saúde e seus desafios:

Eu tenho aprendido muito! Primeiro em relação à própria realidade do sistema de saúde de Salvador, que é o nosso objeto, o pano de fundo que a gente desempenha nossa prática, então, o conhecimento da realidade é a teia de relações entre os atores, as formas como eles trabalham, os processos de trabalho das equipes, ou seja, o contexto todo leva uma grande escola. [...] Existe um processo de aprendizado muito grande entre os professores. O próprio processo de mediação ... é ... das próprias articulações... ou seja, [...] como você articular com o agente comunitário, e os professores trocam muito essas impressões, como construir as atividades... rola muito troca de experiências sobre metodologias, oficinas: [...] Eu participei de muitas reuniões com esses

professores da área, professora X, professora Y, de a gente dar aula juntos, juntar as turmas para poder trocar um pouco com o outro. (P04).

Olhe, eu já tinha uma visão das diversidades sociais, das dificuldades e das desigualdades que nós, como país, vivemos. Nós temos abismos sociais, mas eu diria que hoje eu sou uma pessoa mais compreensiva em algumas situações, e venho me aproximando de objetos de estudo que são da Saúde Coletiva e que eu nunca tinha me aproximado anteriormente, porque a gente acaba na pós-graduação seguindo alguns caminhos mais direcionados e hoje eu venho tendo um discurso porque ele foi introduzido em mim, de algo que antes não tinha esse olhar, antes do PIASC. (P02).

Pela própria dinâmica da disciplina, é algo que a gente não pode perder de vista que é o contínuo aprendizado, então isso gera em mim, eu preciso até tomar cuidado, para não ser uma captadora de informações 24 horas, *'full time'*, então eu tenho que ter algum controle senão... isso aí é uma questão mais de personalidade; mas de uma forma geral, PIASC, ele tem contribuído para uma aprendizagem de continuidade e de conhecimento de como essa saúde pública, ela está se dando em nosso país, e tem me trazido uma maturidade de enxergar aquelas situações que são minadoras do projeto que a gente tem enquanto saúde, enquanto proposta para a população brasileira, e apesar de ter um formação de pós-graduação na área, o PIASC tem me possibilitado isso, e como a gente tem que manter esse viés crítico o tempo todo, ela tem trazido uma reflexão muito mais profunda e muito mais embasada do que eu tinha antes, bem mais, e isso acaba sendo levado em sala de aula e com contribuições, eu lhe digo, que existem alunos aqui, que trazem leituras fantásticas na hora que eles se colocam em sala de aula. Eu me sinto completamente em estado de formação, a partir do momento que eu desenvolvo esse novo olhar, essa nova aquisição, esse novo direcionamento em minha aprendizagem. (P02).

Alguns depoentes registram que a reflexão pessoal sobre a experiência de ensino no PIASC suscita por parte dos docentes, leituras de outros campos disciplinares:

[..] a gente discute sociologia, a gente discute história, a gente discute outras disciplinas que são fundamentais para a compreensão da situação da saúde, hoje. Então os textos que compartilham [professores], as informações que compartilham, são extremamente ricas, mas extrapolam a área da saúde. [...] Eu acho que tinha que ter uma coisa que despertasse em todos os professores a necessidade da mudança de postura, de todo mundo. Acho que o PIASC está fazendo isso, a partir do momento que a gente tem que discutir a própria prática. Então, a gente está indo atrás dessa discussão. (P03).

Muita, porque a gente acaba aproveitando as experiências exitosas, e fazendo algumas adequações com a realidade, tanto é uma coisa que vem quanto uma coisa que vai, então essa troca é fundamental para que a gente possa estar crescendo, sem dúvida. [...] Mais do que aprendida é percebida a disponibilidade, a vontade, o interesse, de que essa turma [professores de PIASC] que está se formando agora de professores tenha realmente a vontade de fazer algo diferente. PIASC quando você faz... é uma cachaça, a gente fica embriagado, não quer ficar sem. (P02).

É possível perceber que a experiência de ensino no PIASC estimula os docentes a buscarem conhecimentos de outros campos de saberes, além daqueles relacionados à saúde coletiva ou às áreas específicas de cada curso. A integração desses conhecimentos é potencializada na medida em que os professores possuem formações diversificadas, seja em nível de graduação ou pós-graduação. Dessa forma, os professores do PIASC conseguem oportunizar encontros, reuniões que fomentam a atitude interdisciplinar (FAZENDA, 2003), caracterizada pela busca e pela inovação, mobilizando as ações em um exercício coletivo de pensar, construir e religar saberes, como revelam os depoimentos. Essa perspectiva corrobora a ideia de Japiassu (1976), de que o encontro de especialistas não deve ser entendido como

simples espaço de troca de informações, mas como o lugar de verdadeiros intercâmbios, crítica e rupturas epistemológicas.

A interação nesse sentido, conforme Nóvoa (2011), implica no exercício profissional apoiado por “comunidades de prática” no interior da instituição, entendidas como espaços de aprendizagens, em que cada integrante é responsável pela sua aprendizagem e pela do outro, compartilhando as atividades, interesses e objetivos de trabalho, mediante processos de investigação sobre a prática pedagógica.

Entretanto, esse exercício coletivo de pensar a prática não pode prescindir de conhecimentos do campo da pedagogia universitária, especialmente, considerando o PIASC como um componente estruturante e estratégico da formação de profissionais de saúde, conhecimentos que não se fazem presentes. Com efeito, embora os dados revelem o reconhecimento dos participantes de lacunas nesse âmbito, não apontam ações concretas na perspectiva de sua superação e revelam pouca clareza de conhecimentos, saberes e atitudes relacionados aos aspectos pedagógicos quanto as suas reais necessidades formativas.

Mesmo que alguns participantes tenham revelado limitações e dificuldades, tendo apontado falta de integração entre os docentes, entre outros obstáculos frente à complexidade do programa, ainda assim o PIASC de alguma forma tem sido concebido como um espaço formativo. Atuar no PIASC coloca o docente para enfrentar os desafios que advêm do SUS, da comunidade e dessa relação com o ensino, a lidar com o processo interativo dele, não só com o estudante e seu processo formativo, mas com os diversos atores sociais envolvidos, tendo a oportunidade de refletir sobre suas práticas e pensar a formação a partir da Saúde Pública. Entretanto, a “comunidade de prática” dos professores do PIASC, em reuniões ou outros encontros, não é utilizada em toda a sua plenitude e potencialidade, não vem sendo assumida como formativa, porque efetivamente não explora de modo profundo e crítico o desenvolvimento de competências e saberes pedagógicos, articuladores dos diversos conhecimentos, que contribuiriam para a formação dos profissionais de saúde almejados. A formação dos profissionais com um viés altruísta, politizado, técnico e humanista não se dá apenas pela via do domínio de conteúdos da Saúde Coletiva, mas também pelas vivências de princípios, de pressupostos políticos e pedagógicos, que se alinham com o que o SUS. Para que o estudante assuma essas características no campo de atuação, é preciso que ele tenha a experiência de um *ethos* formativo, quer dizer, uma participação mais implicada, reflexiva na perspectiva de Korthagen (2009), voltada à prática e à pesquisa, e que tenha o professor como exemplo de mediação da aprendizagem, e não apenas como porta voz de conhecimentos no âmbito da saúde.

Nesse sentido, em resposta à questão da pesquisa sobre as estratégias formativas que os docentes participantes valorizam frente aos desafios da atuação no PIASC, se destacam: reuniões de planejamento e alinhamento das práticas entre os docentes do PIASC e da área de Saúde Coletiva, participação em eventos científicos e estudos sobre essa área. Nenhuma experiência formativa voltada para os saberes pedagógicos foi registrada, apesar de todos os participantes indicarem que ações dessa natureza sejam promovidas pelo Departamento. Ademais, os encontros dos docentes, que poderiam assumir a configuração de atividade formativa, não vão nessa direção, pois, em geral, se restringem a questões pragmáticas, não problematizando os aspectos pedagógicos. Dessa forma, é possível afirmar, em resposta ao objetivo da pesquisa, que a reflexão e a investigação, com os pares, sobre a própria prática docente, é pouco compreendida como potencializadora de sua formação pedagógica, portanto, como espaço privilegiado de desenvolvimento profissional docente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados categorizados colocou em evidência a visão dos participantes de que o PIASC é um espaço fundamental para a formação dos futuros profissionais de saúde por diversas razões, dentre as quais se destacaram duas. A primeira delas é a de possibilitar a inserção dos estudantes dos cursos de saúde na realidade social e em contato com os problemas e desafios do sistema público de saúde nos semestres iniciais dos cursos, oportunizando aos estudantes atribuírem sentido aos pressupostos da Saúde Coletiva e do SUS. Esta ação contribui para a constituição, desde o início do curso, de aspectos importantes da identidade do profissional da área de saúde, quais sejam o compromisso social, a postura humanista e sensível frente às condições dos usuários da saúde, pública ou não, e sua implicação com a busca de soluções para os problemas trazidos.

A segunda razão é que o PIASC contribui para quebrar a cultura hegemônica de hierarquização entre as profissões da área de saúde, cultura histórica que, como vimos na problemática desta pesquisa, atribui um lugar socialmente mais importante ao profissional da medicina. O PIASC concorre nessa direção, na medida em que sua organização e seus pressupostos teóricos e metodológicos colocam juntos docentes e discentes das diversas profissões e fomentam o trabalho em equipe, envolvendo todos os profissionais da área de saúde. Portanto, suscitam a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade.

Na perspectiva dos participantes, esse potencial do PIASC para formar profissionais humanistas e comprometidos socialmente parece ser uma consequência natural da inserção dos estudantes na realidade da saúde pública e de algum grau de problematização acerca dessa realidade, à luz dos pressupostos da política nacional de saúde pública, portanto com uma conotação estritamente cognitiva e intelectual. Embora relevante, esse nível de reflexão se torna leniente se não contemplar estratégias pedagógicas que fomentem a articulação entre as dimensões pensar, sentir e agir de modo sistemático, aproveitando as situações concretas para provocar desequilíbrios sócio-cognitivos, enfim, mudanças de valores, concepções, atitudes e práticas.

A reflexão mais profunda sobre a experiência de inserção nesse contexto, contemplando diversos níveis, e não apenas aquele mais superficial de análise do contexto - portanto, retornando para os comportamentos, valores, atitudes dos discentes e dos próprios docentes nas situações vividas, colocando em relevo suas crenças, estereótipos, preconceitos e representações, numa perspectiva de compreensão crítica de suas origens, fundamentos e

consequências, com vistas à efetiva formação pessoal e profissional -, não se faz presente nos dados.

Nessa mesma perspectiva, a linguagem das artes, com seu potencial de sensibilização e de compreensão da realidade de forma mais intuitiva e subjetiva, importantes de se associarem aos aspectos cognitivos, tampouco aparecem na discussão sobre a formação de profissionais comprometidos e humanistas. A resistência dos estudantes à ótica social da saúde coletiva é pouco discutida, compreendida e pedagogicamente confrontada pelos docentes do PIASC.

Esses aspectos sinalizam que, apesar das pretensões desafiantes, as práticas formativas não são fundamentadas em bases pedagógicas que contribuam para a aprendizagem significativa, para a ressignificação de valores e atitudes, centrando-se na crença da formação baseada em teorias, que, por mais justas, coerentes, consistentes, não podem dar conta do grau da mudança de mentalidades, culturas e valores que as políticas exigem, pois a cognição dissociada do afeto, da sensibilidade e da reflexão profunda não é capaz de formar os profissionais de saúde almejados pelos participantes. Em síntese, o potencial do PIASC para formar profissionais de saúde sintonizados com os desafios contemporâneos e com as políticas de saúde no Brasil não é plenamente explorado.

Entendemos que essa contradição existente é compreensível e faz parte do processo de transição ao qual os professores do PIASC estão submetidos. Convivem, de um lado, representações de docência, portanto de ensino e aprendizagem, construídas nas suas trajetórias formativas, centradas na lógica transmissiva, intelectualista, que separam teoria e prática e estabelecem uma hierarquia, que atribuem à prática o lugar de mera aplicação da teoria, que concebem aprender como um processo de acumulação, reprodução e memorização. De outro lado, há a convocação para empreender em um ensino capaz de formar profissionais e cidadãos, como sugeriu Morin, com cabeças bem feitas, e não simplesmente profissionais com cabeças cheias e corações vazios, tendo o PIASC como espaço potencializador dessa transição.

A reflexão sobre essa transição coloca em relevo a contribuição da experiência de ensino no componente curricular PIASC para o desenvolvimento profissional docente dos seus responsáveis, cuja compreensão era a essência do objetivo desta pesquisa. Isto porque o desenvolvimento profissional docente implica um processo de mudança de crenças, teorias implícitas, representações e práticas educativas na perspectiva da melhoria da qualidade do seu ensino e da emancipação e autonomia dos discentes, futuros profissionais. Assim, é resultado da reflexão constante, em todos os níveis, da prática docente, em toda sua

complexidade, e da (trans)formação do seu fazer docente, aprimorando determinadas competências, habilidades e atitudes necessárias ao exercício profissional.

No caso em estudo, embora os participantes indiquem um conjunto de competências fundamentais ao professor do PIASC: competência técnica nos seus campos profissionais; domínio dos conteúdos de Saúde Coletiva; competência para trabalhar em equipe interdisciplinar/profissional etc, os dados apontam que eles não investem na apropriação sistemática de competências de natureza didático-pedagógica, que são aprendidas na própria dinâmica do ensino do PIASC, de modo tácito, improvisado, sem buscar uma reflexão individual ou coletiva sobre tais competências.

A análise dos depoimentos permite afirmar que os participantes validam a necessidade de saberes pedagógicos e curriculares, embora os dados revelem que eles têm pouca clareza quanto as suas reais necessidades formativas. Ademais, a reflexão com os pares sobre a prática formativa é pouco compreendida como potencializadora de sua formação pedagógica, e, apesar de ser um espaço de formação, os professores não conseguem, de forma coletiva, atribuir ao PIASC uma configuração formativa para si mesmos.

Individualmente, o professor do PIASC demonstra empenho e dedicação, quase militante, para fortalecer as ações entre a instituição universitária e os serviços e sistemas de saúde e, principalmente, revela muito interesse em fomentar os processos de mudança da graduação em saúde, de modo a formar profissionais competentes, vigilantes às demandas de saúde da população e do SUS. Assim, a despeito dos inúmeros problemas que emergem, os professores do PIASC, especialmente os participantes da pesquisa, demonstram implicação, compromisso social e buscam um maior entendimento desse componente e o investimento em estudos de áreas diversas que lhes permitam compreender os desafios da saúde pública.

No plano coletivo, os dados revelam que os professores de PIASC têm buscado mais investir em estratégias para a resolução de problemas técnico-administrativos, da gestão curricular, do que em ações coletivas de reflexão e investigação sobre a própria prática no cotidiano de seu trabalho. Curiosamente, os participantes explanam que o PIASC oportuniza o crescimento pessoal e profissional do professor, que a experiência é valiosa, entretanto os encontros dos docentes não são utilizados em toda sua plenitude e potencialidade. Portanto não são assumidos como formativos, porque não investem de forma consistente e reflexiva no desenvolvimento de competências e saberes docentes.

No plano institucional, a UNEB e o DCV pouco têm investido em ações que oportunizem a formação dos professores. Dado o potencial formativo do PIASC em contribuir para o *ethos* formativo de profissionais mais humanos, esses programas deveriam ser

assumidos pelo conjunto dos componentes curriculares e por todos os docentes do Departamento. Entretanto, falta um alinhamento político e pedagógico dos professores para que eles possam trabalhar essa perspectiva formativa com mais prazer, coerência e menos sofrimento. Essa realidade mostra que não basta instituir um novo desenho institucional, fazer um redimensionamento curricular, uma mudança na estrutura dos cursos, criando um componente diferente, como é o PIASC, se não investe na formação dos docentes, para que sejam capazes de colocar em prática seus pressupostos.

Portanto, cabe um investimento sério na formação docente, o que não significa prioritariamente a implementação de cursos, oficinas ou treinamentos de cunho técnico e normativo, mas, principalmente, a instituição de espaços de pesquisa-ação, que partam da reflexão dos problemas da prática pedagógica, geram atitudes de colaboração entre os pares, produzam conhecimentos pedagógicos que se validem na prática e concorram, simultaneamente, para a melhoria da qualidade do ensino, para o aperfeiçoamento docente, em outros termos, para seu desenvolvimento profissional, e para a melhoria do processo de aprendizagem dos estudantes.

Esse processo pode ser mais consistente se contar com o apoio de profissionais da área da educação, especialmente do campo da Pedagogia Universitária, que contribuiriam para a construção coletiva de saberes e práticas inovadoras. A experiência do assessoramento pedagógico no ensino superior tem sido amplamente desenvolvida em países da América Latina, a exemplo da Argentina, com bastante sucesso na medida em que este papel não é exercido de fora para dentro, de forma transmissiva, desconectada das necessidades dos docentes, mas implica um processo de aprendizagem mútua, colaborativa e reflexiva.

A principal contribuição desta pesquisa, no plano científico, foi evidenciar os desafios formativos no campo da prática do professor e a frágil relação estabelecida entre estes e seu desenvolvimento profissional, a despeito da complexidade do PIASC. Esses desafios revelados insinuam uma extensão para todos os docentes que participam do PIASC, uma vez que os dados evidenciam limitações, obstáculos, dificuldades e as tentativas de superação dos problemas do PIASC vivenciados pelos docentes num caráter individual e coletivo.

Além dos aspectos referidos acima, a consolidação do caráter estruturante e estratégico do PIASC pressupõe, conforme os participantes, o desenvolvimento de um conjunto de ações, que deve partir da discussão e da compreensão, por parte de todos os docentes do DCV, do sentido do redimensionamento curricular para a formação dos profissionais de saúde, da concepção do PIASC e de seu desenho formativo pautado no projeto político pedagógico dos cursos, da mudança de atitude dos docentes no que diz respeito às suas práticas pedagógicas,

ao seu desenvolvimento profissional e à gestão universitária. Além disso, o PIASC carece de um corpo docente engajado, coeso e que possa desenvolver estratégias consistentes, do ponto de vista individual e coletivo, problematizando a fundo as questões pedagógicas a partir da prática, alinhando com a teoria, para compreender e solucionar os problemas em sua complexidade. A partir disso, construir novos saberes, novas práticas pedagógicas capazes de provocar nos estudantes aprendizagens construtivas e a produção autoral de conhecimentos através da pesquisa e o desenvolvimento de competências cognitivas complexas, como: analisar, comparar, julgar, formular hipóteses, interpretar, criar, tomar decisões, avaliar decisões implementadas, bem como de atitudes e valores humanos e éticos.

Por fim, cabe lembrar que esta pesquisa, de natureza qualitativa, não pretende a generalização dos seus achados, mas que estes sirvam de referência para a compreensão de situações similares, apontando para a complexidade da formação de profissionais de saúde e, conseqüentemente, dos docentes formadores desses profissionais.

Nesse sentido, esta investigação está aberta a críticas e considerações, sendo pertinente destacar outras possibilidades de futuras pesquisas. Uma possibilidade de avançar nessa pesquisa seria aprofundar o conhecimento acerca da contribuição da experiência do PIASC para os estudantes do DCV, trabalhadores dos distritos sanitários e usuários do SUS. Outra possibilidade seria a realização de uma pesquisa-ação, com os professores do PIASC, voltada para a compreensão do processo de aprendizagem e para a mudança de atitudes e valores dos estudantes na perspectiva da humanização.

A produção deste trabalho possibilitou-me transitar de forma mais ou menos aprofundada por diversas nuances da pedagogia universitária, assim como permitiu uma experiência singular na concepção e no desenvolvimento da pesquisa, como também oportunizou mergulhar nas políticas públicas de saúde e de formação de profissionais, fortalecendo os laços entre essas duas áreas da minha formação.

Esse caminho foi sendo construído aos poucos, a partir da relação problematizadora e dialógica com a orientadora, referência em docência universitária. Esse percurso permitiu reflexões valiosas, que reverberam constantemente nos espaços e tempos de minha vida pessoal e profissional, incorporando novos elementos pedagógicos, tornando-se verdadeiramente uma ponte para o encontro com inúmeras possibilidades de aprendizagem, com novas perspectivas de criação e diálogo e, sobretudo, com a ressignificação de minha prática docente.

## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 5.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ALMEIDA, Maria Isabel. **Formação do professor do Ensino Superior**. 1ª. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2012.

ALEMIDA FILHO, Naomar de. **O que é Saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos; ALVES, Leonir Pessate. Estratégias de ensinagem. In: ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos; ALVES, Leonir Pessate. (Orgs.). **Processos de ensinagem na universidade**: Pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 3. ed. Joinville: Univille. p.67-100. 2004.

ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos. Desafios da docência universitária em relação a algumas bases teórico-metodológicas do ensino de graduação In: CUNHA, Maria Isabel da; SOARES, Sandra Regina; Ribeiro, Marinalva Lopes (Org.). **Docência Universitária**: profissionalização e práticas educativas. Feira de Santa: UEFS Editora, p.151-168. 2009.

ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liber Livro, 2005.

BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Helena Sylvia. A docência em saúde: desafios e perspectivas In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Helena Sylvia. **Docência em saúde**: temas e experiências. 2ªed. São Paulo: Senac, p.17-27, 2014.

BATISTA, Helena Sylvia; ROSSIT, Rosana Aparecida. Aprendizagem, ensino e formação em saúde: das experiências às teorias em construção In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Helena Sylvia (Org.) **Docência em saúde**: temas e experiências. 2ªed. São Paulo: Senac, p.52-68, 2014.

BARBEL, Neusi Aparecida Navas. Metodologia da Problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior. **Semina: Ci. Soc./Hum.**, Londrina, v. 16, n.2, Ed. Especial, p.9-19, out. 1995.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Traduzido por Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, Lisboa: Edições 70, 1977.

BOELEN, Charles. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. **Bull World Health Organ**. v.80, n.7, p.592-3. 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde**, Brasília, 2001 - Disponível em <http://portal.mec.gov.br> acesso em 20/12/2014.

BRASIL. **Lei no 9.394**. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, 1996.

BRASIL. **Lei nº8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação Secretaria de Políticas de Saúde/Secretaria de Ensino Superior - **Projeto de incentivo a mudanças curriculares em cursos de medicina**, Brasília, maio de 2001.

BURBULES, Nicholas Constantine. **El diálogo en la enseñanza**. Teoría y práctica. Buenos Aires, Amorrortu editores, 1999.

CALDER, Ritchie. **O homem e a medicina**: mil anos de trevas. São Paulo: Hemus, 1974.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.399-407, 2007.

CAPOZZOLO, Ângela Aparecida; IMBRIZI, Jaqueline Maira; LIBERMAN, Flávia; MENDES, Rosilda. Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde. **Revista Interface**. vol.17, n.45, p. 357-370, 2013.

CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. **Tratado da saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.137-170, 2006.

CARBONNEAU, Michel. MODELOS DE FORMAÇÃO E PROFISSIONALIZAÇÃO DO ENSINO: análise crítica de tendências norte-americanas. **Revista da FAEBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 15, n. 26, p.115-134, jul./dez., 2006.

CASTANHO, Sérgio, E. M.A **Universidade entre o sim, o não e o talvez**. In, VEIGA, Ilma Passos Alencastro; CASTAANHO, Maria Eugênia L.M (Orgs.). Campinas, SP: Papirus, p.13-50, 2000.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER CM Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis** 14.1, p.41-65, 2004.

CONTRERAS, José. **A Autonomia de professores**. São Paulo: Cortez, 2002.

CUNHA, Maria Isabel da. **Aula Universitária: Inovação e Pesquisa**. In LEITE, Denise B.C; MOROSINI, Marília (Orgs.) Universidade futurante. Produção do ensino e inovação. Campinas, SP: Papirus, p.79-93, 1997.

CUNHA, Maria Isabel da. **O professor Universitário na transição de paradigmas**. São Paulo: Junqueira e Marin Editores, 2º ed. 2005.

CUNHA, Maria Isabel da. Pressupostos do desenvolvimento profissional docente e o assessoramento pedagógico na universidade em exame In: CUNHA, Maria Isabel da (Org.) **Estratégias Institucionais para o desenvolvimento profissional docente e as assessorias pedagógicas universitárias**: memórias, experiências, desafios e possibilidades. São Paulo: Junqueira e Marin Editores, p.27-57, 2014.

CUNHA, Maria Isabel da. Qualidade da graduação: o lugar do assessoramento pedagógico como propulsor da inovação e do desenvolvimento profissional docente. **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, n.57, p.17-31, jul./set. 2015.

CUNHA, Maria Isabel da. **Trajetórias e lugares de formação da docência universitária: da perspectiva individual ao espaço institucional a ser realizado**. São Leopoldo: Unisinos. Projeto de pesquisa, PPGEduc, 2006.

DAY, Christopher. **Desenvolvimento profissional de professores**. Os desafios da aprendizagem permanente. Porto: Porto Editora, 2001.

DRÈZE, Jacques; Debelle, Jean. **Concepções da universidade**. Fortaleza: Edições Universidade Federal do Ceará, 1983.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio et al. Programa de educação pelo trabalho: relato de experiência sobre a formação de trabalhadores. **Cogitare enferm**. Curitiba, v. 19, n. 1, mar. 2014 .

EPSTEIN Ronald; HUNDERT Edward, **JAMA - The Journal of the American Medical Association**. 287(2), p.226-235, 2002.

FABRE, Michel. Problematização dos saberes In: ZANTEN, Agnès Van. (Coord.). **Dicionário de Educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia?** 4ª ed. São Paulo: Loyola; 1996.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. **Interdisciplinaridade: qual o sentido?** São Paulo: Paulus, 2003.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; FIORINI, Vânia Maria Lopes; CRIVELARO, Everton. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v.34, n.2, p.207-215, 2010.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: ABEM, 2002.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. **Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde**. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2014.

FLEXNER, Abraham. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.

FNEPAS. **Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde**. Disponível em <http://www.fnepas.org.br> acesso em 20/01/2015.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 25ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 2012.

FRANCO, Túlio Batista, MAGALHÃES Jr HM. **Integralidade na assistência a saúde: a organização das linhas do cuidado** In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2004.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. PSF: Contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial In **O trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiando**, HUCITEC, São Paulo, 2003.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação**: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Educação e a crise do capitalismo real**. São Paulo: Cortez, 1995.

GIL, Célia Regina Rodrigues et al. Interação ensino, serviços e comunidade: Desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Revista brasileira de educação médica**. v.32, n.2, p.230-239, 2008.

GADOTTI, Moacir. Pressupostos do Projeto Pedagógico. **Anais da Conferência Nacional de Educação para Todos**. Brasília: 1994.

GARCIA, Maria Alice Amorim. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**; v.8, p.89-99, 2001.

GATTI, Bernadete Angelina. Avaliação e qualidade do desenvolvimento profissional docente. **Rev. Avaliação**, Campinas; Sorocaba, SP, v.19, n.2, p. 373-384, jul. 2014.

GONZÁLEZ Rey, Fernando. **Epistemologia cualitativa y subjetividad**. São Paulo: Educ, 1997.

GORDAN, Pedro A. Currículos Inovadores: O desafio da inserção docente. In BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena. **Docência em Saúde: Temas e experiências**. São Paulo: Editora Senac, 2º ed., p.169-181, 2014.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

IRBY, David. Models of faculty development for problem-based learning. **Advances in Health Sciences Education**. v.1(1), p.69-81, 1996.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KELCHTERMANS, Geert. O comprometimento profissional para além do contrato: Autocompreensão, vulnerabilidade e reflexo dos professores In: FLORES, Maria Assunção;

SIMÃO, Ana Margarida Veiga (org.) **Aprendizagem e desenvolvimento profissional de professores: Contextos e Perspectivas**. Portugal: Edições Pedagogo, p.61-98, 2009.

KOIFMAN, Lilian. A teoria de currículo e a discussão do ensino médico. **Rev. Bras. Educ. Med.** v.22, p.37-47, 1998

KORTHAGEN, Fred. A prática, a teoria e a pessoa na aprendizagem profissional ao longo da vida In: FLORES, Maria Assunção; SIMÃO, Ana Margarida Veiga (org.) **Aprendizagem e desenvolvimento profissional de professores: Contextos e Perspectivas**. Portugal: Edições Pedagogo, p.39-60. 2009.

KORTHAGEN, Fred. In: search of the essence of a good teacher: Towards a more holistic approach in teacher education. **Teaching and Teacher Education**, n.20 v.1, p.77-97, 2004.

KUABARA, Cristina Toschie de Macedo, ET AL. Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Min Enferm.** v.18, n.1 p.195-201, 2014.

LAGANÁ, Maria Teresa C. Integração: docente-assistencial. **Enfoque.** v.14, n. 1, p. 12-15, 1986.

LIBÂNIO, José Carlos. O ensino de graduação na universidade - a aula universitária. In: **XI Semana de planejamento acadêmico integrado UCG**, 2005, Goiânia. Disponível em: <http://www.nutes.ufrj.br>. Acesso em: 28 fev. 2016.

LIEBERMAN, Ann. Practices that support teacher development: ransforming conceptions of professional learning. **Phi delta kappan**, v.76, n.8, p.591-596, 1995.

LIMA, Darcy. **História da Medicina**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

LIMA, Maria de Fátima Evangelista Mendonça; LIMA-FILHO, Dario de Oliveira. Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário/a. **Ciências & Cognição**; vol.14 (3), p. 62-82, 2009.

LINS, Manuela R.C.; ARAUJO, Monilly R.; MINERVINO, Carla A. S.M. Estratégias de aprendizagem: um estudo teórico In: MINERVINO, Carla A. S.M.; NÓBREGA, Juliana N.; (Org.) **Aprendizagem e emoção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

LIZARRAGA, Maria Luisa Sanz de Acedo. **Competencias cognitivas em educación superior**. Narcea, S. A. DE EDICIONES, 2010.

LUCARELLI, Elisa. **Innovación en el aula: el eje de la articulación teoria-práctica em la universidad**. Buenos Aires, UBA, 2004.

MACHADO, Maria Helena. Gestão do Trabalho em Saúde In: **Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira; Julio Cesar França Lima (Org.). 2. ed. rev. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MAMEDE, Silva. **Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional**. Fortaleza: Hucitec, 2008.

MARCELO GARCIA, Carlos. **Formação de professores**. Para uma mudança educativa. Porto: Porto Editora, 1999.

MARCELO, Carlos. Desenvolvimento Profissional Docente: passado e futuro. **Revista de Ciências da Educação**, n.8, p.7-22, 2009.

MARIN, Maria José Sanches et al. Aspectos da Integração Ensino-Serviço na Formação de Enfermeiros e Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.37, n.4, p.501- 508, 2013.

MARIN, Maria José Sanches, et al. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. **Ciênc. saúde coletiva**; v.19, n.3, p.967-974, 2014.

MASETTO, Marcos Tarciso. **Competência Pedagógica do Professor Universitário**. 2 ed. São Paulo: Summus, 2012.

MASETTO, Marcos Tarciso. **Docência universitária: repensando a aula**. Ensinar e aprender no ensino superior: por uma epistemologia da curiosidade na formação universitária, v. 2, p.79-108, 2005.

MASETTO, Marcos Tarciso. Formação continuada de docentes do ensino superior numa sociedade do conhecimento In: CUNHA, Maria Isabel da; SOARES, Sandra Regina; Ribeiro, Marinalva Lopes (Org.). **Docência Universitária: profissionalização e práticas educativas**. Feira de Santa: UEFS Editora, p.99-116, 2009.

MASETTO, Marcos. **Competência pedagógica do professor universitário**. São Paulo. Summus Editorial, 2003.

MENDES, Eugenio Vilaça. **A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas**. Belo Horizonte: PUC/FINEP, 1985.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface, Comunicação, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-177, 2005.

MERHY, Emerson Elias; MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Fausto Pereira dos. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência transformadora da gestão. **Universidade Federal Fluminense**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: [www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf](http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf). Acesso em 20 set. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina Ribeirão Preto**. v.24, n.2, p.70-77, 1991

MIZUKAMI, Maria da Graça Nicoletti. Aprendizagem da docência: professores formadores. In: **Revista E-Curriculum**, São Paulo, v.1, n.1, dez.-jul, 2005-2006. Disponível em: <http://www.pucsp.br/ecurriculum>. Acesso em 03 fev 2016.

MORAES, Maria Candida. **O paradigma educacional emergente**. 15 ed. Campinas: Papirus, 2010.

MONEREO, Carles; POZO, Juan Ignacio. **La universidade ante la nueva cultura educativa: ensinar y aprender para la autonomia**. Barcelona: Editorial Síntesis, 2009.

MONTERO, Lourdes. **La construcción del conocimiento profesional docente**. Santa Fe: Homosapiens. 2001.

NÓVOA, Antônio. **Professores Imagens do futuro presente**. Lisboa: Educa, 2009.

NÓVOA, Antônio. **O regresso dos Professores**. Lisboa: Educa, 2011.

OLIVEIRA, Ana Áurea Alécio de, et al. Processo de Interação Ensino, Serviço e Comunidade: a Experiência de um PET-Saúde. **Revista brasileira de educação médica**, 36 (1 Supl. 2) : 184 – 192 ; 2012.

OMS, **Organização Mundial de Saúde**. 2015. Disponível em: <http://www.who.int> acesso em 02/02/2015.

OMS, **Organização Mundial de Saúde**. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, 2010. Disponível em <http://www.paho.org/bra> acesso em 02/06/2015

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio da. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.** v.32, n.4, p.492-499, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro; MedBook, 2014.

PAVIANI, Jayme; POZENATO, José Clemente. **A universidade em debate**, Caxias do Sul, Universidade Caxias do Sul, 1980.

PEDUZZI, Marina, et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p.977-983, Aug. 2013 .

PEREIRA, Juliana Guisardi, et al. Integração Academia, Serviço e Comunidade: um relato de experiência do curso de graduação em medicina na atenção básica no município de São Paulo. **O Mundo da Saúde**. V.33, n.1, 2009.

PEREIRA, Juliana Guisardi. **Articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: em foco o distrito do Butantã**. 2007. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva). Universidade de São Paulo. 2007.

PIAGET, Jean. **A Equilibração das Estruturas cognitivas: Problema Central do Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

PIMENTA, Selma Garrido; ALMEIDA, Maria Isabel. **Pedagogia Universitária: Caminhos para a formação de professores**. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

PIMENTA, Selma Garrido; ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos. **Docência no Ensino Superior: problematização. Docência em Formação**. 5.ed. São Paulo. Cortez, 2014.

NOB/RH–SUS. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS. **Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde, Série J. Cadernos, 3.<sup>a</sup> edição, Brasília – DF, 2005.

POZO, Juan Ignacio. **Psicología del aprendizaje universitario: La formación en competencias**. Morata: España, 2009.

PRÓ-SAÚDE. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br> acesso em 20/01/2015.

RAMALHO, Betania Leite; NUÑEZ, Isaro Beltrán; GAUTHIER, Clermont. **Formar o professor, profissionalizar o ensino: perspectivas e desafios**. Porto Alegre: Sulina, 2004.

REZENDE, Joffre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Editora. Unifesp, p.281-295, 2009.

ROSSI, Paolo. **O nascimento da ciência moderna na Europa**. São Paulo: EDUSC, 2001.

SACRISTÁN, José Gimeno. **Educar por competências: o que há de novo?** Porto Alegre: Artmed, 2011.

SAMPAIO, Rosely Moraes; LANIADO, Ruthy Nadia. **Revista de Administração Pública**, Rio De Janeiro, v.43(1), p.151-74, Jan/fev. 2009.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Um Discurso sobre as Ciências**. 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS FILHO, Lycurgo. **História Geral da Medicina Brasileira**. São Paulo: HUCITEC-EDUSP, 1991.

SAVIANI, Demerval. **Escola e democracia**. Campinas: São Paulo: 2001.

SAVOIE-ZAJC, Lorraine. L’entrevue semi-dirigée. In: BENOÎT, Gauthier. **Recherche Sociale**. De la problematique à la collecte des données. Quebec: Presses Université du Quebec, p.263-285, 2000.

SCHAFF, Adam. **A Sociedade Informática**. 4<sup>o</sup> Ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SCLIAR, Moacyr. **Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: Senac, 2002.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1 p.29-41, 2007.

SOARES, Sandra Regina. Cidadania e relação com o saber no currículo de formação de professor: desvelando sentidos da prática educativa. **Educação Unisinos**. v.12, n.3, p.187-195, 2008.

SOARES, Sandra Regina; CUNHA, Maria Isabel. **Formação do professor: a docência universitária em busca de legitimidade**. Salvador: Edufba, 2010.

SOARES, Sandra Regina; MARTINS, Édiva de Souza. **Qualidade de ensino: tensões e desafios para os docentes universitários na contemporaneidade**. Salvador: Edufba, 2014.

SOARES, Sandra Regina; RIBEIRO, Marinalva Lopes; MASSENA, Elisa Prestes. ESTUDO TRÊS - Desenvolvimento profissional docente em cursos de Medicina: estratégias institucionais de duas universidades públicas na Bahia In: CUNHA, Maria Isabel da. (Org.). **Estratégias Institucionais para o desenvolvimento Profissional Docente e as Assessorias Pedagógicas Universitárias: memórias, experiências, desafios e possibilidades**. 1ed. Araraquara. São Paulo: junqueira & Marin Editores, v.1, p.91-123, 2014.

SOARES, Sandra Regina; OLIVEIRA, Ana Lise Costa de. Relação de poder no exercício da docência universitária In: SOARES, Sandra Regina; MARTINS, Édiva de Souza. **Qualidade de ensino: tensões e desafios para os docentes universitários na contemporaneidade**. Salvador: Edufba, 2014.

SOARES, Sandra Regina; VIEIRA, Flávia. Aprendizagem, ensino e desenvolvimento profissional docente na universidade: desafios, perspectivas e trajetórias de mudança. **Revista da FAEBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 23, n. 41, p.165-177, jan./jun. 2014.

SOBRINHO, José Dias. Professor Universitário: contextos, problemas e oportunidades In: CUNHA, Maria Isabel da; SOARES, Sandra Regina; Ribeiro, Marinalva Lopes (Org.). **Docência Universitária: profissionalização e práticas educativas**. Feira de Santa: UEFS Editora, p.15-31. 2009.

SOUZA, Ana Maria Costa de Gestão Acadêmica atual, In: COLOMBO, Sonia Simões; RODRIGUES, Gabriel Mário. **Desafios da gestão universitária contemporânea**. Penso Editora, 2011.

SOUZA, Sandro Cilindro de. **Lições de Anatomia**. Salvador: Edufba, p.11-48, 2010.

TARDIF, Maurice. **Saberes docentes e formação profissional**. 17º ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

TEIXEIRA, Anísio. **Ensino superior no Brasil: análise e interpretação de sua evolução até 1969**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2005.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Ensino da Saúde Coletiva na Graduação. **Boletim ABEM**. Volume xxxi, n.3, p.7, maio/jun. 2003.

TOMEY, Agustín Vicedo. Abraham Flexner, pionero de la educación médica. **rev. cub. educ. med. super.** v.2, n.16, p.156-163, 2002.

TRILLO, Felipe. **Atitudes e valores no ensino**. Lisboa: Instituto Piaget, 2000.

UNEB. **Universidade do Estado da Bahia**. Disponível em <http://www.uneb.br> acesso em 25/01/2015a.

UNEB. Universidade do Estado da Bahia. **Projeto Político Pedagógico dos cursos do DCV**. Salvador: 2015b.

UNEB. Universidade do Estado da Bahia. **Ementa do Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade I, II, III, IV e MED**. Salvador: 2015c.

UNEB. Universidade do Estado da Bahia. **Regulamento do Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade**. Salvador: 2013d.

VAN DER MAREN. **Méthodes de recherche pour l'éducation**. Canada, Quebec: Les Presses de l'Université de Montreal, 2º ed, 1992.

VASCONCELLOS, Celso. S. **A construção do conhecimento em sala de aula**. São Paulo: Libertad, n.2, 1994.

VASCONCELOS, Maria Lucia M. Carvalho. Contribuindo para a formação de professores universitários: relato de experiências. In: MASETTO, M. (Org). **Docência na universidade**. 4º ed. Campinas: Papirus, 2002.

VIEIRA, Flávia. O professor como arquiteto da pedagogia na universidade. **Revista Teias**, v. 14, n.33, p.138-156, 2013.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem** julho-agosto, v.11, n. 4, p.525-531, 2003.

WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928**. São Paulo: EDUSC. Rio Grande do Sul: Editora UFSM, 1999.

ZABALA, Antoni. **Enfoque Globalizador e Pensamento Complexo: uma proposta para o currículo escolar**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

ZABALZA, Antoni, ARNAU, Laia. **Como aprender e ensinar competências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ZEICHNER, Kenneth M. Uma análise crítica sobre a “reflexão” como conceito estruturante na formação docente. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 29, n. 103, p.535-554, maio/ago. 2008.

## APÊNDICES

### APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Projeto de Pesquisa “DOCÊNCIA E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DOCENTE NA EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO ACADEMIA, SERVIÇO E COMUNIDADE (PIASC)”, conduzido pelo mestrando Marcelo Peixoto Souza e pela orientanda professora Dra. Sandra Regina Soares, faz parte do trabalho de conclusão de curso exigido pelo Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade - PPGEDUC /UNEB.

Este projeto tem como principal objetivo compreender a contribuição da experiência no Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade (PIASC) para o desenvolvimento profissional docente dos responsáveis por este componente curricular. Visando responder adequadamente ao objetivo desta pesquisa, optamos por uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória com uma abordagem qualitativa, mais adequada para acessar os dados em contextos singulares e complexos que instigam e demandam diferentes formas de apreensão dos sentidos e das práticas dos sujeitos da pesquisa. A técnica para a coleta de dados envolve a realização de uma entrevista com a duração média de 1 hora e 30 minutos. As interações serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas, permitindo uma análise detalhada e com o maior rigor científico.

O sujeito participante não terá ônus algum e nem receberá qualquer tipo de pagamento ou gratificação financeira. O propósito geral desse trabalho é de contribuir para o aumento do conhecimento científico na área de docência universitária em saúde, como também trazer benefícios para o crescimento pessoal e profissional do participante, a partir da reflexão sobre as necessidades e estratégias de desenvolvimento profissional docente na condução do PIASC. Assim, acreditamos que será uma experiência de aprendizagem mútua para os pesquisadores e para os participantes.

O Parecer nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde considera que “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos”. No entanto, para evitar qualquer desconforto ou danos à pessoa nas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural, espiritual e profissional, previmos os seguintes procedimentos: a) preservar o anonimato – o nome do participante em cada gravação será substituído por um código numérico; b) as gravações e as respectivas transcrições serão guardadas em lugar seguro, ao qual somente os pesquisadores

terão acesso; c) as gravações serão destruídas logo após o seu tratamento científico; e) as informações não serão utilizadas em prejuízo dos participantes.

Apesar dessas medidas, aquele participante que se sentir eventualmente invadido ou incomodado, pode, voluntariamente, desistir da sua participação, sem qualquer prejuízo, em qualquer momento da entrevista. O participante, sempre que sentir necessidade, poderá contatar com os pesquisadores do projeto, por meio eletrônico (e-mail: mapsouza@uneb.br e ssoares@uneb.br) ou por telefone: Marcelo Peixoto (71) 9130-8683; Sandra Soares (71) 9911-0866. Além disso, em caso de dúvidas sobre questões éticas, o participante poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos CEP/UNEB, ao qual foi submetido este projeto de pesquisa, sediado na UNEB, em Salvador, Rua Silveira Martins, 2555, Cabula. CEP: 41.150-000, Pavilhão Administrativo – Térreo, por telefone (71-3117 2445), ou e-mail (cepuneb@uneb.br).

Ciente da natureza desta pesquisa, do seu objetivo, de seus métodos e benefícios, autorizo a minha participação voluntária e a gravação em áudio do meu depoimento.

Salvador-Bahia, .....de ..... de 2015.

---

Assinatura do (a) participante.

## APÊNDICE II - GUIA DE ENTREVISTA

**Questões-chave em negrito**

Em itálico, pontos possíveis de serem explorados durante a interação/entrevista

**1) Na sua opinião, que características ou competências dos profissionais de saúde são mais importantes para a sociedade no contexto atual? Em outras palavras, quais são as competências fundamentais a serem desenvolvidas no profissional em formação no seu curso?**

**2) Qual a contribuição do PIASC para o desenvolvimento dessas características?**

- *Qual a importância da experiência no campo da prática para a formação desses profissionais da saúde?*

- *Como sua atuação no PIASC contribui para que os estudantes construam seu projeto de vida como profissionais?*

**3) Quais são as principais limitações desse programa?**

- *A que você atribui essas limitações?*

- *Como você atua para superar esses problemas?*

**4) Como os professores envolvidos neste programa planejam e avaliam o trabalho desenvolvido no PIASC?**

- *De que forma são conduzidas as reuniões de professores do PIASC? O que você tem aprendido nelas?*

- *Existe algum tipo de discussão, partilha ou socialização entre os pares sobre processo de ensino-aprendizagem no PIASC? (Em caso afirmativo) Como você avalia essa experiência? Qual a repercussão na sua prática? (Em caso negativo) Você considera que seria uma experiência válida?*

**5) Como é ser professor do PIASC? Que competências são necessárias para seu exercício?**

- *Que carências didático-pedagógicas você reconhece ter? Como busca suprir essas carências a fim de melhor contribuir para a formação profissional dos alunos?*

- *Ser docente do PIASC gera para você que tipo de aprendizagens sobre a docência - neste programa e em outras disciplinas? O que facilita tais aprendizagens?*

**6) Como foi participar desta entrevista?**

### APÊNDICE III – FORMULÁRIO PERFIL DOS PARTICIPANTES

#### Caro docente,

Este formulário tem o objetivo de identificar o perfil dos participantes desta pesquisa, sendo, entretanto, garantido o anonimato dos participantes.

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**Instruções:** Por favor, leia o formulário a seguir e marque um “X” apenas em uma alternativa de cada questão, exceto na questão nove (9). O preenchimento da questão dez (10) é de ordem descritiva.

1. Sexo:  Masculino  Feminino

2. Faixa etária:

< 30 anos;  31-35 anos;  36-40 anos;  41-45 anos;  46-50 anos;  > 51 anos.

3. Regime de trabalho: 01-  20 horas 02-  40 horas 03-  Dedicção Exclusiva (DE)

4. Caso não esteja enquadrado no regime de Dedicção Exclusiva, você tem outro vínculo empregatício?

Sim  Não

5. Tempo de experiência no ensino superior:

< 5 anos;  6 a 10 anos;  11 a 15 anos;  16 a 20 anos;  > 21 anos.

6. Tempo de experiência como docente na UNEB:

< 5 anos;  6 a 10 anos;  11 a 15 anos;  16 a 20 anos;  > 21 anos.

7. Tempo de experiência como docente no PIASC:

1 semestre letivo  2 semestres letivos  3 semestres letivos  4 semestres letivos  5 semestres letivos  6 semestres letivos  7 semestres letivos

8. Exercício no ensino superior:  Apenas na graduação;  Na graduação e na pós-graduação.

9. Além da docência/ensino, que outras atividades desenvolve na instituição?  Gestão (coordenação de área, colegiado etc.);  Pesquisa;  Extensão;

Outras: \_\_\_\_\_

10. Descreva abaixo as formações que possui:

Bacharelado em \_\_\_\_\_ (especifique)

Especialização \_\_\_\_\_(especifique)  
Mestrado \_\_\_\_\_(especifique)  
Doutorado \_\_\_\_\_(especifique)  
Pós-Doutorado \_\_\_\_\_(especifique)

## APÊNDICE IV - ESQUEMA DE CATEGORIA

### 1. PIASC

#### 1.1 GÊNESE DO PIASC NO DCV

##### 1.1.1 Redimensionamento curricular

- a) A aproximação dos Ministérios da Educação e da Saúde fomentou a discussão para um perfil de profissional de saúde voltado para o SUS.
- b) O PIASC surge a partir da reforma curricular dos cursos de saúde do DCV.
- c) A implantação do curso de Medicina fomentou a criação do PIASC envolvendo os demais cursos de saúde do Departamento de Ciências da Vida.
- d) O PIASC surge como uma alternativa viável de trabalho interdisciplinar.
- e) O PIASC surge por uma demanda institucional, e não por um movimento do coletivo dos docentes.

##### 1.1.2 Dificuldades encontradas no redimensionamento do novo currículo dos cursos do DCV

#### 1.2 PERFIL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE ALMEJADO PELO PIASC

##### 1.2.1 Compromisso social

- a) Promover a mudança de mentalidade da comunidade e dos estudantes frente à saúde.
- b) Ser comprometido socialmente com a saúde da população de baixa renda.
- c) Assegurar formação geral do estudante em Saúde Coletiva, sem presumir a obrigação da permanência do futuro profissional nesta área.

##### 1.2.2. Competência técnica

- a) Despertar a visão crítica acerca da Saúde Pública para o enfrentamento dos problemas de saúde.

##### 1.2.3 Competência humanista e ética

- a) Domínio de conhecimentos específicos de sua área, da competência relacional e ética.
- b) A competência ética e relacional é fundamental na atuação do profissional de saúde.
- c) Assegurar bom atendimento à saúde do paciente, livre de qualquer preconceito.

Contraponto:

- d) O desenvolvimento da competência ética e relacional depende da concepção do professor acerca do profissional de saúde.

##### 1.2.4 Competência para trabalhar em equipe interprofissional

- a) Saber trabalhar em equipe de forma interdisciplinar.
- b) Capacidade de trabalhar em equipe.

#### 1.3 CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DO PIASC

##### 1.3.1 De natureza estrutural

- a) Envolve etapas de crescente engajamento do estudante com o contexto da prática.
- b) Preconiza uma relação horizontal entre as profissões da área de saúde, cujas formações são assumidas pelo DCV.
- c) Diferencia-se do estágio curricular pelo seu caráter investigativo e de intervenção nos problemas de saúde da comunidade.

- d) Possui estrutura flexível que contempla as possibilidades de cada turma e os desafios por elas vivenciados.
- e) O desenvolvimento das práticas no PIASC obedece a um ciclo de visitas à comunidade.
- f) O processo de observar e analisar as situações desenvolve competências nos estudantes.
- g) Assume formato singular no curso de Medicina.

### **1.3.2 De natureza política e social**

- a) Promove interlocução com usuários, profissionais e gestores do sistema de saúde.
- b) Estimula maior engajamento do estudante no contexto social.
- c) Possibilita que os futuros profissionais de saúde aprendam a atuar no Sistema Único de Saúde de forma integrada.
- d) Visa o desenvolvimento do compromisso social crítico e a autonomia do futuro profissional de saúde.
- e) Adota o diálogo como meio de sensibilização dos agentes da comunidade, para se comprometerem com a sua própria saúde.
- f) Estimula o desenvolvimento da competência relacional.

### **1.3.3 De natureza estratégica e cultural**

- a) Provoca inter-relação de estudantes, futuros profissionais das diversas áreas de saúde.
- b) Visa superar a cultura de supremacia da Medicina em relação às demais formações da área de saúde.

## **1.4 CONTRIBUIÇÃO DO PIASC PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS**

### **1.4.1 Papel do docente**

#### **1.4.1.1 Sensibilizar os profissionais das unidades de saúde para as ações integrativas.**

#### **1.4.1.2 Reconhecer o território e preparar as condições para a intervenção.**

#### **1.4.1.3 Contribuir para o desenvolvimento pessoal e da consciência social dos estudantes**

- a) Provocar os estudantes para que reflitam sobre questões essenciais para sua atuação profissional.
- b) Despertar a visão crítica acerca da Saúde Pública com vistas ao enfrentamento dos seus problemas.
- c) Mobilizar os estudantes com origem social diversificada para atuar de forma interdisciplinar e em comunidades de baixa renda.

#### **1.4.1.4 Capacidade de lidar com frustrações e de compreender os limites e possibilidades dos estudantes**

#### **1.4.1.5 Capacidade de adequar os conteúdos e a metodologia às demandas concretas da comunidade**

### **1.4.2 Estratégias pedagógicas desenvolvidas no PIASC**

#### **1.4.2.1 Articulação teoria e prática**

##### **1.4.2.1.1 As atividades de construção do conhecimento e de intervenção variam de acordo com os níveis do PIASC e com as demandas específicas da comunidade**

#### **1.4.2.1.2 Reflexão coletiva sobre a vivência no campo da prática**

- a) Investimento em experiências de reflexão e articulação entre a prática e a teoria em diversos contextos.
- b) Adota como fontes de informação os conhecimentos científicos e os conhecimentos dos agentes comunitários de saúde.
- c) A teoria percebida como contribuição para a compreensão crítica do contexto da saúde pública.
- d) Didática centrada na problematização das situações vivenciadas no campo pelos estudantes.
- e) A reflexão dos estudantes sobre a prática tem um potencial maior de transformação do estudante que a aula expositiva.
- f) A observação e a análise das situações da prática desenvolvem competências nos estudantes.
- g) Os elementos favoráveis ou desfavoráveis da experiência são utilizados para desenvolver a reflexão dos estudantes sobre si e sobre a prática.
- h) Investimento na leitura de textos e discussão em grupo para refletir sobre a prática.
- i) A dinâmica da inter-relação entre a teoria e a prática é fonte de prazer docente.
- j) Contempla a ressignificação de estereótipos concebidos pelos estudantes sobre a comunidade.

#### **1.4.2.1.3 A Saúde Pública como fio condutor da articulação entre teoria e prática**

- a) Os professores oportunizam a relação teoria e prática dos conceitos do SUS.
- b) As fontes de dados do sistema de saúde são utilizadas gerando devolutivas para as unidades.
- c) Experiência vivencial com componente de aprendizagem da realidade social.
- d) O contato com o sistema de saúde motiva o estudante a se implicar mais no seu processo formativo.
- e) A relação do estudante com o contexto da saúde pública, desde o início do curso, possibilita uma visão crítica e novas formas de atuação profissional.
- f) Problemas concretos da prática da saúde no contexto do SUS como conteúdos do processo de ensino-aprendizagem
- g) Após a experiência do PIASC, o estudante amplia sua concepção de saúde e de trabalho coletivo.
- h) A vivência dos estudantes do PIASC com o sistema de saúde pública desenvolve competências sociais, ultrapassando a lógica tecnicista.

#### **1.4.2.1.4 A experiência do PIASC provoca alterações no estágio supervisionado**

#### **1.4.2.1.5 Problematização de questões sociais e políticas conjunturais relacionadas à saúde**

- a) A compreensão política do sistema de saúde possibilita a formação de profissionais críticos.
- b) Investimento na compreensão mais ampla dos estudantes acerca do SUS.
- c) A discussão de temas transversais da área de humanidades fundamenta a compreensão do contexto social.

#### **1.4.2.3 Leitura prévia à aula de material teórico**

#### **1.4.2.4 Aulas participativas envolvendo feedbacks mútuos entre professor e estudantes**

- a) Investimento em dinâmicas de grupo e a criatividade fazem parte do repertório de estratégias docentes no PIASC.
- b) Investimento docente em aulas dialogadas.
- c) Estímulo à iniciativa do estudante na busca do conhecimento.
- d) Envolvendo o diálogo, a expressão de sentimentos e a reflexão possibilitam o crescimento dos estudantes e do docente.
- e) Respeito ao jeito de ser de cada estudante

Contraponto:

Contradição entre a proposta de mudança do ensino transmissivo e a concepção de que o caráter inovador do PIASC ocorre essencialmente no contexto do campo.

Ensino no PIASC assumido, principalmente, numa perspectiva tradicional, em decorrência da formação dos docentes e da trajetória dos discentes.

#### **1.4.2.5 Incorporação de tecnologias adotadas pelos estudantes**

### **1.4.3 Relação professor-estudante**

#### **1.4.3.1 Investe no desenvolvimento do conjunto dos estudantes**

- a) O processo de aprendizagem se estabelece na relação empática estudante-professor.
  - b) A responsabilidade da aprendizagem é fundamentalmente do estudante.
- Não é conivente com a discriminação entre os estudantes e/ou os cursos.

Contraponto:

Estudante denuncia, na sala do PIASC, discriminação por parte de determinado professor.

#### **1.4.3.2 Sensibiliza os estudantes para vivenciarem uma formação profissional mais ampla**

- a) O professor busca convencer os estudantes sobre a importância da experiência para a sua formação
- b) A capacidade do docente de sensibilizar os estudantes é maior quando ele se identifica com o PIASC.
- c) Necessidade dos professores pactuarem sobre como agir diante das queixas e demandas dos discentes.
- d) Intervenção do professor nas relações interpessoais dos estudantes.

Contraponto:

e) Dificuldade de lidar com os estudantes com um perfil mais desafiador.

#### **1.4.3.3 Possibilita a avaliação da atuação docente pelos estudantes**

#### **1.4.3.4 Investe, junto aos estudantes, na superação da visão de superioridade do profissional de medicina em relação às outras profissões de saúde**

- a) Mediação da relação de poder entre os estudantes de medicina e os dos demais cursos.
- b) Apesar da proposta do PIASC pretender a integração, prevalecem os subgrupos por cursos.
- c) Estudantes denunciam o distanciamento dos colegas de medicina.

### **1.4.4 Estratégias de avaliação da aprendizagem**

#### **1.4.4.1 Estratégias avaliativas centradas na reflexão processual da prática**

- a) A avaliação leva em conta a produção, a participação e a mudança de percepção dos discentes.

- b) A avaliação processual da aprendizagem tem como base a articulação entre a teoria e a prática na comunidade.
- c) A avaliação da aprendizagem da competência ética e relacional, pelo docente, leva em conta a mudança de postura do estudante.
- d) A avaliação envolve as dimensões individual e coletiva

#### **1.4.4.2 A avaliação no PIASC possibilita mudança na prática clínica do profissional de saúde**

- a) A experiência avaliativa do PIASC é mais desafiante e gera mudanças na prática clínica do profissional de saúde.

Contraponto:

- b) Crítica ao desconhecimento dos professores das estratégias de avaliação adotadas pelos pares.

#### **1.4.5 Repercussão positiva da experiência do PIASC na formação dos estudantes de saúde**

##### **1.4.5.1 No desenvolvimento do compromisso social com a saúde pública**

- a) A experiência vivencial na comunidade oportuniza ao estudante desenvolver competências para intervir na realidade concreta.
- b) Os estudantes que participam do PIASC saem mais implicados com a saúde pública sob diversos prismas.
- c) Após vivenciar o PIASC, os estudantes tornam-se mais competentes e comprometidos.
- d) Apesar da concepção e da prática de cada docente acerca do processo de ensino-aprendizagem, a experiência do PIASC concorre para a formação da postura crítica do estudante.
- e) O aluno que cursou o PIASC é mais comprometido com as questões sociais.
- f) Alguns estudantes desejam continuar o trabalho social, mesmo tendo concluído os créditos do PIASC.

Nuance:

- g) A repercussão do PIASC é maior entre os estudantes que já têm uma experiência prévia de participação social e política.
- h) A contribuição desse componente curricular poderia ser maior se as ações de intervenção acontecessem em todos os níveis do PIASC.

##### **1.4.5.2 No desenvolvimento de competências cognitivas e atitudinais**

- a) A integração da prática promovida pelo PIASC contribui para o desenvolvimento de competências cognitivas e atitudinais.
- b) Contribui para a mudança de atitude a partir de uma visão global e integrada do paciente.

#### **1.4.6 Percepção dos docentes acerca do perfil dos estudantes do PIASC**

- a) Estudantes do DCV pertencem à comunidade na qual ocorre o PIASC.
- b) O grau de envolvimento com o PIASC varia em função do perfil do estudante. Poucos são os alunos que se interessam pela nova formação em saúde produzida pelo PIASC.
- c) Falta de comprometimento dos discentes com a própria formação e de engajamento com o PIASC.
- d) Estudantes preocupados apenas com o acúmulo de conhecimentos advindos das aulas expositivas.
- e) Estudantes com vinculação militar abandonam as práticas do PIASC.

f) Existência de um grupo de estudantes, oriundo das cotas, menos questionador, e que se faz de vítima.

## 1.5 LIMITAÇÕES FORMATIVAS

### 1.5.1 Desconhecimento da proposta do PIASC

- a) O desconhecimento pela gestão da universidade.
- b) O desconhecimento pela gestão de colegiado.
- c) O desconhecimento da proposta inicial do PIASC pelos professores novos deste componente.

### 1.5.2. Descompasso entre a proposta formal e a prática de docentes do PIASC

- a) Expressa-se na centralidade do ensino transmissivo.
- b) Risco do PIASC se transformar numa disciplina meramente teórica

### 1.5.3 Limitações de natureza curricular e administrativa

- a) Problemas de natureza temporal, administrativa e também de concepção dos docentes sobre o PIASC.
- b) Nem sempre as turmas são compostas por número equivalente de estudantes de todos os cursos.
- c) O não cumprimento do regimento na matrícula gera prejuízos de natureza formativa para os discentes.

Contraponto

Reconhecimento das dificuldades de trabalhar em função da indisponibilidade de tempo dos docentes para as atividades acadêmicas.

- d) Carga horária do PIASC reduzida e desproporcional em relação a outros componentes do currículo.
- e) A quantidade de professores no PIASC não dá conta de atender as demandas acadêmicas e pedagógicas.
- f) Professores de outros componentes curriculares são emprestados ao PIASC.
- g) Organização e infraestrutura da área de saúde incipiente.

Contraponto

Contestação frente ao excesso de estudantes arguindo sobre a carência de docentes no PIASC.

### 1.5.4 Desconhecimento da proposta do PIASC pela gestão e pela equipe de saúde do distrito

### 1.5.5 Falta de integração dos professores

- a) Os professores do PIASC revelam lacunas de integração na relação entre os pares.
- b) A falta de espaços de reflexão sobre a prática, sobre o processo de ensino-aprendizagem e sobre o conteúdo programático dificulta o comprometimento dos estudantes com o PIASC.
- c) Os professores possuem concepções distintas de modelos de atenção à saúde.
- d) Repetição de conteúdos em várias disciplinas da área.
- e) Contradição entre o projeto concebido e o executado evidencia a necessidade de ajustes por parte dos docentes do PIASC.
- f) Ausência de avaliação processual do trabalho desenvolvido na comunidade.
- g) Frágil reflexão coletiva e sistemática sobre o ensino e a aprendizagem.
- h) Estranhamento diante da falta de participação de todos os professores nas decisões do departamento.
- i) Decisões importantes tomadas sem debate entre os docentes da área.

j) Os professores de saúde do DCV não assumem a lógica do PIASC como fio condutor da formação de profissionais de saúde.

Nuance

l) Não existe regulação frente à ausência do docente nas reuniões departamentais.

Contraponto

m) O PIASC é uma experiência em processo de consolidação.

n) Existência de maior abertura entre os docentes que entre os discentes para trabalhar de forma interdisciplinar.

o) Há um movimento docente para o alinhamento curricular de conteúdos programáticos dos componentes da área da Saúde Coletiva.

### **1.5.6 Relação entre o PIASC e os outros componentes curriculares**

a) O PIASC encontra-se num processo de reestruturação disciplinar e alinhamento de conteúdo.

b) Resistência dos docentes dos outros componentes curriculares à proposta do PIASC.

c) Não é unânime o envolvimento dos professores de Saúde Coletiva com a proposta de trabalho do PIASC.

d) Escassa participação nas reuniões da área dos docentes que não são do PIASC.

e) O entendimento dos professores da Saúde Coletiva como uma área integrada com diversos componentes curriculares, e não apenas do PIASC.

f) Reuniões da área de saúde coletiva revelam uma maior discussão das questões do PIASC.

g) Desqualificação da área de saúde coletiva e do PIASC por diversos professores e a influência negativa aos alunos.

h) Relação de permanente tensão com outros componentes curriculares.

i) A falta de articulação entre o PIASC e os componentes curriculares é explicada pelo caráter recente de sua implantação.

Contraponto: Concepção de que os professores do PIASC realizam trabalhos interdisciplinares entre componentes básicos e profissionalizantes.

j) A falta de integração entre componentes é justificada pelo regime de trabalho docente e pelo choque de horário dos professores.

l) Resistência dos docentes dos outros componentes curriculares à proposta do PIASC.

Contraponto:

m) Tentativas de integração frente à frágil articulação entre o PIASC e os demais componentes curriculares.

n) Iniciativas de integração vêm sendo adotadas, mas são percebidas como insuficientes.

### **1.5.7 Relações de poder entre os colegiados dos cursos do DCV**

#### **1.5.8 Problemas burocráticos do sistema de saúde dificultam o desenvolvimento do programa no contexto da prática**

a) A burocracia da gestão municipal de saúde e a falta de comunicação dificultam a ida dos estudantes para a comunidade.

b) A dependência dos outros atores para o trabalho acontecer gera muito incômodo nos docentes.

c) Problemas em determinados campos de PIASC enfrentam distintas dificuldades para a ida dos estudantes à comunidade.

d) O desconhecimento dos problemas ocorridos no PIASC, pelo distrito e pela secretaria, dificultam sua resolutividade.

Contraponto

- e) Apesar dos impasses burocráticos, o docente investe na ida dos estudantes para a comunidade.
- f) Os professores articulam com os atores do campo para conseguir o acesso de estudantes à unidade de saúde.

### **1.5.9 Desafios do contexto social para os discentes e docentes do PIASC**

- a) Sentimento de solidão e de muito desgaste de energia para as ações acontecerem.
- b) O docente do PIASC tem que dar conta de muitas frentes.
- c) A experiência na comunidade expõe estudantes e professores à realidade do tráfico de drogas.
- d) Docentes e discentes têm que aprender sobre como atuar em situações de risco.
- e) Apesar dos riscos, os docentes não recebem adicional de periculosidade, nem formação para lidar com esse contexto.

### **1.5.10 Desafios na relação entre os professores do PIASC e os atores da Saúde Pública**

- a) O professor do PIASC é desafiado constantemente a agir e mobilizar diversos atores/instituições e instâncias vinculadas ao programa.
- b) Débil envolvimento e integração entre o PIASC e as equipes das unidades de saúde.
- c) Não é unânime o envolvimento da equipe de profissionais da saúde da unidade com a proposta de trabalho do PIASC.
- d) Conquistar condições de trabalho no PIASC que lhe permita investir no seu desenvolvimento.
- e) Ter que lidar com profissionais de saúde desmotivados nos distritos sanitários.
- f) Em troca da abertura para a intervenção dos estudantes do PIASC, os atores das unidades de saúde esperam presença constante dos docentes.
- g) As relações de poder e o jogo político de interesses influenciam o sistema de saúde do país.

### **1.5.11 Repercussão nos estudantes das dificuldades do PIASC**

- a) O acesso, de maneira informal, de alguns professores e estudantes na unidade de saúde gera insatisfação nos demais, que não tiveram acesso por ausência de autorização formal.
- b) Falta de equidade na formação entre as turmas, por falta da integração entre os docentes, gera insatisfação e queixa dos estudantes.
- c) Incômodo de estudantes de turmas distintas diante de práticas diferenciadas dos docentes.
- d) Incômodo dos estudantes frente a desequilíbrios nos componentes curriculares.
- e) A autonomia do estudante é pouco trabalhada no PIASC.

## **1.6 CAMINHOS PARA A SUPERAÇÃO DOS OBSTÁCULOS AO PIASC**

### **1.6.1 Planejamento conjunto dos professores do PIASC**

- a) Engajamento pessoal e mobilização para a transformação das práticas do PIASC são apontadas nas reuniões.
- b) Mudança de turno de atuação na comunidade para correr menos riscos.

Nuance:

Maior responsabilidade e condições de trabalho do coordenador do PIASC

### **1.6.2 Envolvimento dos docentes do DCV no fortalecimento do PIASC**

- a) Provocar maior integração entre as áreas e que todos os docentes da área de Saúde Coletiva atuem no PIASC temporariamente.
- b) Oficinas como meio de integração entre componentes básicos e profissionalizantes.

### **1.6.3 A composição recente de uma equipe de docentes concursada exclusivamente para o PIASC**

### **1.6.4 Investir na capacitação dos professores para a aquisição de competências para as novas tendências da saúde pública**

#### **1.6.5 Ampliação do PIASC ao longo da formação dos futuros profissionais de saúde**

- a) Concepção da necessidade de caminhar com a proposta do PIASC em outros semestres.
  - b) Possibilidade de ampliação do PIASC como projeto de extensão em outros semestres.
- Contraponto: Ampliação da carga horária de cada PIASC.

#### **1.6.6 Investir na integração com os atores da saúde pública**

- a) Estreitar relação entre os docentes do PIASC e os atores principais do distrito no entorno da UNEB, para que estes percebam sua possibilidade de contribuição.
- b) Investir no fortalecimento na USF do distrito Cabula-Beiru e na qualificação dos profissionais.

### **1.6.7 Postura docente no enfrentamento dos obstáculos**

#### 1.7 CONTRIBUIÇÃO DO PIASC PARA A ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO

Contraponto:

- a) Muitos estudantes mantêm uma postura prescritiva e reprodutiva em relação aos pacientes na unidade de saúde

## 2.0 FORMAÇÃO DOCENTE

### 2.1 ATRIBUTOS NECESSÁRIOS AOS DOCENTES DO PIASC

#### **2.1.1 Domínio de conteúdos de Saúde Pública**

#### **2.1.2 Capacidade de conduzir os estudantes a problematizar**

#### **2.1.3 Capacidade de trabalhar de forma interdisciplinar**

#### **2.1.4 Atitude protagonista frente aos desafios do PIASC**

#### **2.1.5 Capacidade de investir na autonomia discente**

#### **2.1.6 Competência relacional**

- a) Possuir uma bagagem ampla de conhecimentos, abertura para o novo e ter competência relacional.
- b) Capacidade de lidar com a frustração e disposição de contribuir para a transformação das pessoas.
- c) Os professores têm a capacidade de autocrítica.

Contraponto: Carecem de competências pedagógicas e humanistas.

Nuances:

Ser professor implica essencialmente ensinar e exige formação continuada.

O docente precisa ter amor pela docência e o desejo de estudar e aprender permanentemente.

Aquele que é desafiado permanentemente num campo de tensões.

O professor do PIASC é desafiado a agir de modo muito diferente da sua formação essencialmente teórica.

### 2.2 CONTRIBUIÇÃO DO PIASC PARA A FORMAÇÃO DOCENTE

#### **2.2.1 Dimensões formativas desenvolvidas do ponto de vista dos conteúdos**

- a) O trabalho nas comunidades e a troca com os pares oportunizam conhecimentos aos docentes sobre a realidade social.
- b) O investimento em outro campo de conhecimento reflete numa para melhor compreensão das questões da saúde.
- c) Investimento na aquisição de conhecimentos da área de Saúde Coletiva.
- d) O investimento pessoal na formação está relacionado à aquisição de conteúdos diversificados.

### **2.1.2 Dimensões formativas desenvolvidas a partir da experiência no PIASC**

- a) O PIASC oportuniza a formação pedagógica dos professores pela necessidade de discutir sua prática.
  - b) O investimento institucional e a mudança da postura dos estudantes são elementos que desafiam a formação docente.
  - c) As demandas pedagógicas e administrativas são objetos de reflexão e planejamento entre os docentes.
  - d) Professores compartilham textos, instrumentos e discutem conhecimentos sobre a prática pedagógica.
  - e) O investimento pessoal é necessário para a formação docente na percepção também dos discentes.
  - f) Aperfeiçoamento permanente de estratégias pedagógicas.
  - g) Importância das trocas, por diversos meios, entre os docentes, para o seu desenvolvimento profissional.
  - h) Investimento no processo formativo sem descuidar da sistematização dos resultados.
  - i) A aprendizagem docente ocorre em conjunto com os estudantes
- Nuance: O processo de aprendizagem, pelo docente, é processual e vivencial.
- Contraponto: A disposição da coordenação de investir na formação continuada é importante, mas depende da disposição dos docentes.
- j) O investimento pessoal é visto como principal meio de formação docente.
  - k) A formação continuada dos docentes é fundamental para a concretização do novo currículo.
  - l) O investimento em participação de eventos de cunho pedagógico produz reflexos sobre a prática educativa.
  - m) As reuniões oportunizam a discussão de diversas questões que norteiam o PIASC.
  - n) As reuniões dos professores do PIASC oportunizam aprendizagens das atividades pedagógicas e a partilha entre os professores.
  - o) Compartilhamento de ações por meio virtual.
  - p) Aposta no comprometimento dos pares e no investimento de encontros virtuais e presenciais.

Contraponto: A articulação virtual não consegue ultrapassar a fragmentação do trabalho no PIASC.

Reuniões de subgrupo de professores do PIASC, que atuam na mesma unidade de saúde, ocorrem de forma espontânea por iniciativa deles.

## **2.3 CARÊNCIAS IDENTIFICADAS PELOS DOCENTES DO PIASC**

### **2.3.1 De natureza formativa**

- a) Ausência de formação pedagógica dos professores de PIASC.
- b) A reflexão e o reconhecimento de necessidades formativas ao docente.
- c) O alinhamento do PIASC requer formação pedagógica de todos os docentes.
- d) Reconhecimento de lacunas formativas e a dificuldade de aproximação com os pares.

- e) Ausência de formação para ministrar esse componente curricular e a crítica negativa aos professores que a implementaram.
- f) Ausência de formação pedagógica para o docente do departamento.
- g) É limitado o investimento do DCV na formação pedagógica dos professores

Nuance

O desenvolvimento de competências atitudinais para a mudança do trabalho em saúde deve partir do professor universitário.

### **2.3.2 De natureza didático-pedagógica**

- a) Necessidade de investir na dimensão pedagógica e humanista da formação do professor.
- b) Carências didático-pedagógicas dos docentes, com vistas ao desenvolvimento de competências cognitivas e atitudinais dos estudantes

## **2.4 DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DOCENTE DESENCADEADO PELA EXPERIÊNCIA NO PIASC**

- a) Crescimento pessoal e profissional.
- b) É percebida como formativa do ponto de vista pedagógico.
- c) Propicia um olhar mais compreensivo da realidade social, exigindo do professor uma constante busca de conhecimentos no contexto em que ele está inserido.
- d) Aprendizagem permanente sobre a realidade do sistema público de saúde.
- e) A reflexão entre os pares contribui também para a ampliação da formação pedagógica dos docentes.
- f) Compartilhamento de conhecimentos de outras áreas para fomentar a reflexão.
- g) Acompanhamento da realidade pelo docente como meio de qualificar o ensino.
- h) Prazer de compartilhar e aprender com os colegas.
- i) Trocas pontuais sobre o processo de ensino aprendizagem ocorrem frequentemente entre os docentes e entre os estudantes.

Nuance

- j) As ações formativas dos docentes não podem ser essencialmente teóricas, e sim reflexivas sobre a prática.
- l) A socialização e a reflexão sobre a experiência do PIASC poderiam ser importantes contribuições no processo de formação do docente de saúde.